

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

LJUDMILA KOLENC

MENTOR: RED. PROF. DR. IVAN SVETLIK

**VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA PROFESIONALIZACIJO
POKLICA MEDICINSKE SESTRE**

DOKTORSKA DISERTACIJA

LJUBLJANA, 2010

Staršem, Lojzetu, Nini in Mateju

ZAHVALA

Prisrčno se zahvaljujem mentorju red. prof. dr. Ivanu SVETLIKU za vse moralne vzpodbude in izjemen človeški odnos ter vsestransko pomoč pri usmerjanju doktorske disertacije. Hvala za odlično mentorstvo.

Posebno zahvalo dolgujem dr. Tvtku M. ŠERCARJU, znanstvenemu svetniku, za številne pogovore o različnih vprašanjih, ki so se pojavljali ob pisanju doktorske disertacije.

Prav lepo se zahvaljujem red. prof. dr. Petru KOKOLU, dekanu Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, ki mi je z veliko mero razumevanja in materialno podporo omogočil, da sem študij lahko končala.

Za jezikovni pregled doktorske disertacije se zahvaljujem red. prof. dr. Marku JESENŠKU.

Hvala asist. Alojzu TAPAJNERJU za statistično obdelavo podatkov.

Zahvalo dolgujem tudi študentom zdravstvene nege za opravljene individualne intervjue.

Najlepše se zahvaljujem vsem sodelavkam in sodelavcem Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, ki so mi pomagali, pa se jim nisem poimensko zahvalila.

Univerza
v Ljubljani Fakulteta
za družbene vede

Kardeljeva ploščad 5
1000 Ljubljana, Slovenija
telefon 01 58 05 122
01 58 05 127



IZJAVA O AVTORSTVU doktorske disertacije

Spodaj podpisani/-a LJUDMILA KOLENC, z vpisno številko 21030921,
sem avtor/-ica doktorskega dela z naslovom: _____
VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA PROFESIONALIZACIJO
POKLICA MEDICINSKE SESTRE

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predložena doktorska disertacija izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel/-a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil/-a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah, Uradni list RS št. 21/95), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko doktorske disertacije ter soglašam z objavo doktorske disertacije v zbirki »Dela FDV«.

V Ljubljani, dne 20. OKTOBER 2009

Podpis avtorja/-ice: _____

L. Kolenc

POVZETEK

Uvod. Za merjenje stopnje razvitosti posameznih dimenzij, ki karakterizirajo poklic medicinske sestre (razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege, monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege, prepoznavnosti profesije med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javne prepoznavnosti poklica medicinske sestre in organiziranosti profesije), je bila izbrana teorija profesij Turner-Hodgea, dopolnjena z dimenzijo profesionalne etike (Šporer).

Oblikovali smo dva modela, ki vključujeta prestiž, status, plače in tehnologijo ter ločujeta vpliv sodobne tehnologije na spreminjanje dela medicinske sestre v družbeni delitvi dela in vpliv le-te na razvoj poklica medicinske sestre na kontinuumu poklic – profesija oz. razvoj polprofesije v polno profesijo.

Sodobno tehnologijo in njen vpliv na spreminjanje dela in profesionalizacijo poklica medicinske sestre smo obdelali po tipu tehnologij v zdravstvu, in sicer: biomedicinsko tehnologijo, informacijsko in komunikacijsko tehnologijo ter tehnologijo znanja. Ocenili smo vpliv tehnologije in tehnike na profesionalizacijo poklica medicinske sestre.

Primerjali smo rezultate nekaterih primerljivih raziskav o poklicu medicinske sestre v Sloveniji z rezultati raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji.

Opravili smo analizo tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja, učenja in usposabljanja za razvoj kompetenc medicinske sestre nekoč, danes in jutri ter ocenili vpliv sodobne tehnologije na spreminjanje dela medicinske sestre in profesionalizacijo poklica medicinske sestre.

Cilji. Cilji so bili: (a) oceniti stopnjo profesionalizacije poklica medicinske sestre po teoriji Turner-Hodgea in Šporerjeve profesionalne etike medicinske sestre s pomočjo rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica med medicinskimi sestrami, potencialnimi uporabniki zdravstvenih storitev v SV Sloveniji in študenti Visoke zdravstvene šole Univerze v Mariboru, rezultatov nekaterih primerljivih raziskav o medicinskih sestrah v Sloveniji, na podlagi izbranih relevantnih virov na to temo; (b) ugotoviti s kakšno tehnologijo se med delom srečujejo medicinske sestre in na osnovi teoretičnega in empiričnega dela doktorske disertacije ugotoviti vpliv tehnologije na razvoj (profesionalizacijo) poklica medicinske sestre in kako in koliko sodobna tehnologija spreminja delo medicinske sestre; (c) ugotoviti pojavne oblike dela medicinske sestre v Sloveniji, glede na sodobno tehnologijo; (d) ugotoviti, kako vpliva spolna segregacija na družbeni status in plače medicinskih sester v državah EU in v Sloveniji; (e) zagotoviti podlage za nadaljnji razvoj poklica medicinske sestre v Sloveniji.

Domnevali smo, da gre pri poklicu medicinske sestre za polprofesijo in da sodobna tehnologija vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre.

Metode. Za pridobivanje podatkov v empirični raziskavi stopnje razvitosti posameznih dimenzij, ki karakterizirajo profesijo, smo uporabili individualni strukturirani intervju in pisno anketo. Respondenti so bili: višje medicinske sestre/višji zdravstveni tehniki (n=168), potencialni uporabniki zdravstvenih storitev, tj. prebivalci na območju SV Slovenije (n=168), študenti in absolventi študija zdravstvene nege Visoke zdravstvene šole Univerze v Mariboru (n=82), skupno n=418 respondentov.

Anketarji so bili študenti 2. letnika Visoke zdravstvene šole Univerze v Mariboru, generacija 1996/1997; sodelovalo je 94 študentov. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS 12.0 in Microsoft Excel.

Za analizo tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja in pridobivanje znanja ter usposabljanja za razvoj kompetenc medicinske sestre (nekoč, danes, jutri) ter vpliva sodobne tehnologije na spreminjanje dela medicinske sestre in profesionalizacijo poklica medicinske sestre smo uporabili kontekstno analizo virov, ki smo jih izbrali kot relevantne glede na temo in cilje doktorske disertacije. Izdelali smo dva modela na podlagi katerih smo: (a) ocenili stopnjo profesionalizacije poklica medicinske sestre v Sloveniji in (b) ocenili vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica in spreminjanje dela medicinske sestre v Sloveniji.

Sklepi. Glede na ugotovljeno stopnjo razvitosti posameznih dimenzij, ki po teoriji profesij Turner-Hodgea in Šporerjeve, karakterizirajo profesijo, predstavlja poklic medicinske sestre v Sloveniji polno profesijo. Glavna pomanjkljivost te teorije je, da poda samo delni odgovor na razvitost poklica, saj ne vključuje elementov profesionalnega prestiža, statusa in plač, ki so najpomembnejši za oceno razvitosti poklica ter tehnologij, brez katerih se nobeno profesionalno delo ne more opravljati.

Glede primerljivosti poklica medicinske sestre z drugimi poklici in primerljivosti plač medicinskih sester s plačami drugih poklicev je poklic medicinske sestre prepoznan kot polprofesija. V izbrani relevantni literaturi prevladuje mnenje, da je poklic medicinske sestre polprofesija (Abbott, Santrić, Schwirian, Wilensky, Witz).

Prizadevanja za profesionalizacijo poklica medicinske sestre naj bi bila praktično usmerjena predvsem v zagotavljanje višjega prestiža in višjih plač – v atraktivnost poklica medicinske sestre.

Sodobna tehnologija (biomedicinska, IKT in tehnologija znanja) zelo spreminja delo medicinske sestre, vendar posledice vpliva tehnologij na delo ne prispevajo k razvoju (profesionalizaciji) poklica medicinske sestre kot polne profesije.

Sodobno tehnologijo je treba upoštevati v raziskavah, ki se nanašajo na delo medicinske sestre, medtem ko ni upravičeno uvesti tehnologije kot samostojne dimenzije v teorijo profesije po Turner-Hodgeu.

Delo medicinske sestre je vedno bolj kompleksno in zahteva nove kompetence. Spremembe dela medicinske sestre pod vplivom sodobne tehnologije nimajo bistvenega vpliva na status in plače poklica medicinske sestre, ki so pogoj za polno profesijo.

Sodobna tehnologija vpliva na delo medicinske sestre tako, da je delo vedno bolj zapleteno, zato zahteva nove kompetence in s tem povezano usmerjeno vseživljenjsko učenje.

Sodobna tehnologija zagotavlja nove funkcionalnosti in vedno kakovostnejše storitve zdravstvene nege, vendar spreminjanje dela samo še ne profesionalizira poklica medicinske sestre.

Spolna segregacija žensk v sodobni družbi dodatno vpliva na razmeroma nižje plače in družbeni status medicinskih sester v odnosu do moških, saj je poklic medicinske sestre izrazito ženski. V državah kandidatkah za vstop v EU so dosegle plače žensk v primerjavi s plačami moških med 75 % (Estonija, Litva) in nad 80 % (Madžarska, Poljska in Romunija), največje razhajanje je bilo na Cipru (70 %), najmanjše pa v Sloveniji (90 %).

Ugotovili smo, da sodobna tehnologija ne vpliva na stopnjo razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege, monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege in prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev, spreminja pa organiziranost poklica in povzroča nove etične dileme.

Sodobna tehnologija zelo spreminja delo in povzroča diferenciacijo poklica medicinske sestre.

Osnovne hipoteze, da sodobna tehnologija vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre, nismo potrdili.

KLJUČNE BESEDE

poklic, profesija, profesionalizacija, medicinska sestra, profesionalno delo, zdravstvena nega, pacient/klient, delo, delitev dela, sodobna tehnologija, biomedicinska tehnologija, IKT, tehnologija znanja, kompetence

ABSTRACT

Introduction. For the purpose of measuring the level of development of individual dimensions which characterise the nursing profession (development of theories and techniques, monopoly on professional practice and/or expertise in nursing care, the profession's recognition by the public and its organisation) we have chosen the theory of professions developed by Turner and Hodge, and included the dimension of professional ethics (Šporer).

We have developed two models which include the prestige, status, weages and technology, and distinguishe between the influence of advanced technology on changes affecting the work of nurses in the social distribution of work, and its influence on the development of the nursing occupation on the occupation-profession continuum, and the development of a semi-profession into a full profession.

Advanced technology and its influence on changes in the work and professionalisation of the nursing occupation were dealt with according to the type of technologies in health care, as follows: biomedical technology, information and communication technology, and knowledge technology. The influence of technology and techniques on the professionalisation of the nursing occupation was evaluated.

Findings of some other studies on nurses in Slovenia were compared with the findings of this study as regards professionalisation of the nursing occupation in the north-eastern part of Slovenia.

We analysed typical technology of work, work, division of labour, competences, needed knowledge, education and skills for development of nurse competences (in the past, at present and in the future) and evaluated the influence of advanced technology on changes affecting the work of nurses and professionalisation of nursing occupation.

Aims. The following aims were set: (a) to assess the level of professionalisation of the nursing occupation by using the theory developed by Turner and Hodge and the dimension of professional ethics as suggested by Šporer according to research findings about professionalisation of nursing occupation, potential users of health services in the north-eastern part of Slovenia and students of the University College of Nursing Studies, University of Maribor, some comparable studies from Slovenia, and other relevant international scientific sources on this topic; (b) to find out the technology that nurses are faced with at work on the basis of the theoretical and empirical part of our thesis, to identify the influence of advanced technology on the development (professionalisation) of the nursing occupation, and to find in what ways and to what extent the advanced technology in changing the work of nurses; (c) to identify the actual forms of work of nursing practitioners in Slovenia with regard to information and communication technology; (d) to identify the influence of sex-based discrimination on the social status and wages of nurses in EU countries and in Slovenia; (e) to provide a basis for further development of the nursing occupation in Slovenia.

Our assumption was that the nursing occupation is actually a semi-profession, and that the advanced technology influences the process of professionalisation of the nursing occupation.

Methods. In order to obtain the data for our empirical research on the level of development of dimensions characterising a profession we used the form of individual structured interview and structured questionnaire. The respondents were: first level nurses/senior health technicians (n=168), prospective users of health services, that is, people living in the north-eastern part of Slovenia (n=168) and nursing students at the University College of Nursing Studies, University of Maribor (n=82), together n=418 respondents.

The survey was implemented by the 2nd year students (94 interviewers) of the University College of Nursing Studies, University of Maribor, generation 1996/1997. The collected data were statistically processed by using the SPSS 12.0 and Microsoft Excel packages.

For the purpose of analysing the typical technology of work, work, division of labour, competences, needed knowledge, education and skills for development of nurse competences (in the past, at present, in the future), and the influence of advanced technology on changes of work performed by nurses and the professionalisation of nursing occupation, we used the contextual analysis of sources which had been selected as relevant with regard to the topic and aims of our thesis. Two models were developed: (a) to evaluate the level of professionalisation of nursing occupation in Slovenia and (b) to evaluate influence of advanced technology on professionalisation of nursing occupation and changes affecting the nurses' work in Slovenia.

Conclusions. With regard to the identified level of development of individual dimensions, which according to the theory developed by Turner-Hodge and Šporer characterise a profession, the nursing occupation in Slovenia represents a full profession. The key weakness of this theory lies in the fact that it provides only a partial answer to

the question of development of the profession as it does not include the attributes of professional prestige, status and nurses' earnings which are crucial for any assessment of the development of a occupation and technologies without which no professional work can be done.

As regards the comparability of the nursing occupation with other occupations and the comparability of nurses' earnings with those of other professionals, the nursing occupation can be recognised as a semi-profession. Selected relevant literature in the field (Abbott, Santrić, Schwirian, Wilensky, Witz) has shown the prevailing belief of most authors that the nursing occupation is a semi-profession.

Further endeavours towards professionalisation of the nursing occupation should be practically oriented and should especially aim towards acquiring greater professional prestige and higher earnings which will result in greater attractiveness of the nursing occupation.

Advanced technology (biomedical, ICT and knowledge technology) has been rapidly changing the work of the nurse, but the influence of these technologies does not significantly contribute to the development (professionalisation) of the nursing occupation as full profession.

Advanced technology needs to be given more consideration in research on the work performed by nurses. On the other hand, there seems to be no support for introduction of technology as an independent dimension of the Turner-Hodge theory of professions.

The nurses' work is becoming increasingly more complex and requires new competences. In spite of this, the changes in nurses' work influenced by advanced technology do not have any significantly influence on the status and earnings of nurses, which are a necessary condition for a full profession.

Advanced technology influences the work of the nurse in the way that it is becoming increasingly more complex and thus requires new attitudes, knowledge and skills (new competences) and related continuing professional education and lifelong learning.

Advanced technology increases the scope of expertise for nurses and the quality of nursing services. However, the changes of work themselves do not contribute to professionalisation of the nursing occupation.

Sex-based segregation of women in the modern society additionally contributes to relatively lower earnings and social status of nurses in relation to men, since the nursing occupation is a predominantly women's occupation. In the countries candidates for EU membership women's earnings amount to between 75% of men's earnings (Estonia, Lithuania) and above 80% (Hungary, Poland, Romania). The difference was the largest in Cyprus (70%) and the smallest in Slovenia (90%).

According to the research findings, advanced technology does not influence the level of development of nursing care theories and techniques, the monopoly on professional practice and/or expertise in nursing care and the profession's recognition by the public and its organisation while it changes organisation of nursing occupation and raises new ethical dilemmas.

Advanced technology significantly changes the work of nurses and raises a differentiation of nursing occupation.

The basic hypothesis regarding the influence of advanced technology on professionalisation of the nursing occupation has not been confirmed.

KEYWORDS

occupation, profession, professionalisation, nurse, professional work, nursing, patient/client, work, division of labour, advanced technology, biomedical technology, ICT, knowledge technology, competences, knowledge

K A Z A L O

UVOD	15
CILJI DOKTORSKE DISERTACIJE	17
HIPOTEZA.....	17
1 PROFESIONALIZACIJA IN SODOBNA TEHNOLOGIJA	19
1.1 ZGODOVINSKI NASTANEK POKLICEV	19
1.2 RAZVOJ POKLICA MEDICINSKE SESTRE	20
1.3 POKLICI ZA NUDENJE OSEBNIH STORITEV <i>V SKRBI ZA DRUGE</i>	21
1.4 NA KLIENTA USMERJENA HUMANISTIČNA PSIHOLOGIJA CARLA R. ROGERSA – POJEM <i>KLIENTA</i> PROTI POJMU <i>PACIENTA</i>	22
1.5 ODNOS POKLICNIH SKUPIN IN CILJNIH SKUPIN KLIENTOV	23
1.6 OPREDELITEV POKLICA MEDICINSKE SESTRE.....	26
1.7 DEFINICIJE ZDRAVSTVENE NEGE.....	26
1.8 RAZVOJ SOCIOLOGIJE PROFESIJ V DRUGI POLOVICI 20. STOLETJA: GLAVNI MEJNIKI	28
1.9 TEORIJE PROFESIJ	31
1.10 PROFESIONALIZEM IN PRIHODNOST PROFESIJ V TEORIJ ANDREWA ABOTTA (1988).....	33
1.11 PROFESIONALIZACIJA POKLICEV KOT PROCES.....	37
1.12 SPOLNA SEGREGACIJA NA TRGU DELOVNE SILE.....	48
1.12.1 Plače medicinskih sester	50
1.13 PROFESIONALIZACIJA POKLICA MEDICINSKE SESTRE PO TEORIJ C. TURNERJA IN M. HODGEA.....	54
1.13.1 Razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege.....	54
1.13.2 Monopol nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege	58
1.13.3 Prepoznavnost profesije med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javna prepoznavnost	65
1.13.4 Organiziranost profesije.....	67
1.13.5 Profesionalna etika ⁷	75
ALI JE POKLIC MEDICINSKE SESTRE PROFESIONALIZIRAN ? – PRIMER ŠVEDSKE.....	82
1.14 TEHNOLOGIJA IN TEHNIKA	86
1.14.1 Opredelitev tehnologije in tehnike.....	86
1.14.2 Tipi tehnologij v zdravstvu	89
1.14.3 Vpliv biomedicinske in informacijske tehnologije ter tehnologije znanja na spreminjanje dela in profesionalizacijo poklica medicinske sestre	94
1.14.4 Zahteva po transparentnosti tehnologije za poklic medicinske sestre.....	99
1.14.5 S tehnologijo podprta sodobna zdravstvena nega	101
1.14.6 Kompetence medicinske sestre	109
SINTEZA: 1. KOLIKO SE JE TEHNOLOGIJA DELA MEDICINSKE SESTRE SPREMENILA?.....	123
SINTEZA: 2. VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA PROFESIONALIZACIJO POKLICA MEDICINSKE SESTRE	126
2 METODE IN TEHNIKE RAZISKOVANJA	128

2.1	NAČRT RAZISKAVE	128
2.2	METODE IN TEHNIKE ZBIRANJA PODATKOV	135
2.3	VZOREC	136
2.3.1	Medicinske sestre.....	136
2.3.2	Prebivalci, potencialni uporabniki zdravstvenih storitev	139
2.3.3	Študenti.....	140
3	REZULTATI.....	141
3.1	REZULTATI RAZISKAVE O PROFESIONALIZACIJI POKLICA MEDICINSKE SESTRE V SV SLOVENIJI PO TEORIJI PROFESIJ TURNER-HODGEA ⁷	141
3.2	OCENITEV DEJANSKE IN ŽELENE PROFESIONALIZACIJE POKLICA MEDICINSKE SESTRE	167
3.3	VPLIV TEHNOLOGIJE IN TEHNIKE NA PROFESIONALIZACIJO POKLICA MEDICINSKE SESTRE	174
3.4	PRIMERJAVA NEKATERIH REZULTATOV RAZISKAVE O PROFESIONALIZACIJI POKLICA MEDICINSKE SESTRE V SV SLOVENIJI (1998) Z REZULTATI NEKATERIH PRIMERLJIVIH RAZISKAV O MEDICINSKIH SESTRAH V SLOVENIJI (1997, 2001, 2003, 2005, 2006).....	176
3.5	ANALITIČNI PRIKAZ TIPIČNE TEHNOLOGIJE, DELA, DELITVE DELA, KOMPETENC, POTREBNEGA ZNANJA IN PRIDOBIVANJE ZNANJA TER USPOSABLJANJA ZA RAZVOJ KOMPETENC MEDICINSKE SESTRE NEKOČ, DANES, JUTRI.....	187
3.5.1	VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA SPREMINJANJE DELA MEDICINSKE SESTRE IN PROFESIONALIZACIJO POKLICA MEDICINSKE SESTRE	202
4	RAZPRAVA.....	208
	UVOD.....	208
4.1	VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA RAZVITOST TEORIJ IN TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE IN DELO MEDICINSKE SESTRE	210
4.2	VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA MONOPOL NAD STROKOVNO DEJAVNOSTJO OZ. EKSPERTIZO ZDRAVSTVENE NEGE IN DELO MEDICINSKE SESTRE.....	214
4.3	VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA PREPOZNAVANOST POKLICA IN DELO MEDICINSKE SESTRE	218
4.4	VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA ORGANIZIRANOST POKLICA MEDICINSKE SESTRE IN DELO MEDICINSKE SESTRE.....	222
4.5	VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA RAZVITOST PROFESIONALNE ETIKE IN DELO MEDICINSKE SESTRE.....	226
4.6	PREVERJANJE HIPOTEZ	229
5	SKLEPNA RAZMIŠLJANJA O VPLIVU SODOBNE TEHNOLOGIJE NA PROFESIONALIZACIJO POKLICA MEDICINSKE SESTRE.....	233
	LITERATURA	253
	STVARNO IN IMENSKO KAZALO	268

SEZNAM KRATIC

AIM	Advanced Informatics in Medicine
DMSBZT Ljubljana	Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana
EESO	Evropski ekonomsko-socialni odbor
EFN	European Federation of Nurses Associations
EMZZP	Enotni minimalni zbir zdravstvenih podatkov
EU	Evropska unija
ICM	International Confederation of Midwives
ICN	International Council of Nurses
ICNP	International Classification for Nursing Practice
IKT	Informacijsko komunikacijska tehnologija
IVZ RS	Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
IZUM	Institut informacijskih znanosti Maribor
KZZ	Kartica zdravstvenega zavarovanja
MS	Medicinska sestra
MZ RS	Ministrstvo za zdravstvo Republike Slovenije Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije od 2001
MZPZN	Minimalni zbir podatkov zdravstvene nege
PZN	Proces zdravstvene nege
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
SV Slovenija	Severovzhodna Slovenija
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
UM FOV	Fakulteta za organizacijske vede Univerze v Mariboru
UM FZV	Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru
UM VZŠ	Visoka zdravstvena šola Univerze v Mariboru
UL MF	Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani
UL VŠZ	Visoka šola za zdravstvo Univerze v Ljubljani
UL ZF	Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani
UP VŠZI	Visoka šola za zdravstvo Izola Univerze na Primorskem
VŠZNJ	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice
VŠZNM	Visoka šola za zdravstvo Novo Mesto
ZDA	Združene države Amerike
ZT	Zdravstveni tehnik
ZZBNS	Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije

KAZALO TABEL

Tabela 1.1: Definicije zdravstvene nege v zgodovinski perspektivi	27
Tabela 1.2: Proces profesionalizacije	39
Tabela 1.3: Lastnosti poklicev in profesij	39
Tabela 1.4: Stoletje borbe medicinskih sester za profesionalno avtonomijo, monopol in legalizacijo profesionalne avtoritete	44
Tabela 1.5: Primerjava plač med medicinskimi sestrami, zdravniki in in direktorji bolnišnic v ZDA	50
Tabela 1.6: Povprečna mesečna bruto plača za določene poklice v Sloveniji v letu 1997 zaposlenih oseb v družbah, podjetjih in organizacijah	51
Tabela 1.7: Štirje nivoji medicinskih sester glede na uporabo informacijske tehnologije	114
Tabela 3.8: Mnenja o PZN	142
Tabela 3.9: Prebiranje strokovnih revij	143
Tabela 3.10: Ali ste med študijem dobili dovolj teoretičnega in praktičnega znanja?	144
Tabela 3.11: Uporaba računalnika v zdravstveni negi	146
Tabela 3.12: Enakovrednost članstva v timu	149
Tabela 3.13: Upoštevanje strokovnega mnenja medicinske sestre med vodji timov	150
Tabela 3.14: Vsebina sodelovanja vodilnih medicinskih sester na zdravniških sestankih	152
Tabela 3.15: Naloge, ki jih iz svoje pristojnosti zdravniki najpogosteje dodeljujejo medicinskim sestram	153
Tabela 3.16: Mnenja o varstvu, če pride do strokovne napake pri posegu	160
Tabela 3.17: Odločitev za poklic medicinske sestre	162
Tabela 3.18: Odločitev za poklic medicinske sestre (študenti)	162
Tabela 3.19: Občutek odgovornosti medicinskih sester pri opravljanju poklica	163
Tabela 3.20: Mnenja o odgovornosti za strokovno napako zdravstvenega tehnika	163
Tabela 3.21: Mnenja o odgovornosti za zaplet pri posegu	163
Tabela 3.22: Ravnanje medicinskih sester ob sprejemanju nalog, ki niso v njihovi pristojnosti	164
Tabela 3.23: Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave o razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege	168
Tabela 3.24: Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave o monopolu nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege	169
Tabela 3.25: Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije po rezultatih raziskave o javni prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev	170
Tabela 3.26: Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave o organiziranosti profesije medicinskih sester	170
Tabela 3.27: Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave o razvitosti profesionalne etike medicinskih sester	171
Tabela 3.28: Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave po posameznih dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo poklica medicinske sestre ² (tabele 3.29, 3.30 in 3.31 so sestavni del doktorske disertacije v prilogi F)	173
Tabela 3.32: Družbeni ugled zdravnikov in medicinskih sester v Sloveniji	184
Tabela 3.33: Analitični prikaz tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja in pridobivanja znanja ter usposabljanja za razvoj kompetenc medicinske sestre nekoč, danes, jutri	188
Tabela 4.34: Stopnja razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege	211
Tabela 4.35: Vpliv sodobne tehnologije na razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege in na spreminjanje dela medicinske sestre	212
Tabela 4.36: Stopnja razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege	215
Tabela 4.37: Vpliv sodobne tehnologije na monopol nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege in na spreminjanje dela medicinske sestre	217
Tabela 4.38: Stopnja prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev	219
Tabela 4.39: Vpliv sodobne tehnologije na prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev in na spreminjanje dela medicinske sestre	221
Tabela 4.40: Stopnja organiziranosti poklica medicinske sestre	223
Tabela 4.41: Vpliv sodobne tehnologije na organiziranost poklica medicinske sestre in na spreminjanje dela medicinske sestre	225
Tabela 4.42: Stopnja razvitosti profesionalne etike medicinske sestre	227
Tabela 4.43: Vpliv sodobne tehnologije na profesionalno etiko medicinske sestre in na spreminjanje dela medicinske sestre	228
Tabela 4.44: Zaključni prikaz preverjanja hipotez	230

KAZALO GRAFOV

Graf 1.1: Ženske plače v primerjavi z moškimi plačami v % na uro za polni delovni čas v EU v letu 1995	49
Graf 1.2: Ženske plače glede na povprečje moških plač kandidatk članic EU v industrijskem in storitvenem sektorju (primerjava med 1995 in 1999).....	49
Graf 3.3: Izvajanje zdravstvene nege po PZN.....	141
Graf 3.4: Ali menite, da je PZN kot metoda dela nujno potreben?	141
Graf 3.5: Strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester.....	142
Graf 3.6: Mnenja medicinskih sester o potrebi po fakultetni izobrazbi s področja zdravstvene nege	145
Graf 3.7: Razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki	148
Graf 3.8: Mnenja o pravici medicinskih sester do podaje strokovnega mnenja s področja zdravstvene nege	149
Graf 3.9: Sodelovanje vodilnih medicinskih sester na zdravniških sestankih.....	152
Graf 3.10: Dodeljevanje nalog medicinske sestre zdravstvenemu tehniku	154
Graf 3.11: Zaposlitev medicinskih sester	157
Graf 3.12 : Zaposlitev vodilnih medicinskih sester.....	157
Graf 3.13: Strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester v organizacijah	158
Graf 3.14: Mnenja o ustreznosti izobraževanja medicinskih sester	158
Graf 3.15: Članstvo v društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov	159
Graf 3.16: Funkcionarke v društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.....	159
Graf 3.17: Stopnja ocenjene dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po vseh petih dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo	171
Graf 3.18: Vpliv tehnologije (uporaba PZN) na stališča medicinskih sester o pridobitvi dovolj teoretičnega znanja med študijem za opravljanje poklica	174
Graf 3.19: Vpliv tehnologije (uporaba PZN) na trditev, da razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki ni povsem jasna.....	174
Graf 3.20: Vpliv tehnologije (uporaba PZN) na pogostost delegiranja vstavitve in menjavanja urinskega katetra pri moškem, medicinski sestri s strani zdravnikov	175

KAZALO SHEM

Shema 1.1: Model prekrivanja kompetenc.....	121
Shema 2.2: Model operacionalizacije s pomočjo kazalcev, po katerih je ocenjena stopnja razvitosti posamezne dimenzije profesionalizacije poklica medicinske sestre.....	133
Shema 3.3: Rezultati raziskave s pomočjo katerih je ocenjena stopnja razvitosti posamezne dimenzije profesionalizacije poklica medicinske sestre	166
Shema 3.4: Model ocenitve dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre.....	168
Shema 4.5: Stopnja profesionalizacije poklica medicinske sestre po teoriji Turner-Hodgea in Šporerjeve ⁷ v Sloveniji.....	231
Shema 4.6: Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre.....	231
Shema 4.7: Vpliv sodobne tehnologije na delo medicinske sestre.....	232
Shema 5.8: Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica in spreminjanje dela medicinske sestre v Sloveniji.....	234
Shema 5.9: Prihodnost poklica medicinske sestre.....	249

KAZALO PRILOG

Priloga A:	Vprašalnik za medicinske sestre, 274
Priloga B:	Vprašalnik za uporabnike zdravstvenih storitev, 280
Priloga C:	Vprašalnik za študente, 282
Priloga D:	Rezultati hi-kvadrat testov za medicinske sestre, in Računalniški izpisi izračunov signifikantnosti za medicinske sestre, 284
Priloga E:	Rezultati hi-kvadrat testov za študente, in Računalniški izpisi izračunov signifikantnosti za študente, 298
Priloga F:	Rezultati raziskave o Profesionalizaciji poklica medicinske sestre v Sloveniji o vplivu tehnike in tehnologije na profesionalizacijo poklica, 300 : <ul style="list-style-type: none">– izračuni hi-kvadrat testov in kontingenčnih koeficientov tehnike in tehnologije s posameznimi elementi dimenzij profesionalizacije,– računalniški tabelarni izpisi rezultatov, kontingenčne tabele:<ul style="list-style-type: none">tabela 3.29: Delež enakih stališč o pridobitvi dovolj teoretičnega znanja v teku študija za opravljanje poklica medicinske sestretabela 3.30: Delež trditev o dejstvu, da razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki ni povsem jasnatabela 3.31: Delež pogostosti vstavitve in menjave urinskega katetra pri moškem

UVOD

Doktorska disertacija je rezultat večletnega zanimanja in spremljanja razvoja poklica medicinske sestre.

V poklicni karieri sem lahko kot medicinska sestra in sociologinja v različnih okoljih (v zdravstvu, srednjem šolstvu, občinski upravi, pravosodju in visokem šolstvu) spremljala različne poklice in njihov položaj ter jih primerjala s poklicem medicinske sestre. Rezultat dolgoletnih opazovanj in izkušenj je prepričanje, da si poklic medicinske sestre glede profesionalnega prestiža, strokovne avtonomije in avtoritete ter položaja v zdravstvu in družbi nasploh zasluži poglobljeno študijo.

Velika želja medicinskih sester, da se poklic medicinske sestre na kontinuumu poklic – profesija (occupation – profession) pomakne v smeri polnovredne profesije, je trajna frustracija. Med medicinskimi sestrami včasih povzroča občutek neugodja, ki vpliva na realno poklicno življenje.

Izziv je bila tudi nedorečena delitev dela v zdravstvu, predvsem med zdravniki in medicinskimi sestrami. Profesionalizacija poklica medicinske sestre je večplastna in interdisciplinarna, zato zahteva raziskavo, ki naj bi zajela vse te vidike.

Začetek mojega poglobljenega raziskovanja poklica medicinske sestre je magistrsko delo *Profesionalizacija poklica medicinske sestre*. Napisala sem ga pod mentorstvom akademika rednega profesorja dr. Veljka Rusa, tako da sem po *šolski teoriji profesij* Turner-Hodgea predstavila javno prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev.

Doktorska disertacija celostno ocenjuje razvitost poklica medicinske sestre v Sloveniji, ki temelji na teoriji profesij Turner-Hodgea (1970), in sicer glede na razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege, monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege, prepoznavnost profesije med uporabnikov zdravstvenih storitev in organiziranost profesije medicinske sestre, dodana je profesionalna etika (Šporer 1990). Osrednja tema doktorske disertacije je vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre, ob tem pa sem se zavedala, da gre za celostno nalogo. Med pripravljanim proučevanjem relevantne literature sem ugotovila, da ni vira, ki bi sintetično zajel terminološki problem (tehnologija, tehnika), definicijo tehnologije (naprave, postopki) in vse vrste tehnologij, ki se uporabljajo v zdravstvu (biomedicinska, informacijsko komunikacijska, tehnologija znanja). Tudi vpliv sodobne tehnologije na spreminjanje dela medicinske sestre in obenem na profesionalizacijo poklica medicinske sestre še ni bil raziskan. Doktorska disertacija je poskus, da se ta sinteza doseže.

V naslovu doktorske disertacije *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre* ni mišljen tehnološki determinizem, saj bi to bila vnaprejšnja nekritična sodba, temveč gre za preudarek o tem, (ali in če) kako vpliva tehnologija na razvoj poklica medicinske sestre v Sloveniji. Poudarek je na državi Sloveniji, na katero sem se omejila zato, ker se isti poklic razvija različno od države do države, vključno s poklicem medicinske sestre.

Omejitev predstavlja tudi proučevanje poklica medicinske sestre po definiciji,¹ ne pa tudi ostalih izvajalcev zdravstvene nege s srednješolsko strokovno izobrazbo.

V besedilu doktorske disertacije je uporabljen termin medicinska sestra in se nanaša na oba spola.

Doktorska disertacija je sestavljena iz treh temeljnih delov.

V teoretičnem delu je podan pregled ustrezne literature, ki smo jo ocenili kot relevantno za obravnavano temo: zgodovinski nastanek poklicev in poklica medicinske sestre, problematika in položaj poklicev za nudenje osebnih storitev *v skrbi za druge*, kamor sodi tudi poklic medicinske sestre. Predstavljene so teorije profesij in sodobnejše teorije, ki predstavljajo nov pogled na profesionalizacijo poklicev; teorija profesij Turner-Hodgea in Šporerjeve, profesionalizem in prihodnost profesij po Abbottu, sodobna tehnologija, ki se uporablja v zdravstvu in kompetence medicinske sestre.

V empiričnem delu so predstavljeni rezultati raziskave o razvitosti poklica medicinske sestre v severovzhodni (SV) Sloveniji. Predstavljena je ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre, ocenitev vpliva tehnike in tehnologije na razvoj poklica in primerjava rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji z rezultati nekaterih primerljivih raziskav o medicinskih sestrah v Sloveniji. Podana je analiza značilne tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc in potrebnega znanja, učenja in usposabljanja za razvoj kompetenc medicinske sestre v zgodovinski perspektivi ter opisan vpliv sodobne tehnologije na spreminjanje dela in profesionalizacijo poklica medicinske sestre po vseh petih dimenzijah profesije.

Razprava temelji na teoretičnem in empiričnem delu. Predstavlja prispevek o vplivu sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre in spreminjanje dela medicinske sestre v Sloveniji.

Delo bo prispevalo k nadaljnjemu razvoju poklica medicinske sestre in k sociologiji profesij v Sloveniji.

¹ Višja medicinska sestra in višji zdravstveni tehnik, diplomirana medicinska sestra in diplomirani zdravstvenik.

CILJI DOKTORSKE DISERTACIJE

Cilji doktorske disertacije so:

- oceniti stopnjo profesionalizacije poklica medicinske sestre po teoriji Turner-Hodgea in Šporerjeve profesionalne etike medicinske sestre s pomočjo **(a)** rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica med medicinskimi sestrami v SV Sloveniji, **(b)** rezultatov nekaterih primerljivih raziskav o medicinskih sestrah v Sloveniji, **(c)** na podlagi izbranih relevantnih virov na to temo.
- ugotoviti:
 - s kakšno tehnologijo se med delom srečujejo medicinske sestre;
 - na osnovi teoretičnega in empiričnega dela naloge ugotoviti (a) vpliv tehnologije na razvoj (profesionalizacijo) poklica medicinske sestre in (b) kako in koliko sodobna tehnologija spreminja delo medicinske sestre;
- ugotoviti pojavne oblike dela medicinske sestre v Sloveniji, glede na sodobno tehnologijo;
- ugotoviti, kako vpliva spolna segregacija na družbeni status in plače medicinskih sester v državah EU in v Sloveniji;
- zagotoviti podlage za nadaljnji razvoj poklica medicinske sestre v Sloveniji.

HIPOTEZA

Hipoteze so v znanstvenem proučevanju neizogibne, ker pojasnjujejo pomanjkljivosti v spoznanju problema, s katerim se ukvarjamo. Preizkušanje hipotez je miselna strategija, ki je primerna predvsem za reševanje odprtih problemov, ki dopuščajo več rešitev (Pečjak 2001, 80, 82).

Problemsko polje proučevanja vpliva sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre je v doktorski disertaciji preverjeno z domnevo, da sodobna tehnologija vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre.

Po teoriji falsificiranja Karla Popperja je enako verjetna tudi trditev, da sodobna tehnologija ne vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre. Namesto da iščemo npr. nove in nove primere, ki potrjujejo, da so vsi golobi bele barve, je Popper predlagal, da iščemo primere, ki ta sklep zavračajo: iščimo črnega goloba in če ga najdemo, sklep zavrnamo (Pečjak 2001, 68).

Ker smo se opredelili za teorijo preverjanja (verifikacije) hipoteze, je naša naloga (hkrati pa tudi pričakovani znanstveni prispevek) opisati, kako vpliva sodobna tehnologija na profesionalizacijo

poklica medicinske sestre. Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre lahko opazujemo z vidika:

- da je sodobna tehnologija razmeroma samostojna in določa:
 1. razvoj teorij in tehnik zdravstvene nege, ki tvorijo sistematično zaokroženo celoto in so osnova za profesionalno delovanje,
 2. monopol nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege,
 3. prepoznavnost profesije med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javna prepoznavnost,
 4. organiziranost profesije medicinske sestre in
 5. profesionalno etiko medicinske sestre;
- da predstavlja šesto dimenzijo, ki je enakovredna ostalim omenjenim dimenzijam,
- analize in klasifikacije vrst medicinskih sester (predvsem z vidika uporabe sodobne tehnologije).

Način, kako sodobna tehnologija vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre, je analiziran po vseh dimenzijah, ki po teoriji profesij Turner-Hodgea in Šporerjeve karakterizirajo profesijo in se lahko izražajo v različnih stopnjah razvitosti. Sodobna tehnologija namreč omogoča uporabo publikacij v elektronski obliki, pa tudi publikacij s področja teorij zdravstvene nege in njihovo takojšnjo dostopnost, če so npr. na svetovnem spletu.

Danes si ne moremo zamisliti učinkovitega funkcioniranja profesionalnih združenj, v katerih delujejo, organizacij, v katerih so zaposlene medicinske sestre, in vzgojno izobraževalnih institucij brez njihove informatizacije (računalniki, informacijski sistemi, domače strani, portali, elektronska pošta, pametna kartica itd.). Biomedicinska tehnologija, ki se danes uporablja v zdravstvu, vpliva na odnose med kolegi, medicinskimi sestrami in pacienti/klienti ter na njih same. Prav tako je tudi naj sodobnejša biomedicinska oprema vodena računalniško. Odnos med človekom in strojem spreminja sistem vrednot v družbeni delitvi dela tako, da je včasih medicinska sestra obravnavana zgolj kot priključek stroju. Ko stopimo v ambulanto, se najpogosteje srečamo z medicinsko sestro, ki sedi za računalnikom. Predpostavljamo, da obstaja kritična stopnja obvladovanja sodobne informacijsko komunikacijske tehnologije (IKT), ki jo posameznik, ki sodi v določeno profesijo (npr. medicinske sestre), ne sme prekoračiti, saj se v tem primeru *preseli* v profesijo informatika.

S pojavom IKT se je razvila tudi informacijska etika, ki jo je potrebno vgraditi v profesionalno etiko medicinske sestre (varovanje in zaščita pacientovih/klientovih osebnih podatkov v elektronski obliki, prepoved t.i. kiber nadlegovanja preko interneta itd.).

1 PROFESIONALIZACIJA IN SODOBNA TEHNOLOGIJA

1.1 ZGODOVINSKI NASTANEK POKLICEV

Delitev dela, fiksiranje številnih naravnih dejavnosti v en in edini življenjski poklic, omejitve na eno samo obrt verjetno sega, kot pravi Childe, v čas nastanka mest (Mumford 1988, 103–107). Hocart (Mumford 1988, 103) meni, da je delitev dela nastala s podedovano delitvijo nalog pri opravljanju obredov.

Z nastankom mest so se pojavili prvi pravi specialisti. V mestu je specializirano delo prvič postalo vsakodnevno in izključno poklic. Specializirani delavec se je izpopolnjeval in pri svojem delu postal učinkovit. Brez specializacije tako visoke učinkovitosti ne bi mogel doseči. Mumford navaja, da je Adam Smith poudarjal pomen specializiranega dela, ki ga je razumel kot produktivnost. V urbani kulturi se je razvila specializacija dela, pojavila sta se akumulacija kapitala in porast dohodka, ki se je višal z razvojem mest.

Delo je postala dejavnost, ki se je opravljala samo določen čas in je ni bilo mogoče povsem ločevati od ostalih življenjskih funkcij, kot so religija, igra in celo seksualnost.

V mestu je bilo prvič mogoče preživeti vse življenje v enem samem poklicu. Delavec je bil zamenljiv del v zapletenem družbenem stroju. V času, ko je Herodot obiskal Egipt (v 5. stol. pr. n. š.), je celotna delitev dela in podelitev v specializacije dosegla stopnjo, ki jo je mogoče primerjati z delitvijo dela v današnjem času. Herodot (Mumford 1988, 105) je zapisal, da so nekateri zdravniki za oči, nekateri za glavo, nekateri za zobe, nekateri za želodec, preostali pa za notranje težave.

V mestu starega veka je strokovna in kastna diferenciacija ustvarila urbano piramido z vladarjem na vrhu. Kralj, duhovnik, vojak in pisar so tvorili zgornji del piramide, vendar je bil samo kralj na vrhu. Pod njim so bili trgovci, obrtniki, kmetje, mornarji, hišni sluge, svobodnjaki in sužnji. To delitev so še dodatno določali bogastvo, revščina in lastnina, ki se je odražala tudi v obleki, načinu življenja, prehrani in stanovanju.

Delitev na ekonomske funkcije in delitev družbenih vlog sta povzročila tudi delitev mesta na določene dele, med katerimi je imel pomembno vlogo trg. Svetišče je kot magnet delovalo na celo soseščino. Nastal je tudi delno viden zid poklica, ki ga je bilo mogoče prepoznati po tipu hiš – tudi to je služilo kot meja med razredi.

Delitev dela in delitev funkcij sta predhodnici denarnega gospodarstva. Človek je opuščal različne funkcije in menjal vloge, da bi se lahko osredotočil na eno samo dejavnost v dobro kralja, boga in mesta.

Prostitutka je najstarejši poklic na svetu, prav tako pa je pomembno, da se specialisti za seksualno igro v besedilih o urbanem življenju pojavljajo zelo zgodaj. Medtem ko je *Gilgameš zbiral obrtnike, mojstre za oklepe*, je boginja Ištar zbirala *dekleta za zabavo in vlačuge hrama* (Mumford 1988, 106). Ta zgodnja seksualna specializacija kaže, da je bilo v prvih mestih verjetno zelo veliko neporočenih moških, hkrati pa je šlo za splošno dogajanje, ki je povzročilo, da so se funkcije, ki so se pred tem dogajale v vaškem gospodinjstvu (spanje, hranjenje, pitje, pogovor, parjenje in izobraževanje), sčasoma ločile in povečale ter dobile posebne stavbe in četrti mesta. Prenočišča, gostilne, tržnice, svetišča, šole in javne hiše so bile v rokah profesionalcev, ki so temu posvečali ves svoj čas. Mesto je tako postalo povečano kolektivno gospodinjstvo, temelječe na visoki delitvi dela in blagovni proizvodnji. Z uvajanjem pisma in denarja se je izvzemanje specializiranih in diferenciranih funkcij iz skupnega življenja še povečalo.

Prve oblike urbane specializacije so se začele v svetišču, in to z racionalizacijo in zbiranjem ljudi; tudi prostitucija izhaja iz sodelovanja duhovnic pri obredih plodnosti. Svetišča boginj ljubezni Ištar, Afrodite, Venere in Izide so bila po tradiciji namenjena zbiranju ljubimcev. Prostitucija v svetiščih je bila za Herodota škandal. V Babilonu so pri prostituciji vsaj enkrat letno sodelovale vse ženske, tudi poročene, medtem ko so *manj lepe* morale ostati v svetišču za nedoločen čas, dokler se jih *kdo ni usmilil* (Mumford 1988, 107). Tako se je v mestu razvila specializirana, profesionalna in kolektivna oblika človeških potreb, ki ji do tedaj nihče ni namenjal vsega svojega časa.

Človek je biološko najbolj razvit tudi zato, ker je ostal nespecializiran – vseješč, gibčen, spreten, za vse sposoben, vendar precej neoblikovan in nepopoln in nikoli povsem prilagojen samo eni situaciji. Namesto da bi človek omejil svojo dejavnost z razvojem specializiranih organov za učinkovito prilagajanje, je bil sposoben s pomočjo možganov tako rekoč ustvariti organe izven svojega telesa in istočasno ostati nevezan. Drugi organizmi so v nasprotju s človekom pri svojih prilagoditvah vezani, obsojeni na neskončno ponavljanje istih dejanj. Človek je ostal nespecializiran in si je v nadaljnjem razvoju ustvaril na tisoče novih poti.

1.2 RAZVOJ POKLICA MEDICINSKE SESTRE

Zgodovinski razvoj poklica medicinske sestre obsega več razvojnih stopenj. Anges E. Pavey razlikuje obdobje sestrstva/nege kot umetnosti, ki sodi v čas prvih zgodovinskih začetkov do 4.

stol. pr. n. š., in kot poklica, ki traja od začetka krščanstva do polovice 19. stoletja, ter profesije, ki so jo oblikovale Florence Nightingale in njene naslednice (Santrić 1990 v Kolenc 2000).

Zgodovinski razvoj poklica medicinske sestre je podan v magistrskem delu Profesionalizacija poklica medicinske sestre (Kolenc 2000),² zato bomo dodatno, za celovit pregled razvoja poklica v doktorski disertaciji tabelarno predstavili Stoletje borbe medicinskih sester za profesionalno avtonomijo, monopol in legalizacijo profesionalne avtoritete (tabela 1.4).

Sv. mati Tereza je prva *medicinska sestra*, ki je dobila Nobelovo nagrado.

1.3 POKLICI ZA NUDENJE OSEBNIH STORITEV V SKRBI ZA DRUGE

Glavna lastnost osebne storitve, o kateri govorimo, je, da uporabnik te storitve ne more prenesti na druge uporabnike. Obstaja ena sama vrsta osebnih storitev, ki jih uporabnik lahko prenaša tudi na druge uporabnike, to pa so znanje in informacije (Pivec in drugi 1997, 107–130).

Značilno za razumevanje vseh poklicev za nudenje osebnih storitev je, da je praksa pomembnejši del profesije kot ezoterično znanje, na katerem temeljijo identiteta, avtoriteta in monopol profesije. To še posebej velja za zdravstveno nego, zaradi česar ima ta pojav dvojne posledice (Macdonald 1995, 133–138):

- zmanjšuje vlogo znanja v nekem poklicu in odpira vprašanje, ali se lahko uveljavlja kot profesija;
- poudarja skrb (*caring*) kot poklicno nalogo in tako ponovno zmanjšuje vrednost poklica, saj je skrb nekaj, kar vsakdo počne v družini.

Poklici za osebne storitve so v glavnem posredovalne dejavnosti (Johnson 1972) saj delujejo v pogojih, ko država poskuša po izvajalcu ali uporabniku odvzeti moč (pooblastilo) za določanje vsebine in predmeta dejavnosti, ali kjer tretja oseba posreduje v odnosu med izvajalcem in uporabnikom ter določa potrebe in njihov način zadoščanja. Socialno delo, babištvo in patronažno varstvo so po tej definiciji posredovalne profesije. Zdravstvena nega sodi v to kategorijo, ker so priložnosti za zaposlitev medicinskih sester v glavnem v državnih nacionalnih zdravstvenih službah, ki jih omogoča država. Zdravniška profesija je po eni strani postavljena med medicinske sestre in bolnišnico, po drugi strani pa med medicinske sestre in državo, in to zaradi vloge pri reguliranju poklica. Tiste lastnosti poklicev, ki so del njihovega položaja kot posredovalne profesije, omejujejo njihovo moč. V odnosih z drugimi poklicnimi skupinami jih

² Kolenc, Ljudmila. 2000. *Profesionalizacija poklica medicinske sestre*. Magistrsko delo. Univerza v Ljubljani Fakulteta za družbene vede.

postavljajo tudi v slabši ekonomski položaj. Zaradi tega lahko s pomočjo sindikatov grozijo z akcijami. Gre za nevarnost, da jih obtožijo neustrezne poklicne etike, kar pa lahko še bolj ogrozi njihov položaj.

Če sta pri izvajanju poklica presoja ali potreba po presojanju večji, je ta poklic manj rutiniran in kontroliran od zunaj. To povečuje moč poklica. Pri zdravstveni negi in socialnem delu je te presoje precej, vendar temelji na znanju, ki ga laična javnost in sorodni poklici nimajo za dovolj ezoteričnega. Očitno se jim to znanje kaže bolj vsakdanje kot profesionalno. Tako to vidijo zlasti nadrejena zdravniška profesija in pacient/klient z dovolj dolgo hospitalizacijo, pa tudi menedžment v bolnišnicah, ki skuša delo medicinskih sester podrediti pravilom in s tem zmanjšati element profesionalne presoje. Abbott imenuje ta pojav *proletarizacija* (Abbott 1988).

Pri zdravstveni negi je močno prisotno vprašanje objektivnosti. Zaradi osebne vpletenosti in vključenosti čustev pri opravljanju poklica medicinske sestre lahko uporabniki to storitev povezujejo s pomanjkanjem objektivnosti.

Poklici za nudenje osebnih storitev kažejo, kako so vrednote patriarhalne družbe vgrajene v institucije in profesionalno prakso. Razlog je v zgodovinskem razvoju sodobne družbe in položaju žensk v družbi, zlasti pa dejstvo, da so bili zdravstvo, nega in rojevanje glavna področja za vključevanje žensk na trgu delovne sile. Opravila so bila družbeno določena kot primerna za ženske.

1.4 NA KLIENTA USMERJENA HUMANISTIČNA PSIHOLOGIJA CARLA R. ROGERSA – POJEM *KLIENTA* PROTI POJMU *PACIENTA*

Za uspešno delo medicinske sestre je zelo pomemben partnerski odnos med pacientom/klientom kot osrednjim subjektom v dejavnosti zdravstvene nege in medicinsko sestro. Pri razumevanju pojma klient nasproti pojmu pacient kaže opozoriti na prispevek humanističnega psihologa Carla R. Rogersa, ki z nedirektivno, na klienta usmerjeno terapijo predstavlja pomemben premik od avtoritativnega odnosa zdravnik/pacient na neavtoritativni odnos klient/terapevt.

Živimo v svetu, ki se spreminja. Od začetka 20. stoletja se te spremembe odvijajo vedno bolj hitro. Hitrost sprememb je postala glavna značilnost sodobne globalne informacijske družbe. Ljudje potrebujejo pomoč, da bi razumeli spreminjajoči se svet okrog njih. K temu je prispevala predvsem znanstvena psihoanaliza, in sicer tako, da je namesto krščanskega, predvsem protestanskega etosa reševanja duše s pomočjo odrekanja ponudila terapevtski etos, ki je poudarjal samouresničevanje, za katerega je najpomembnejše fizično in psihično zdravje (Jackson 1983).

Ko je seksualnost zamenjala religijo, je upadla avtoriteta duhovnikov, narasla pa je avtoriteta zdravnikov. Na prehodu v 20. stoletje je medicina postala profesionalni model za psihologijo in družbene vede, ki so si prizadevale zagotoviti nasvet in pomoč ljudem pri iskanju večjega samospoštovanja in zadovoljevanja (občutka osebne izpopolnjenosti). Verski vodje niso imeli ustreznih odgovorov, zato so postali psihoanalitiki s prepričanjem v osebno avtonomijo in možnostjo *reševanja* s pomočjo individualne iniciative sestavni del modernega življenja (Kurzweil 1989, 23–27).

Poleg psihoanalize, ki je dosegla vrhunec v petdesetih letih prejšnjega stoletja, so nastale številne alternativne psihoterapije in terapevtske strategije, ki so prodrle v druge poklice. Znani terapevt Rollo May je zapisal: *Živimo v dobi terapij. Za vsak problem obstaja posebna vrsta terapije – teh je preko 300 vrst. Ne obstaja samo psihološka terapija; obstajajo terapevti za zakon, za seks, za glas in celo terapevti za vaše hišne ljubljence* (May 1987).

Znano je, da je Sigmund Freud postal v ZDA slaven čez noč, takoj po predavanjih na Clark University leta 1909. Po Freudu je imel predstavnik humanistične psihologije Carl R. Rogers (1902–1987) največji vpliv na ameriško kulturo. Njegova formulacija *nedirektivne, na klienta usmerjene terapije* predstavlja fundamentalni premik od medicinskega modela odnosa pacient/zdravnik na neavtoritarni odnos klient/terapevt. Po Rogersu se psihoterapija ne ukvarja več samo z zdravljenjem bolezni, ampak predvsem z analizo in pospeševanjem personalnega razvoja *normalnega posameznika*, ki ga je Rogers poimenoval *samouresničevanje* (self-realization). Zdravnik prepozna klienta kot *tistega, ki mu je enak* (peer). Posameznik je za zdravnika klient, ne pa pacient. Rogers je poudarjal, da sta možnost za razvoj in boljše zdravje v klientu. Pristojnost tistega, ki svetuje, je v tem, da zagotavlja čim bolj prijazno okolje, ki omogoča *samozadovoljstvo* (satisfaction) in *samouresničevanje* klienta (Evans 1975).

Implikacije koncepta klienta so zelo pomembne tudi za poklic medicinske sestre, ki npr. ne more pomagati alkoholiku, če se ta samozavestno noče rešiti odvisnosti od alkohola, ali pacientu/klientu po možganski kapi, ki se noče vedno in z voljo razgibavati po predpisanem programu. Medicinska sestra ne more (uspešno) opraviti nalog, ki sodijo v njen poklic, brez aktivnega sodelovanja klienta.

1.5 ODNOS POKLICNIH SKUPIN IN CILJNIH SKUPIN KLIENTOV

Za razumevanje vpliva tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre in delo medicinske sestre je potrebno osvetliti tudi odnos med poklicnimi skupinami in ciljnimi skupinami klientov.

Herbert A. Simon (1996), Nobelov nagrajenec za ekonomijo za leto 1978, je predlagal in dokazoval potrebo po ustanovitvi znanosti o umetnem (artificial), primerljivo znanostim o naravi (naravoslovje). Simon je pokazal, da živimo v svetu umetnih stvari in ne v naravnem svetu, kot si mislimo. V široko področje umetnih izdelkov (artefaktov) človeške ustvarjalnosti sodijo tudi tehnologije.

Za razumevanje profesionalnega dela je treba pojasniti predvsem odnos poklicni strokovnjak – klient, v katerem ima tehnologija vmesno vlogo *tretjega dejavnika* (Don Ihde 1982 v Šercar 1988). Pri načrtovanju na mikro ravni se domneva, da arhitekt, odvetnik, gradbeni inženir ali zdravnik, ki predstavljajo glavne popolne profesije, delajo za posebnega klienta in da potrebe in želje klienta opredeljujejo cilje profesionalnega dela. V modelu profesionalne dejavnosti arhitekt projektira hišo z namenom, da izpolni življenjske zahteve klienta, zdravnik pa na podoben način načrtuje potek zdravljenja bolezni pri pacientu. Pri načrtovanju ni treba upoštevati posledic, ki so nad potrebami in ciljem klienta. Simon pravi, da arhitektu ni treba paziti, da bi lahko bil denar, ki ga klient namerava porabiti za hišo, boljše porabljen (s stališča družbe) za nastanitev družin z nižjimi dohodki. Zdravniku se ni potrebno spraševati, ali bi bilo boljše za družbo, če bi pacient umrl. Tradicionalna določitev vloge poklica je zelo povezana z racionalnostjo, najugodnejšo za naloge, ki imajo cilje jasno postavljene in omejene. Čeprav zadeva v praksi ni tako preprosta, ta definicija vloge profesionalnega dela do klienta omogoča pojasniti razvoj tehnologij za vsakega izmed teh poklicev. Razvoj tehnologije, ki je vmesni element med poklicnim strokovnjakom in klientom, omogoča poklicnemu strokovnjaku izvajanje večjih učinkov v istem času, hkrati pa se bolj zaveda posledic svojega dela, ki so onkraj potreb in interesov klientov.

Spremembe poklicnih norm ali neposredna intervencija države (ob upoštevanju posledic, ki so onkraj potreb klienta) postavljajo pred poklicne strokovnjake vedno nove obveznosti. Tak razvoj zahteva od strokovnjaka nov premislek o pojmu klienta. Psihiater, ki dela s posamičnim pacientom, postaja tudi družinski svetovalec. Gradbeni inženir začne upoštevati vpliv okolja pri načrtovanju.

Ko država prevzame nase širšo odgovornost, vedno več poklicnih strokovnjakov spoznava, da ne služijo več posameznim klientom, saj je te poklicne strokovnjake vključno z medicinskimi sestrami neposredno zaposlila država. Skoraj vse profesije izvajajo danes samopreverjanje svojih vlog, tako da jih plača država, strežejo pa posameznike kot svoje kliente. Nedoločnost, ki jo povzroča ta odnos, je značilna predvsem za zdravnike in medicinske sestre.

Arhitekti so v posebnem konfliktu, saj si zmeraj dodeljujejo dvojno vlogo umetnikov in strokovnjakov, ki je pogosto nezdržljiva. Kot umetniki si želijo doseči estetske cilje, ki so lahko neodvisni od potreb in želja klientov. Arhitekt torej ni preprost izvrševalec klientovih namenov. Če se klient obnaša kot idealen renesančni uporabnik, ne bo vsiljeval umetniku svojih pogledov o lepoti. Če je odnos klienta do zgradbe bolj utilitaren, ni mogoče žrtvovati koristnosti arhitektovega razumevanja lepote – njun odnos bo obremenjen z nezaupanjem in zmoto.

V zdravstvu so problemi nekoliko drugačni. Eden izmed problemov se nanaša na finančni načrt in alokacijo virov – bilanco med stroški in kakovostjo zdravstvene oskrbe. Zasebni pacienti si privoščijo oskrbo v skladu s svojimi možnostmi, zavarovanci v javnem sektorju pa si lahko privoščijo oskrbo, ki jim jo v okviru možnosti javnih financ zagotovijo zdravniki. Zaradi posrednih kanalov plačevanja večine zdravstvenih storitev skupaj s storitvami medicinskih sester je zelo težko ugotoviti in spremljati proračunske omejitve. Druga težava pri načrtovanju zdravstvene oskrbe in zdravljenja izhaja iz napredka medicinske tehnologije, ki omogoča zdravniku kontrolo nad življenjem in smrtjo do stopnje, ki je znatno večja kot v preteklosti. Nove tehnologije za spreminjanje genskih procesov in za manipulacije mentalnih funkcij zastavljajo še težja etična vprašanja.

Poklicno delo poteka danes večinoma znotraj organizacije (v državnem in zasebnem sektorju), v okolju organizacije pa obstaja protislovje med merili za odločanje, ki jih opredeljuje profesija, in merili, ki jih birokratsko vsiljuje organizacija. V poslovnih firmah teoretično prevladujejo organizacijska merila, vendar imajo poklicni strokovnjaki diskrecijsko pravico, da dajo prednost strokovnemu premišljanju v odnosu do ciljev organizacije. Če se opredelijo za uporabo te diskrecijske pravice, se morajo opredeliti tudi o tem, kdo je klient: posameznik, ki ga npr. streže medicinska sestra, ali država, ki medicinsko sestro plačuje.

Zdi se, da prepoznavanje družbe v celoti za klienta rešuje vse dvoumnosti, vendar pa to velja le za svet, v katerem ni konfliktov interesov oz. ni nedoločenosti in tveganj v strokovnem razsojanju. Če konflikti interesov in nedoločenost v strokovnem razsojanju obstajajo, je rešitev v tem, da se opusti organizirani družbeni nadzor nad strokovnjakom in se pravica do opredeljevanja družbenih ciljev in prioritet prepusti poklicnim strokovnjakom. Če se kateri izmed ukrepov kontrole obdrži, bi morale institucije družbe skupaj s strokovnjaki redefinirati cilje poklicnega dela. Klienti želijo kontrolirati poklicne strokovnjake z opredeljevanjem svojih potreb in ciljev ter z odnosom do načrtov poklicnega dela, ki jih predstavniki organiziranih poklicnih strokovnjakov predlagajo (Simon 1996, 150–154).

1.6 OPREDELITEV POKLICA MEDICINSKE SESTRE

Definicija Mednarodnega sveta medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN) opredeljuje medicinsko sestro kot osebo, ki je zaključila najmanj dvanajstletno splošno in/ali strokovno izobraževanje in končala visoko strokovno izobraževanje s področja zdravstvene nege ter ji je ustrezní organ podelil pravico za samostojno delo v zdravstveni dejavnosti. V okviru svojih kompetenc je usposobljena za zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, za zdravstveno vzgojo in izobraževanje, za organizacijo dela in razvojno raziskovalno dejavnost.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije (ZZBNS) je leta 2005 opredelila izvajalce zdravstvene nege, od leta 2007 pa so v 3. čl. Pravilnika o registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege navedeni izvajalci, ki morajo biti vpisani v register in samo z veljavno licenco smejo opravljati storitve zdravstvene nege³. Razširila je tudi definicijo ICN in opredelila medicinsko sestro.⁴

Nas zanima vpliv tehnologije na razvoj poklica medicinske sestre.⁵

1.7 DEFINICIJE ZDRAVSTVENE NEGE

Gre za definicije zdravstvene nege, ki so jih oblikovale medicinske sestre, skupine strokovnjakov SZO, ICN in sociologi. Vsi so poskušali jasno definirati zdravstveno nego, ob tem pa so opredeljevali dejavnost (zdravstveno nego) ali izvajalko zdravstvene nege (medicinsko sestro). Prizadevali so si, da bi čim bolj jasno definirali prispevek te profesionalne skupine v zdravstvu (Jonson 1954 v Urbančič 1996, Henderson 1961 v Santrčić 1990, American Nurse's Association (ANA) 1980, WHO 1986, Runk, Muth 1987 v Urbančič 1996, Donahue 1989 v Urbančič 1996,

³ Pod izrazom *medicinska sestra* so mišljeni naslednji nosilci in izvajalci zdravstvene nege: *srednja medicinska sestra, zdravstvena tehnica/zdravstveni tehnik, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik (tudi specialist/ka), diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (tudi specilaist/ka), profesor/ica zdravstvene vzgoje, (diplomiran/a) babica/babičar, univerzitetni/a organizator/ica dela in druge medicinske sestre s fakultetno izobrazbo* (http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena_nega_nega.aspx, 15. junij 2009).

Izvajalci v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, ki morajo biti vpisani v register, so: tehnica zdravstvene nege/tehnik zdravstvene nege, zdravstveni tehnik, medicinska sestra, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik/višji zdravstveni tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, diplomirana babica /diplomirani babičar, profesorica zdravstvene vzgoje/profesor zdravstvene vzgoje (Pravilnik o registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege 2007).

⁴ *Diplomirana medicinska sestra, višja medicinska sestra je oseba, ki je zaključila najmanj dvanajstletno splošno in/ali strokovno izobraževanje in končala visoko (višjo) strokovno izobraževanje s področja zdravstvene nege ter ji je ustrezen organ podelil pravico za samostojno delo v zdravstveni dejavnosti. V okviru svojih kompetenc je usposobljena za zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, za zdravstveno vzgojo in izobraževanje, za organizacijo dela in razvojno raziskovalno dejavnost. Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu posamezniku v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora. Sodeluje pri realizaciji diagnostično terapevtskega programa, katerega iniciator je zdravnik. Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe pacienta. Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti mora biti za samostojno opravljanje zdravstvene nege vpisana v register izvajalcev in imeti veljavno licenco* (http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena_nega_nega.aspx, 15. junij 2009).

⁵ V doktorski disertaciji je obravnavan poklic višje medicinske sestre/višjega zdravstvenega tehnika in diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika. V raziskavi o profesionalizaciji poklica medicinske sestre, ki je potekala leta 1998, so zajete višje medicinske sestre/višji zdravstveni tehniki, ker v začetni fazi naše raziskave še ni bilo diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov.

WHO 1996, ICN 2003 in Zbornica – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2004).

Iz tabele 1.1 Definicije zdravstvene nege v zgodovinski perspektivi je razvidno, da so medicinske sestre od Florence Nightingale najprej hotele čim bolj natančno definirati zdravstveno nego in njeno vlogo v zdravstvenem sistemu. Poudarjale so, da zdravstvena nega temelji na specialnem, sistematičnem in znanstvenem znanju. Skupno v definiranju zdravstvene nege je, da so aktivnosti medicinskih sester usmerjene v to, kako uresničiti zastavljene cilje v okviru (na ravni) interakcij med medicinsko sestro in klientom.

Tabela 1.1: Definicije zdravstvene nege v zgodovinski perspektivi

Leto	Teoretiki zdrav. nege	Definicije
1859	Florence Nightingale	<i>Storitev ljudem s ciljem, da ublaži bolečine in trpljenja. Zavzemala se je za zdravstveno nego, ki bi bolnika postavila v stanje, ki v čim večji meri zagotavlja zdravilni učinek narave; zagotavljanje ustreznega okolja vključno s svetlobo, svežim zrakom, čistočo, toploto in dobro prehrano.</i>
1952	Hildegard Peplau	<i>Zdravstvena nega je terapevtski, interpersonalni proces, ki vključuje dva človeka (medicinsko sestro in klienta), ki imata skupni cilj.</i>
1966	Virginia Henderson	<i>Edinstvena naloga medicinske sestre je pomagati posamezniku, tako bolnemu kot zdravemu, pri opravljanju tistih dejavnosti, ki prispevajo k zdravju ali njegovi ozdravitvi (ali mirni smrti), ki bi jih ta opravljal brez pomoči, če bi imel potrebno moč, voljo ali znanje, to počne na tak način, da mu pomaga povrniti samostojnost v čim krajšem možnem času.</i>
1972	Martha Rogers	<i>Zdravstvena nega se ukvarja z ljudmi, zdravimi in bolnimi, bogatimi in revnimi, mladimi in starimi, kjer koli so, pri delu in pri igri.</i>
1973	Abdellah, Beland, Martin in Matheny	<i>Zdravstvena nega je storitev posameznikom, ki pomaga zadovoljevati njihove zdravstvene potrebe – ne glede na to, ali so zdravi ali bolni.</i>
1980	ANA Congress for Nursing Practice American Nursing Association	<i>Predsedujoča Norma Lang na kongresu: Zdravstvena nega je definirana v dokumentu zdravstvene nege: Zdravstvena nega: diagnoza in obravnavanje človeških odzivov na dejanske ali potencialne zdravstvene probleme. Pojavi za obravnavo: pojavi, ki so predmet zanimanja medicinske sestre, so človeški odzivi na dejanske in potencialne zdravstvene storitve. Za medicinsko sestro so zanimive vse manifestacije, ki so vidne, potrebe, stanje, skrb, dogodek, dilema, težava ali dejstvo, ki ga je možno opisati ali znanstveno razložiti in sodi v ciljno področje zdravstvene nege.</i>

Vir: Schwirian 1998, 36. Professionalization of Nursing, Lippincott Philadelphia. New York.

Za razliko od normativnih definicij priznanih medicinskih sester in ekspertnih skupin SZO vidijo sociologi vlogo medicinske sestre drugače. E. L. Koos govori o *socialnih* vlogah medicinske sestre v bolnišničnem zdravstvenem varstvu, ki se mora zavedati, kako ravnati v odnosu do posameznika in njegove družine, ter tudi v odnosu do združenja, katerega profesionalni član je. Po njegovem mnenju mora medicinska sestra biti bolniku:

- *razlagalka nerazumljivega jezika zdravstvenih delavcev in tista, ki mu predstavi ter ga spozna z opremo v zdravstvenih ustanovah (ker nanj lahko deluje zastrašujoče);*
- *poučevalka, vendar ne v šolskem smislu, temveč v prenašanju znanja in izkušenj iz zdravstvene prakse na bolnika in njegovo družino);*
- *dopolnilo in nadomestek za družino v smislu emocionalne podpore (še posebno otrokom);*
- *oseba, na katero se bolnik lahko zanese, ali zaupanja vredna oseba;*
- *sposobna voditi skupino bolnikov, za katere je zadolžena (Koos v Santrić 1990, 314).*

Večina drugih avtorjev poudarja dvojno vlogo medicinske sestre, tj. tehnično in socialno; gre za manjše ali večje število dolžnosti, ki jih medicinske sestre morajo izpolniti, če želijo izpolniti družbena pričakovanja:

Medicinske sestre so odgovorne za stalno nego bolnika, za izvajanje vseh zdravnikovih odločitev, ki se nanašajo na bolnika, za bolnikovo udobnost in varnost in pri tem morajo biti občutljive za bolnikove probleme na tak način, da pokažejo razumevanje in sočutje ne samo za probleme, ki jih bolniku povzročajo bolezni v fizičnem smislu, temveč tudi za psihološko in socialno podporo (Mechanic v Santrič 1990, 314).

Zdravstvena nega in dejavnost danes izhajata iz dveh zelo različnih, celo nasprotujočih si virov: tradicionalne samostojne ženske zdraviteljske in negovalne vloge v družini in skupnosti in zdravniku podrejene vloge bolnišnične delavke za opravila po zdravnikovem naročilu; ta vloga izhaja iz vzpona bolnišnic v 19. stoletju.

Pahorjeva razdeli teoretične opredelitve zdravstvene nege na štiri skupine:

- prva izhaja iz humanistične tradicije,
- druga poudarja medsebojne odnose kot bistvo zdravstvene nege,
- tretja izhaja iz sistemske teorije,
- četrta (novodobniška) poudarja holizem, energijo, ozaveščanje, duhovnost ipd. (Marriner – Tomery 1989 v Pahor 1998, 8).

Leta 2004 je skupščina Zbornice-zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije prevzela skrajšano definicijo zdravstvene nege ICN (2002).⁶

1.8 RAZVOJ SOCIOLOGIJE PROFESIJ V DRUGI POLOVICI 20. STOLETJA: GLAVNI MEJNIKI

Razvoj sociologije profesij v drugi polovici 20. stoletja se prekriva predvsem z razvojem sociologije v ZDA po 2. svetovni vojni (Freidson 1994).

Prvi, ki se je tam začel teoretično ukvarjati z vprašanjem profesij je bil Talcott Parsons (1951, 1964, 1968). Parsons je ugotovil, da so profesije zelo pomembne za napredne industrijske družbe.

Everett Hughes (1958) je analiziral, kaj je skupnega in kaj je različnega med poklici. Šestdeseta leta 20. stoletja leta so prelomnica v proučevanju profesij. Tedanje zgodovinarje in sociologe je predvsem zanimalo, kako profesije in njihove institucije lahko olajšajo upravljanje (control of) delovne sile in delikventov (npr. Platt 1969, Rothman 1971, Auerbach 1976).

⁶ Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih ter v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter menedžmenta zdravstvenih sistemov in izobraževanj (http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena_nega_nega.aspx, 15. junij 2009).

V 70-ih letih je bil poudarek premaknjen na teoretično proučevanje profesij ne glede na njihovo vlogo v družbi (Freidson 1970, Johnson 1972, Larson 1977).

V analizi profesij M. Larsonove sta prišla do izraza Marxova in Webrova teorija profesij kot interesnih skupin, povezanih z razrednim sistemom kapitalističnih družb, ter profesionalizacija kot kolektivni projekt mobilizacije za izpopolnjevanje ekonomskega položaja (plače) in družbenega statusa (prestiž). Njena široka zgodovinska naravnost je zelo vplivala na večanje interesa za zgodovinske študije profesionalizacije.

Neomarksizem in neoliberalizem, čeprav sta si nasprotujoči ideologiji, podobno kritizirata profesionalizem kot neupravičeni elitizem, ki podpira razredni sistem, ekskluzivno socialno zaprtost profesij pa kot omejevanje priložnosti in oviranje prostega trga delovne sile. Podobna kritika profesionalizma obstaja implicitno tudi v znanstvenih delih avtorjev, ki so sprejeli t. i. pristop moči.

Ta kritika je prevladujoča tema pri evalvaciji profesionalizma tudi danes, saj so visoke cene zdravstvenih, pravnih, izobraževalnih, socialnih in drugih profesionalnih storitev pomembno politično vprašanje v vseh kapitalističnih demokracijah.

Do 80-ih let je bila medicina model za razumevanje profesij. Zaradi prevlade zdravnikov v socialni politiki, v delitvi dela na področju zdravstvenega varstva, nad pacienti oziroma uporabniki zdravstvenih storitev ter zaradi *medikalizacije* osebnih in družbenih problemov, je bila medicina v zgodnjih 70-ih letih tudi predmet kritike profesionalizma kot takšnega. O profesionalizmu se ne sme sklepati samo na osnovi medicine (Rueschemeyer, 1964), saj obstajajo velike razlike npr. med pravom in medicino. Kasneje, v istem desetletju, je ta poudarek na moči medicine in profesionalizma pod vplivom marksizma oslabil. V literaturi so začeli napovedovati upad medicine, prava in profesij nasploh tudi zaradi sprememb v profesijah samih (naraščanje števila delavcev, ki opravljajo rutinska dela, vedno večja notranja stratifikacija in fragmentarizacija profesij na specialnosti, vpliv potrošniških gibanj).

Tako ali drugače se vsi analitiki strinjajo, da so se profesije v vseh industrijskih državah začele pomembno spreminjati. Marksistični analitiki so napovedovali proletarizacijo profesij, drugi pa njihovo reorganizacijo, vključno z izgubo profesionalnega statusa.

V 80-ih letih se je pojavil velik interes za proučevanje profesij, tako na evropski celini kot v angleško govorečih državah. V istem obdobju je tudi zgodovina profesij postala prava *domača obrt za proučevanje* (cottage industry for historians).

Sociologom profesij v Evropi ni ustrezal anglo-ameriški koncept profesije, in to iz naslednjih razlogov:

- evropski sociologi so raje razmišljali o profesiji kot razredu, ne pa kot o poklicu;
- najbolj pomembna razlika je bila v tem, da so profesije v Evropi tesneje povezane z državo kot v anglo-ameriških državah; v Evropi ima namreč država zelo aktivno in pomembno vlogo pri institucionalizaciji in reorganizaciji profesij; v veliko primerih v Evropi je država tudi glavni delodajalec za številne profesije.

Ker je bil posebej močan vpliv M. Larsonove, je evropske sociologe primarno zanimalo, kako so se moderne profesije pojavile in razvijale v Evropi v 19. in 20. stoletju – tj. proces profesionalizacije.

V Evropi so tako nastale številne študije, ki se ukvarjajo z odnosom državne politike in profesije oziroma z vlogo države v razvoju profesij. Zelo številne so tudi transnacionalne primerjalne študije.

Vpliv evropskega pristopa na ameriške sociologe je zlasti opazen v proučevanjih Freidsona (1986) in Rueschemeyerja (1986).

T. C. Halliday (1989) pa izhaja pri proučevanju položaja profesij iz teorije korporacij.

Abbott (1988) je v svojih briljantnih analizah opozoril na spreminjanje posameznih profesij ter na interakcije in borbo med poklici v družbeni delitvi dela.

Poklicni problem v Sloveniji v 20. stoletju je na najbolj zaokrožen in najbolj vsebinski način raziskal Anton Kramberger (1999).

Osrednja ideja Krambergerjeve knjige je abstraktna dihotomizacija poklica na individualni in kolektivni pomen (kolektivno zasnovani poklicni prostori s komajda vidno podporno strukturo):

Ko človek v toku preživetvene kariere "vstopi" v neko delovno razmerje, na neko delovno mesto v nekem podjetju ali organizaciji, istočasno vstopi – ne da bi se tega eksplicitno zavedal – še v nek poklicni prostor (podčrtala L. K.). Nanj prično samodejno delovati, poleg običajnih vsakodnevnih okoliščin, še razni implicitni mehanizmi, ki ta prostor ovijajo že od prej (1999, 35).

Trdi, da so na trgu dela namreč prisotni raznosmerni vplivi, kot so družina, kolektivni interesi (podjetij, panog, poklicev in asociacij), družbena organizacija, politika in tehnologija. O tehnologiji kot enem izmed treh glavnih zunanjih vplivov (družina, tehnologija, družbena organizacija), je Kramberger zapisal:

Tehnologija je najverjetneje drugi najpomembnejši faktor vpliva, saj spreminja izobraževalni sistem, proizvodno sfero in trg dela. Je sicer precej raziskan faktor, a kljub temu teoretsko dokaj nejasno vezan na pojem razvoja in na sam trg dela (Freeman in Soete 1987 v Kramberger 1999, 35).

V zadnjem času vedno več avtorjev proučuje reorganizacijo profesij vključno z izgubo statusa, spremembo vlog uporabnikov kot potrošnikov zdravstvenih storitev (Clarke in drugi 2007); zaradi ekonomskih pritiskov nastajajo nove zahteve držav po redefiniranju javnih služb in legitimnosti odločanja.

Spremembe vzorcev upravljanja in profesionalnega razvoja predstavljajo nove izzive za raziskovanje zlasti zdravstvenih profesij, ki delujejo v interesu uporabnikov zdravstvenih storitev in v interesu javnosti. Vzpostavlja se javni nadzor, ki ga izvajajo vlade, uporabniki zdravstvenih storitev (potrošniki) in različne profesionalne skupine. V ospredju je *kakovost zdravstvenih storitev in vrednotenje učinkovitosti*. V zdravstvenih sistemih gre za premik v smeri *decentralizacije storitev; prenos pooblastil* med poklicnimi skupinami v zdravstvu in med poklicnimi zdravstvenimi skupinami in družbo ter *vzpostavljanje omrežij* za nudenje kompleksnih storitev, ki jih urejajo zdravstveni delavci (Kuhlmann, Allsop in Saks 2009).

1.9 TEORIJE PROFESIJ

Teoretiki profesij opredeljujejo nastanek profesij (kako, kdaj in zakaj) zelo podobno. Kot predhodne procese profesionalizacije navajajo sekularizacijo in racionalizacijo ter s tem povezan vedno večji pomen znanosti in tehnologije (Šporer 1990, Santrić 1990).

Večina avtorjev profesionalnega fenomena je poskušala naštetati lastnosti profesij in jih opisati. Dominantni pristop sta nomenklatura in deskripcija, v nekem posebnem smislu tudi različica funkcionalističnega iskanja funkcionalnih imperativov. Kombinacije lastnosti se med seboj razlikujejo, vendar imajo mnogo skupnega: npr. so lastnosti v nekem urejenem odnosu in kot take tvorijo profesijo; določeni lastnosti se poskuša pripisati večji pomen kot drugim (Parsons 1954, Greenwood 1957, Susman 1965 v Zvekić 1985).

V teoriji profesij gre za naštevane in opisovanje lastnosti profesije. Najbolj pogosto je predstavljena kombinacija dveh tipov definicij: dimenzionalne (konstatacija obstoja določenih kvalitet (Greenwood 1957) in zgodovinske (konstatacija lastnosti in opazovanje oblikovanja profesije kot postopnega gibanja k definiciji ugotovljenih lastnosti (Wilensky 1964). Med njima ni bistvene razlike, čeprav so zgodovinske definicije bliže sociološkemu razumevanju profesionalizma kot procesa družbene modernizacije (Zvekić 1985).

E. Greenwood navaja, da se profesija razlikuje od poklica s pomočjo kompleksnega pojma profesionalne kulture, medtem ko E. Durkheim in W. Goode menita, da že tehnična kompetenca

določa obstoj profesije. Značilno je, da profesija simbolizira ideal človekoljubja ali določen tip solidarnosti.

Nekoliko manj idealizirane definicije profesij navajajo še druge dimenzije profesionalizacije, kot so: teorije in tehnike, monopol nad strokovno dejavnost oz. ekspertizo, prepoznavnost v javnosti in organiziranost profesije (Turner-Hodge 1970); profesionalna kultura, ki jo vzdržujejo profesionalna združenja in socializacijski procesi (Greenwood 1957); podaljšanje izobraževanja usmerjenega k pridobivanju specializiranega abstraktnega znanja in usmeritev k nudenju določenih storitev (Goode 1957), (Santrić 1990).

Ocenitev profesionalizacije določenega poklica, v našem primeru poklica medicinske sestre, je v veliki meri odvisna od izbire teorije profesij, s pomočjo katere ugotavljamo stopnjo razvitosti poklica.

Raziskave na področju sociologije profesij se ne morejo izvajati brez neke referenčne operativne definicije profesije. Najbolj uporabljiva se zdi teorija profesij Turner-Hodgea (1970), dopolnjena s profesionalno etiko (Šporer 1990), saj je najbolj jasna in jo sestavljajo dimenzije, ki se med seboj najmanj prekrivajo; stopnjo razvitosti posamezne dimenzije lahko opazujemo v razmerju med poklicem in profesijo.

Za doktorsko disertacijo je pomembno, da lahko merimo stopnjo razvitosti vseh dimenzij profesije in s tem tudi stopnjo profesionalizacije poklicev v danem trenutku in prostoru.

Komparativna prednost navedene aditivne definicije je, da vsaka posamezna dimenzija predstavlja relativno samostojno dimenzijo in jo je zato mogoče ločeno operacionalizirati. Dimenzije profesije enako označujejo poklice in profesije, razlika med njimi je le v stopnji razvitosti vsake posamezne dimenzije. Profesije se razlikujejo glede na razvitost teh dimenzij, zato lahko govorimo o polnovrednih profesijah in o pol-profesijah, glede na večjo ali manjšo razvitost posameznih dimenzij.

Klasifikacija dimenzij profesije je osnova za analizo posameznih profesij, s katero ugotavljamo odstopanja od idealnega tipa glede zadovoljevanja dimenzij profesije. Klasifikacija dimenzij profesije pomaga pri evalvaciji približevanja poklica medicinske sestre idealnemu tipu profesije.

Tako nastaja kontinuum v razmerju med poklicem in profesijo glede na stopnjo razvitosti posamezne dimenzije, ki jo bomo v raziskavi uporabili kot meritveni inštrument.

Med teoretiki profesij poudarjata velik vpliv in povezanost sodobne tehnologije in profesij Abbott (1988) in Kramberger (1999).

1.10 PROFESIONALIZEM IN PRIHODNOST PROFESIJ V TEORIJI ANDREWA ABOTTA (1988)

Abbott se je poglobljeno ukvarjal z analizo profesionalizacije različnih poklicev (1988) in je verjetno edini, ki vodi univerzitetni oddelek za sociologijo poklicev (Kramberger 1999, 130–131). Sociologija profesij mora šele ujeti korak z dinamičnim svetom sodobne zdravstvene nege. Večina analiz o poklicu medicinske sestre, ki so jih napisali sociologi, se osredotoča na (nepomembno) vprašanje, ali je profesija medicinske sestre zares profesija. Šolska sociologija govori o polprofesiji medicinske sestre. V učbenikih je *prava profesija* določena kot organizirana skupina ekspertov, ki uporabljajo pri obravnavi posameznih primerov neko posebno obliko ezoteričnega znanja.

Prave profesije imajo sisteme za izobraževanje in usposabljanje, ki vključujejo izpite in druge formalne pogoje. Ljudje verjamejo, da gre za uveljavljanje etičnega kodeksa ali pravila vedenja. Obstaja tudi prepričanje, da se zanašajo na plačilo za svoje storitve, plačilo pa je odvisno od (ne)uspešnih rezultatov. *Pravi profesionalci* so običajno neodvisni, samostojni praktiki. Dva očitna modela za tako pojmovanje sta pravo in medicina. Danes bi bilo bolje zapisati: sta *bila* pravo in medicina, kajti ta podoba (plačilo za storitev, interno uveljavljena pravila, neodvisna praksa) izginja iz prava in medicine.

S tega *šolskega vidika* se polprofesije razlikujejo od profesij po tem, da so njihovi pripadniki zaposleni na birokratski način, da pogosto nimajo vseživljenjske poklicne kariere in da ne uporabljajo, vsaj po mnenju nekaterih sociologov, tako ezoteričnega znanja kot pravo in medicina. Najpomembnejše polprofesije so socialno delo, poučevanje, zdravstvena nega in knjižničarstvo. Taka konceptualna različnost med profesijo in polprofesijo ni dobra, saj izhaja iz razlike med moškimi in ženskami.

Sociologi, ki so profesije ločili od polprofesij, niso mislili, da bo ta razlika trajala večno. Skladno s teorijo profesionalizacije je treba polprofesijam le čakati. Profesionalizacija se jim je zdela tako neizogibna kot pomične stopnice, najprej šola, nato združenje, izpiti, uvedba licenc, etični kodeks in na koncu pravi poklic. Celo danes imajo ljudje vsakič, ko uporabijo izraz *profesionalizacija*, pred očmi *podobo pomičnih stopnic*, na kateri se skupaj s svojim poklicem

pomikajo proti višjemu statusu. Ko t. i. *profesionalci* pridejo do cilja, mislijo, da bodo ljudje spoštovali njihovo presojo in njih same.

Pomične stopnice, na katere so stopili socialni delavci, učiteljice, medicinske sestre in knjižničarji, niso peljale do cilja. Zdi se, da po sto letih npr. knjižničarstvo ni niti malo bliže svojemu cilju, kot je bilo v Deweyevih časih. Razlog za to je preprost. Pomičnih stopnic ni. Vse profesije obstajajo na enaki stopnji. Res je, da poklici pogosto ustvarjajo izpite, licence, združenja in etične kodekse. Toda licence ne morejo zaščititi poklica, ko se zaradi novega znanja spremeni narava dela, ko del tega dela odnašajo drugi poklici in ko se njegova organiziranost zaradi zahtev postopoma spreminja na različne načine. Kar pri poklicu, ki ga opravljajo pripadniki poklica, zares šteje, je *njegovo razmerje do dela*, ki ga opravlja. Ko se osredotočimo na *profesionalizacijo*, je delo kot nekaj samoumevnega, kot da bi se z dosego strukturne oblike *prave profesije zgodovina dela ustavila na tirnicah*. Današnja medicina, najbolj profesionalna izmed vseh profesij, je danes nekaj povsem drugega kot pred tridesetimi ali petdesetimi leti. V ZDA gre danes pri večini zdravnikov za plačane birokrate, ki jim plače določajo zavarovalnice in države.

Za disciplino so bolj zaslužni odvetniki, ki se ukvarjajo z zlorabami zdravniškega poklica, kot pa disciplinske komisije. Zdravniki še vedno dobro zaslužijo (če je to kazalec profesionalizma), toda tudi to se bo kmalu spremenilo.

Razmišljati o prihodnosti zdravstvene nege ne pomeni sanjati o vožnji po pomičnih stopnicah proti strukturnim pastem, ki jih prinaša profesionalizem. Upoštevati je potrebno verjetni razvoj dela na področju zdravstvene nege in se vprašati o posledicah, ki jih ta razvoj prinaša za poklic. Splošno vprašanje o prihodnosti zdravstvene nege ne pomeni vprašanja o lastni prihodnosti. Usoda poklicev je tako odvisna od časa in prostora v družbi, da imajo lahko posamezniki zelo različne izkušnje, čeprav jih loči le nekaj let ali kilometrov ali le majhna razlika v dokazilih o izobrazbi.

Ko bomo nehali razmišljati o strukturi poklica in začeli razmišljati o delu, ki ga pripadniki poklica opravljajo, bo marsikaj hitro postalo jasno. Profesionalno delo se nenehno spreminja, in to v številnih smereh. Včasih večje socialne sile ustvarijo novo delo za profesije, kot se je z vzponom industrije zgodilo tehniki. Včasih večje socialne sile uničijo stara področja dela, kot se je ob zatonu železnic zgodilo številnim profesijam. Včasih se profesije preprosto pomaknejo naprej, kot so na začetku (minulega) stoletja storili psihiatri, ko so zapustili psihiatrične bolnišnice in se začeli ukvarjati z ambulantnimi pacienti, kot so to počeli nevrologi.

Profesionalno delo se spreminja na treh pomembnih ravneh. Gre za: (1) večje socialne in kulturne sile, ki včasih preoblikujejo celotna področja profesionalnega dela in pravila igre, po katerih so profesije organizirane in strukturirane; (2) vpliv drugih profesij in medsebojno tekmovanje; (3) druge načine zagotavljanja strokovnega znanja.

Medsebojni vplivi in tekmovanje med profesijami so bili ves čas močno prisotni. Ko so zapustili bolnišnice, so psihiatri postali podobni nevrologom, ki so bili do takrat na nek način zadolženi za (danes bi rekli) nevrotične ljudi. V prvih dvajsetih letih prejšnjega stoletja so se psihiatri pririnjili v kazenski pravosodni sistem in začeli bojevati s pravniki, socialnimi delavci in pripadniki nove profesije (psihologi). Na pravnike so seveda pritiskali tudi drugi (npr. bančne in zavarovalniške družbe), ki so odvetnikom jemali pravico do uveljavljanja zavarovalnin. Toda prerivali so se tudi pravniki. Prevezli so vnovčevanje menic od nepravniških posameznikov, ki so to počeli pred tem, in pripeljali delo v birokratske firme, s katerimi so upravljali sami. Pravniki so se na davčnem sodišču spopadali z računovodji, kdo bo svetoval klientom o finančnih vidikih novih zakonov o obdavčevanju dohodka; spopad je v dvajsetih letih ostal neodločen. Računovodje so se s tehnikami (inženirji) bojevali, kdo bo obvladoval velika proizvodna podjetja – bitko so izgubili oboji – saj je zmagala hitro se vzpenjajoča prodaja. Medtem je na drugem koncu interprofesionalnega bojišča duhovniški poklic izgubil večino svojega tradicionalnega dela (obiskovanje cerkva je bilo na najnižji točki v vsej ameriški zgodovini) in se je začel ukvarjati s socialnovarstvenimi vprašanji, kjer je pomagal pri nastanku profesije socialnega dela, ki se je kasneje obrnila in ga zavrgla kot amaterja. Duhovniki so se lotili duševnega blagostanja posameznikov (področje je kasneje poimenovalo pastoralno svetovanje), kjer so se spopadali s psihiatri, ki so pred tem prevzeli področje od nevrologov, in s socialnimi delavci, ki so postajali utrujeni od ponavljajočega se dela na primerih in so sledili psihiatriji v smeri individualne analize. Sistem profesij je svet *potiskanja in prerivanja, dobljenih in izgubljenih bitk*. Ne glede na podobo *resničnega profesionalizma* se profesije in polprofesije spopadajo za enako delo na približno enaki ravni, zato je nesmiselno ločevati profesije in polprofesije; gre preprosto za ekspertne poklice, ki iščejo delo, ki bi ga opravljali in ga opravljajo, ko ga lahko.

Drugi načini zagotavljanja strokovnega znanja so zelo pomembni. Strokovnega znanja nimajo samo profesionalci, ampak se nahaja tudi v stvareh in organizacijah. Mnogi ljudje mislijo, da gre za novost, ko govorimo o strokovnem znanju v stvareh, a to ne drži. Oblike pravniškega dela (potujoči pravniki) so stare več stoletij, stroji za štetje in računanje pa so že konec devetnajstega stoletja nadomestili ljudi.

Velika konkurenca človekovemu strokovnemu znanju je strokovno znanje v organizacijah, ki ogrožajo profesionalizem bolj kot dobrine. Gre za nove bolnišnične korporacije, ekonomsko lastništvo velikih baz podatkov pa je še bolj znano knjižničarjem. Zaradi stroškov, ki jih predstavlja pomožno osebje v teh organizacijah, in potrebe, da imajo v lasti veliko število fizičnih stvari (npr. stroji, zgradbe), veljajo za velike ekspertne organizacije bolj komercialna kot profesionalna pravila. Odvisnost je lahko neposredna (bolnišnične korporacije) ali posredna (npr. veliki sistemi javnih knjižnic).

Prihodnost profesionalizma je odvisna od tega, kaj se dogaja z nenehno spreminjajočim se profesionalnim delom profesije v okviru večjih socialnih in kulturnih sil ter drugih konkurenčnih poklicev in konkurenčnih organizacij ter dobrin. Na te kompleksne kontekstualne sile odgovarja vsaka profesija z različnimi taktikami in notranjimi spremembami.

Najbolj očitna in verjetno najpomembnejša socialna sila, ki vpliva na številne poklice, so tehnološke spremembe, ki nam omogočajo, da stvari počnemo lažje, ali v celoti nadomeščajo prejšnje delo ali omogočajo stvari, ki jih pred tem ni počel še nihče.

Osrednje vprašanje tehnologije je najbrž v njenem odnosu do konkurenčnih virov strokovnega znanja. V prihodnosti bodo to odvisnost verjetno povečale druge sile.

Ali ob pravkar obravnavanih socialnih in kulturnih spremembah pričakujemo, da bo informacijsko strokovno znanje preživelo pri posameznikih ali pa ga bo mogoče najti v glavnem v organizacijah in dobrinah? Trenutno se srečujemo z argumenti t. i. *taktike zastraševanja*. Prvi od teh je argument *komodificiranje ali podobrinjanje*. Rezultat obsežne *komodifikacije* je naraščajoči prepad med osnovno profesionalno elito, ki se ukvarja z vzdrževanjem in nadgrajevanjem vse bolj centraliziranega znanja, in večje, vendar obrobne skupine, ki se ukvarja s klienti. Vzorec vertikalne diferenciacije je skupen za vse profesije (tudi računovodstvo in statistika sta tako organizirana).

Drugi argument *zastraševalne taktike* je proletarizacija, saj postajajo profesionalci nesamostojni delavci z nizkim statusom. Mnogi znanstveniki razumejo birokratsko zaposlovanje kot kazalec proletarizacije. Medicinske sestre so, za razliko od zdravnikov, skoraj vedno delale v organizacijah, hkrati pa imajo znanja, ki jih organizacije ne morejo najti kjer koli (kot npr. ročne delavce ali delavce z znanji, ki so značilna za določeno podjetje); zdi se, da lahko zato argument splošne proletarizacije prezremo.

Prednost strokovnega znanja v ljudeh ali v organizacijah je močno odvisna od velikosti. Nekateri viri, ki so pomembni za profesionalno delo, so tako veliki, da jih imajo lahko le organizacije; nekatera opravila so prevelika, da bi jih lahko obvladali posamezni profesionalci.

Velike podatkovne baze so pogoj za hitro opravljeno delo, vendar so pogosto predrage, da bi lahko bile v lasti posameznikov ali majhnih skupin. Zgodovinsko gledano so zdravniki vedno znali pripraviti nekoga drugega, da je postal lastnik dragega fizičnega kapitala, ki so ga potrebovali (medicinska oprema, s katero delajo). Danes je glavna sprememba v tem, da so lastnice velikega dela fizičnega kapitala gospodarske organizacije, ne pa država ali neprofitne organizacije. Najboljše demografske informacije v ZDA niso v podatkih iz splošnega popisa prebivalstva, temveč v obsežnih in zelo zasebnih marketinških podatkovnih bazah. Pričakujemo lahko naraščajočo prevlado organizacij.

Splošno obliko bodoče profesije je težko napovedati. Gre za neke vrste masovni *asociacijski* profesionalizem, ki ga poznamo v pravu ali medicini 19. stoletja, kjer je profesionallec (samozadostni dobavitelj) izginil iz nekaterih profesij (če je sploh kdaj obstajal). V pravu (tudi v računovodstvu, arhitekturi in celi vrsti drugih profesionalnih področij) je danes skupna oblika profesionalizma vzorec, ki ga lahko imenujemo elitni profesionalizem. Elita obvladuje zagotavljanje storitev velikim uporabnikom, nadzoruje izobraževanje na univerzah in usmerja glavni tok profesionalnih zadev. Mnogo obširnejša periferija zagotavlja storitve številnim malim uporabnikom na osnovi 19. stoletja.

Analiza prihodnosti profesij ne vključuje neposredno posameznikov, ki so trenutno v poklicu. Če je profesija kot celota uspešen *generalist*, še ne pomeni, da posamezni specialisti v njej ne bodo ugotovili, kdaj je njihovo znanje zastaralo, kdaj njihovo delo ni več potrebno in kdaj njihov klient ne obstaja več.

Prihodnost posameznih profesij je jasna, čeprav je zelo kompleksna in polna naključij. Posamezniki bodo še naprej vstopali v profesijo in iz nje izstopali na različnih stopnjah. Glavni izziv za večino profesij kot celoto bo zajemanje številnih informacijskih tehnologij prihodnosti in skupin, ki jim strežejo; to pa pomeni, da bo potrebno na novo definirati profesije (Abbott 1988).

1.11 PROFESIONALIZACIJA POKLICEV KOT PROCES

Izraz *poklic* uporabljamo v pomenu besede *occupation* in v pomenu *profession*, kar je razvidno iz sobesedila. Pojma *poklic* in *profesija* sta najpomembnejša v analizi družbene in tehnološke delitve dela. Poklic najpogosteje označuje vrsto dela, ki ga stalno opravlja določena oseba. Profesija označuje samo tisti poklic, ki ima posebno mesto (status in vlogo) v družbeni delitvi dela.

Profesija. Če izhajamo iz značilnosti, po katerih se razlikuje poklic kot *occupation* in poklic kot *profession*, je poklic v pomenu *profession* prestižni poklic z visokim nivojem identifikacije pripadnikov, ki zahteva dolgotrajno redno izobraževanje na univerzitetni ravni. Profesija zahteva strogo samoregulacijo in samokontrolo, avtoriteto nad klienti, nudenje storitev družbi, ki je po motivaciji nad ozkim osebnim interesom (Schwirian 1998).

Osnovni pojmi profesije so: profesionallec, profesionalen, profesionalnost. Profesionalen pomeni dano stopnjo razvitosti profesije (Hughes 1965 v Schwirian 1998), profesionallec pa je oseba, ki pripada določeni profesiji. Profesionalnost so cilji in lastnosti, ki določajo ali označujejo profesijo ali profesionalno osebo.

Ustvarjanje profesije je najtesneje povezano z družbeno delitvijo dela. Pod vplivom tehnoloških dosežkov in drugih faktorjev, ki delujejo na družbeno delitev dela, se ustvarjajo nove profesije in specializacije, ki jih opravljajo v okviru že obstoječe profesije. Zaradi tehnološkega napredka, vse večje delitve dela in zaradi povečane institucionalizacije vseh aktivnosti, nastaja v sodobni družbi vedno več profesij.

Profesionalizem predstavlja transformacijo določene dejavnosti, ki se je do tedaj opravljala svobodno in neformalno (običajno v okviru z drugo profesionalno dejavnostjo), v profesijo. Proces se začne s pridobivanjem določenih družbeno priznanih pravic in dolžnosti za osebe, ki opravljajo določeno dejavnost vse do njene popolne institucionalizacije. Institucionalizacija zaključuje profesionalizacijo, dejavnost postane osnovna življenjska dejavnost, ki jo opravljajo in praviloma za to prejemajo plačo oz. določeno nadomestilo (Schwirian 1998).

Profesionalizem, ki zajema tehnične sposobnosti in kompetence, določeno profesionalno etiko in odgovornost, je *antiteza amaterizmu*, površnosti oz. subjektivizmu, ki je še vedno prisoten v sodobni družbi.

Profesionalizacija je preraščanje poklica v polno profesijo. Rezultat profesionalizacije je približevanje idealnemu tipu profesije.

Profesionalizacija je zelo kompleksen proces, ki poteka na več ravneh družbenega dogajanja hkrati. Z globalnega sistemskega vidika je temeljni proces družbene delitve dela, z institucionalnega vidika je legitimizacija poklicnih privilegijev, s socialnega je temeljni vir družbene diferenciacije in stratifikacije, s kulturnega pa je temeljni vir porajanja subkultur v sodobnih družbah. Sociološke teorije profesij obravnavajo v večini primerov profesionalizacijo z institucionalnega vidika, kar pomeni, da istijo procese profesionalizacije z institucionalizacijo privilegijev posameznih poklicnih skupin. Profesije so zanje tisto, kar je Max Weber imenoval "zakonsko privilegirane skupine", katerim družba priznava monopol na neko strokovno aktivnost. Tako pojmovan proces profesionalizacije ni več bistveno različen od procesov birokratizacije. Protislovje med profesionalizacijo birokratskih organizacij in med birokratizacijo profesij po mnenju nekaterih sociologov ne obstaja, zakaj profesionalizacija in birokratizacija sta samo dve različni obliki, s katerimi se skušajo posamezne socialne skupine dokopati do monopola na neko strokovno aktivnost oz. na neko družbeno funkcijo (Rus 1979, 1482).

Profesionalizacija se nanaša na proces, v katerem iz laika nastane ekspert oz. izvedenec na nekem ožjem področju (Herzog v Adam 1992). Povezana je s profesionalno (terciarno) socializacijo in oblikovanjem profesionalnega etosa. Podrobnejša sociološka analiza kaže naslednje značilnosti profesionalizacije:

- *Uporaba tehničnih veščin (lahko bi rekli tudi know-howa), ki bazirajo na teoretskem znanju. Bolj intelektualizirani in kompleksni poklici so seveda v večji meri kot enostavni poklici odvisni od teoretskih znanj.*
- *Izobraževanje in usposabljanje za usvojitev specifičnih veščin in znanja.*
- *Kompetenca in kvalifikacija je zagotovljena najprej z izpiti in diplomo, nato pa s prakso, kariero in ugledom (reputacijo) v redni oz. kontinuirani poklicni dejavnosti.*
- *Obstoj profesionalnega združenja, ki ima naslednje funkcije: zastopa interese članstva nasproti klientom, delodajalcem in državi, izključuje nepoklicane, se pravi tiste, ki niso kvalificirani, iz stroke, z etičnim kodeksom regulira notranjo konkurenco in vzpostavlja zaželeno standarde obnašanja.*
- *Državno oz. zakonsko sankcioniranje vseh naštetih konstitutivnih elementov profesije, predvsem prestiža in statusne moči pripadnikov neke profesije oz. profesionalnega združenja. Na ta način je tehnična kompetenca nadgrajena s socialno kompetenco oz. legitimacijo.*
- *Profesionalna etika, ki poleg internaliziranih standardov delovanja vključuje tudi glavne prvine samoidentitete in avtonomije. (Adam 1992, 9).*

Tabela 1.2: Proces profesionalizacije

Profesija	Začetek opravljanja poklica v polnem del. času	Prve strok. šole	Prve univ. šole	Prva nac. prof. združ.	Prvi državni zakoni o licencah	Formalni etični kodeksi
Pravo	17. stoletje	1784	1817	1878	1732	1908
Medicina	1700	1765	1779	1847	pred 1780	1912
Šolsko poučevanje	17. stoletje	1823	1879	1857	1781	1929
Knjižničarstvo	1732	1887	1897	1876	pred 1919	1938
Zdrav. nega	17. stoletje	1861	1909	1897	1903	1950
Socialno delo	1898	1898	1904	1874	1940	1948

Vir: Wilensky 1964 v Schwirian 1998, 10. Professionalization of Nursing, Lippincott Philadelphia. New York.

Poklic in profesionalizacija sta pomembni za moderno, meritokratsko družbo, vendar se zdi na prvi pogled pretirano, če rečemo, da gre za dva ključna pojma sociološke analize. Če bolj natančno preiščemo sociološki pomen obeh dveh pojmov, ugotovimo, da sinhrona (strukturalna) in diahrona (dinamičnorazvojna) raven analize v veliki meri temeljita na teh pojmihi. Upoštevati je potrebno, da gre za umestitev teh dveh pojmov v širšo razlagalno mrežo (Adam 1992).

Razmerje med poklicem in profesijo je bilo v času, ko je bila vloga profesij zelo poudarjena in tudi idealizirana, pogosto predstavljeno kot dihotomno (kot da gre za dva povsem različna pojma).

Tabela 1.3: Lastnosti poklicev in profesij

POKLICI	PROFESIJE
<ul style="list-style-type: none"> – Zavzemajo obrobna mesta v družbeni delitvi dela, – pripadniki so neorganizirani, – so nizko kvalificirani, njihovo usposabljanje je kratkotrajno, – dejavnost temelji na izkustvu, – potrošniki izbirajo in ocenjujejo njihove izdelke in storitve, – njihov položaj uravnava trg, – njihovo delovanje teče po tehničnih navodilih, – nimajo posebne poklicne kulture, – vstop v poklicno dejavnost je prost. 	<ul style="list-style-type: none"> – Zavzemajo centralna mesta v družbeni delitvi dela – pripadniki imajo svojo organizacijo, – obvladujejo visoko zahtevna znanja, se dolgo usposabljujejo, – dejavnost temelji na sistematični teoriji, – klienti sprejemajo njihovo ekspertizo in storitve kot nevprašljive, – njihov položaj uravnava država, – njihovo delovanje teče v skladu s kodeksom profesionalne etike, – oblikujejo posebno profesionalno kulturo, – obstaja mehanizem kontrole vstopa v profesijo.

Vir: Lastnosti, povzete po različnih avtorjih (Greenwood 1957, 1966, Turner in Hodge 1970, Pavelko 1974, Kordaševski 1976 v Svetlik 1999, 9)

Svetlik navaja:

da ima Krause (1974) prav, ko pravi, da so profesije poklici kot vsi drugi, le da imajo v večji meri izražene profesionalne lastnosti. Poklice in profesije je treba postaviti na kontinuum. Na eni strani so šibko izraženi poklici, ki so komajda kaj bolje profilirani kot nekvalificirani delavci, na drugi strani pa so močne profesije, z vsemi lastnostmi, ki se jim sicer pripisujejo. V tem smislu profesionalizacija pomeni, da določen poklic pridobiva vse več lastnosti profesije. Meje med obema pa ni mogoče natančno opredeliti in bi bila povsem arbitrarna (Svetlik 1999, 10).

K profesionalizaciji poklicev prispeva delitev dela, ki je tehnološko pogojena, tako da z razvojem tehnologije in načinov (organizacije) dela ter specializacije nastajajo novi poklici.

Za pojasnitev profesij je Svetlik (1999, 10) navedel Krauseja, ki pravi:

Prvič, so profesije funkcionalno močne oz. blizu ključnim mestom v delitvi dela, kar se kaže v njihovi politični moči, prestižu in materialnih nagradah, drugič, vse se ukvarjajo s temeljnimi potrebami posameznikov ali skupin, pri čemer bi odsotnost njihovih kvalifikacij povzročala takojšnje in dolgotrajne krize posameznikov in družbe same.” (Krause 1971, 78–79 v Svetlik 1999). “Profesionalizacija določenega poklica je tako odvisna od področja na katerem se pojavi, od potreb, ki jih posameznik lahko zadovoljuje in od virov s katerimi upravlja. S tega vidika je lahko razumljiva profesionalizacija tradicionalnih poklicev (Svetlik 1999, 10), kot so duhovniki, zdravniki, pravniki.

Za profesionalizacijo so pomembni heteronomni mehanizmi, ki temeljijo na menjavi ključnih storitev določenega poklica za njegove družbene privilegije, in avtonomni mehanizmi profesionalizacije, ki se jih poslužuje vsak poklic posebej. Da bi izboljšali svoj družbeni položaj po zgledu že uveljavljenih profesij, dokazujejo pomen svojih storitev, oblikujejo svojo profesionalno organizacijo, profesionalno kulturo, strokovni jezik, poskušajo nadzorovati vstop v poklic in določiti mehanizme poklicne promocije; to vodi k reguliranim poklicem (Kramberger 1998 v Svetlik 1999, 11).

Uspešne profesije vzdržujejo ravnotežje med heteronomnimi in avtonomnimi mehanizmi, pri čemer sta bistveni inovacija in zagotavljanje kakovostnih storitev.

Profesionalizacija je torej pogojena z mestom, ki ga posamezni poklic zavzema v družbeni delitvi dela. To je najbrž nujen, nikakor pa ne zadosten pogoj za profesionalizacijo. Profesionalizacija se ne zgodi sama od sebe. Za to sta potrebna tudi samozavedanje in samoorganizacija poklica, česar se morajo posluževati zlasti poklici, ki ne zasedajo najbolj osrednjih mest v družbeni delitvi dela. Za to je potreben profesionalni projekt (Macdonald 1995 v Svetlik 1999, 11).

Projekt profesionalizacije. Model profesionalizacije je oblikovala Larsonova (1977) v knjigi *Vzpon profesionalizma*. Izhajala je iz Freidsonovega dela (1970a, 1970b v Macdonald 1995, 9), ki je njeno knjigo označil za najpomembnejše delo o profesijah, ki je izšla v zadnjih letih. Knjiga obravnava vse poklice, pri katerih lahko uporabimo pojem *projekt profesionalizacije*. Termin je uvedla Larsonova (1977) in je osrednja tema v njeni študiji profesionalizacije, uporablja pa se kot osnova za ukvarjanje s poklici (študij poklicev, raziskovanje poklicev, delo na poklicih) (Macdonald 1995, 8–9).

Svetlik navaja po Macdonaldu (1995) o projektu profesionalizacije naslednje:

Njegovo izhodišče je poklicna skupina v smislu ljudi z določenimi izobrazbenimi kvalifikacijami, ki omogočajo pridobivanje dohodka. To mora biti realna skupina medsebojno povezanih ljudi, ki imajo vsaj neformalno poklicno združenje oz. organizacijo.

Skupina si mora za svoj cilj postaviti uveljavitev v družbi. Doseganje tega cilja začrta v obliki posebnega projekta, katerega jedro je v vzpostavitvi tržnega monopola nad zagotavljanjem storitev, ki jih omogoča njeno ekspertno znanje in v zagotovitev posebnega družbenega statusa. Ta dva cilja sta komplementarna in tvorita benigno spiralo medsebojne krepitve. Profesionalci, ki imajo ugoden družbeni status, lažje dobijo posel. Posel pa jim omogoča ekonomski uspeh in javno dokazovanje ugodnega statusa. S tem se določena poklicna skupina lahko vse bolj zapira in zavaruje pred konkurenco drugih.

Na poti profesionalizacije mora poklicna skupina opredeliti tudi pravila igre, ki zadevajo poslovanje pri zagotavljanju storitev in odnos do konkurentov. Prav tako se nanašajo na oblikovanje poklicne kulture, ki daje legitimiteto poklicni praksi. Taka pravila vsebujejo kodeksi profesionalne etike. Opredeliti mora tudi proizvodnjo proizvajalcev, kar pomeni da vzpostavi mehanizme izbire tistih, ki vstopajo v poklic, oz. mehanizme izobraževanja, usposabljanja in socializacije. Novi člani naj bi sprejemali veljavno poklicno kulturo. To je najlažje doseči z nadzorom nad vstopanjem v izobraževanje in nad vsebino izobraževanja samega. Poklicna skupina tako teži razvijati, določati in tudi monopolizirati profesionalna znanja. Vrsta dela, ki ga opravljajo, znanje s katerim razpolagajo in vrsta ljudi samih poklicni skupini določa njen družbeni ugled. K temu prispevajo tudi zunanji znaki, kot so lokacija in opremljenost delovnih prostorov, način oblačenja in prehranjevanja, poraba prostega časa in podobno.

Uresničitev profesionalnega projekta je v mnogočem odvisna tudi od drugih dejavnikov, s katerimi se poklicna skupina srečuje v okolju. Med njimi je najpomembnejša država. Ker je načeloma monopol nezaželen, mora poklicna skupina predstavnike države prepričati v vzajemno naravo svoje profesionalne dejavnosti, da bi ji bil tak monopol priznan. Najlažje gre tistim, katerih pripadnikov je veliko med uslužbenci državne administracije, ali tistim, od katerih je ta najbolj odvisna. Poleg države so zelo občutljivi tudi odnosi s konkurenčnimi poklici, ki si morda prizadevajo uveljaviti podobne projekte, z izobraževalnimi institucijami in seveda s klienti (Svetlik 1999, 11–12).

Projekt profesionalizacije zdravstvene nege. Witzeva (1992) je analizirala socialno zaprtost (Macdonald 1995, 138–144), ki se nanaša na profesionalke v zdravstveni in babiški negi. Obe dejavnosti ilustrirata njeno konceptualizacijo ženskega boja proti patriarhalnosti.

Dvojna zaprtost se nanaša na poklice, ki si po tem, ko so bili iz nekega poklica uspešno izključeni, skušajo zgraditi lastno poklicno področje. Witzeva to vidi kot sredstvo, s katerim so se poklicne skupine (npr. babice in medicinske sestre) lotevale profesionalizacije ob koncu 19. stoletja. Prav tako so same uporabile zaprtost za druge posameznike, da so lahko izločile neprimerne.

Značilna lastnost profesionalizacije je razdiralni (uničevalni) konflikt, do katerega prihaja na začetku projekta, ko si različne poklicne skupine ali profesionalne filozofije prizadevajo za čim večjo moč. Od dveh struj v zdravstveni negi je eno vodila Bedford-Fenwich. Njena vizija poklicnega profesionalizma je temeljila na strokovnosti, kljub temu pa so ji nasprotovali najrazličnejši interesi, ki so izhajali iz različnih motivov in predsodkov ter jih je bolj iz ozadja vodila Florence Nightingale. Ta skupina je nasprotovala registraciji medicinskih sester, ker so zdravstveno nego razumele bolj kot oskrbo, ki temelji na bolnišnici, in ne kot na državni osnovi organiziran in na znanju temelječ poklic.

Vprašanje registracije medicinskih sester je v Veliki Britaniji najprej obravnaval Glavni medicinski svet (General Medical Council) leta 1872. Do resne obravnave je prišlo šele leta 1887, ko je skupina, ki se je odcepila od Združenja bolnišnic (Hospital Association), ustanovila Britansko združenje za zdravstveno nego (British Nursing Association). Šlo je za prvo stopnjo njihove profesionalizacije, ki je naletela na več ovir. Medicinske sestre so zdravstveno nego razumele kot *skrb za druge* in ne na znanju temelječ poklic, ki je organiziran na nacionalnem nivoju. Odpor se je pojavil tudi v bolnišnicah, ki so v profesionalizaciji prepoznale prihajajočo izgubo nadzora nad izobraževanjem medicinskih sester.

Witzeva gleda na to kot na izključevalni ukrep, ki bi izboljšal družbeni status poklica, tako da bi postal bolj privlačen za izobražene ženske in bi okrepil drugo stran projekta profesionalizacije, tj. kolektivno družbeno mobilnost. To samo po sebi medicinskim sestram še ne bi omogočilo nadzora nad svojim poklicem. Prizadevati si je bilo potrebno, da bi imele medicinske sestre v upravnem svetu, ki bi ga ustanovili, večino. Prav tako pomembno pa je, da bi si medicinske sestre zagotovile le en vhod v poklic, saj to omogoča nadzor nad sprejemom kandidatov in izobraževanjem.

Namen medicinskih sester je bil vsaj deloma zmanjšati moč (moških) zdravnikov nad medicinskimi sestrami in nadzor bolnišnic nad delom medicinskih sester, v celotni družbi pa zmanjšati patriarhalni nadzor moških nad ženskimi poklici.

Projekt je bil le delno uspešen, in to zaradi prisotnosti patriarhalne prakse in nasprotovanja medicinske profesije, da bi ženske približal njihovim vrstam, oz. da bi se ženske potegovale za bolj prestižne poklice ali se bolje organizirale na trgu dela. Profesionalizaciji so nasprotovale bolnišnice, glavne medicinske sestre in bolj karieristično usmerjene medicinske sestre (Macdonald 1995, 139). Do leta 1880 so glavne medicinske sestre nadzirale celo vrsto medicinskih in administrativnih del. Neodvisnost poklica je bila dosežena v organizacijah, kjer so bile zaposlene, in to se je mnogim medicinskim sestram zdelo bolj uspešno kot oblikovanje neodvisnega profesionalnega telesa.

Borba je trajala od leta 1887 do 1919 in se je končala s sprejetjem Zakona o registraciji medicinskih sester (Nurses Registration Act), ki pa je pomenil le formalno zmago.

Prizadevanje za registracijo poklica je pomenilo dvojno zaprtost projekta profesionalizacije, ki je bil ekskluzivističen in uzurpatorski. Glavne lastnosti in rezultate lahko povzamemo z naslednjimi dejstvi (Macdonald 1995, 141):

1. Ekskluzivistični cilji:
 - a) centralni nadzor nad poklicem (zakonodaja),

- b) samoupravljanje medicinskih sester, ki imajo večino v upravnih telesih,
 - c) samo en vhod (vstop) v profesijo, ki ga nadzoruje organ upravljanja.
2. Uzurpatorski cilji:
- a) izobraževanje – izziv avtonomiji v brezplačnih bolnišnicah, kar zadeva vsebino in standarde,
 - b) zaposlovanje – izpodkopavanje povezave med bolnišnicami in delom medicinskih sester ter pridobitev delnega vpliva nad nagrajevanjem in pogoji dela,
 - c) formaliziranje odnosa med medicino in zdravstveno nego na način, ki bi dal zdravstveni negi priznanje in delno avtonomijo.

Glavni svet za zdravstveno nego (General Nursing Council) je bil ustanovljen, vendar medicinske sestre v njem niso imele večine in nadzora nad omenjenimi zadevami, ki so bile bistvene za uspeh profesionalizacije. Macdonald (1995) trdi, da je bilo doseganje a-cilja iz 1. točke neuspeh glede na cilj a 2. točke, saj je zakon dovoljeval več vstopov v poklic. V letih po tem neuspehu se položaj ni bistveno spremenil, prevladno vlogo je obdržala zdravniška profesija in do leta 1960 so medicinske sestre le delno pridobile profesionalni prestiž.

Koncept je dobil nov zagon z ustanovitvijo Nacionalnega zdravstvenega sistema (National Health Service) v Veliki Britaniji. Velike zdravstvene organizacije so zagotavljale kariero bolj kot profesionalni dostop (vključenost); priložnost za kariero so večinoma izkoristili moški.

Poročilo Briggsovega odbora (Briggs Committee) iz leta 1972 in Projekt 2000 *Zdravje za vse* leta 1990 sta omogočila, da se je profesija v zdravstveni negi le začela uveljavljati: izobraževanje se povezuje z univerzo, v učnih načrtih je več teorije, poudarek je na praktičnem izobraževanju, ki je bolj namensko (poudarek na mentorstvu) kot v preteklosti, ko je bilo bolj neformalno.

Če bodo te profesionalne inovacije prispevale k večji profesionalni avtonomiji, bo pokazal čas, vendar še zdaleč ni gotovo, da bodo medicinske sestre v bolnišnicah v boljšem položaju. Razlog za to je razvoj menedžmenta, ki je tržno usmerjen, kar zavira rast profesije. Cilj stroškovne učinkovitosti vodi k rutini nalog medicinske sestre, zato je Projekt 2000 postavil pod vprašaj profesionalizacijo zdravstvene nege.

Projekt profesionalizacije zdravstvene nege traja več kot 100 let, dosežene je bilo nekaj avtonomije in samostojnosti, vendar pa to področje še vedno obvladuje medicina (Macdonald 1995, 138–144).

Tabela 1.4: Stoletje borbe medicinskih sester za profesionalno avtonomijo, monopol in legalizacijo profesionalne avtoritete

	IZOBRAŽEVANJE	SESTRSKI REDOVI / ZDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTER	PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA / JAVNO ZDRAVSTVO	ČASOPISI	REGISTRACIJE
1832		The Irish Sisters of Mercyred, ki je obstajal že prej, vendar je tega leta pod vodstvom M'Auley, Mother Catherine postal religiozni sestri red, je dobil podporo katoliške cerkve. Sestre so pomagale Florence Nightingale v krimski vojni.			
1836	Nemški protestantski duhovnik Theodor Fliedner (pod vplivom Elisabeth Frey, angleške socialne reformatorke) ustanovil v Kaiserwerthu bolnišnico in šolo za sestre. Kasneje je tu bila tudi Florence Nightingale l. 1850/51.				
1839	Dr. Joseph Warrington (pod vplivom E. Frey) ustanovi v Philadelfiji (ZDA) prvo šolo za sestre.		Nurse Society of Philadelphia – društvo je ustanovljeno zaradi obiskovanja porodnic na domu; kasneje opravlja tudi druga patronažna dela.		
1840		Elisabeth Frey, najzaslužnejša za reformo britanskih zaporov ustanovi red Protestant Sisters of Charity, kasneje imenovan Protestant Nursing Sisters (sestre so obiskovale krajše izobraževanje na Gay's Hospital v Londonu)			
1850		William Rathbone, filantrop, vzpostavlja s pomočjo Florence Nightingale prve sestrske službe za bolne in siromašne, ki jih obiskujejo na njihovih domovih.			
1859		V Liverpoolu je ustanovljena prva stalna patronažna služba amedicinskih sester razdeljena na 18 rajonov. V Švici (Luzana) je ustanovljena La Source School of Nursing, kot protest proti »Motherhouse« sistemu.			
1860	Florence Nightingale prične s sistematsko edukacijo medicinskih sester (Training School for Nurses) v St. Thomas Hospital v Londonu.				
1861	Na Woman's Hospital v Philadelfiji prične z delom Woman's Hospital Training School, ki postane uspešnejša po reorganizaciji 1872.				
1864			Po triletni iniciativi Jean Henri Dunanta, švicarskega humanista, je v Ženevi sestanek nekaterih držav, sprejeta je Ženevska konvencija, s katero se države podpisnice obvežejo za določen način obnašanja med vojno (prva in kirurška pomoč). Iz tega dogovora se je rodil Rdeči križ kot mednarodna humanitarna organizacija.		
1865	Medicinske sestre Florence Nightingale ustanovijo prvo šolo za medicinske sestre v Avstraliji.				

	<i>IZOBRAŽEVANJE</i>	<i>SESTRSKI REDOVI / ZDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTER</i>	<i>PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA / JAVNO ZDRAVSTVO</i>	<i>ČASOPISI</i>	<i>REGISTRACIJE</i>
1868			Druga Ženevska konvencija o osnovnih humanitarnih načelih držav v vojnem stanju.		
1872		Ustanovljeno je American Public Health Association, ki razvija javno zdravstvene standarde in zdravstveno prosvetljuje prebivalstvo.			
1873	Dr. Gil Wylie s sestro Heleno ustanovi v New Yorku (Bellevue Hospital) prvo šolo za medicinske sestre v ZDA po vzoru Florence Nightingale Bellevue Hospital School of Nursing.				
1874	Pri General Marine Hospital of Saint Catherines začne delovati v Kanadi (Ontario) prva šola za medicinske sestre t. i. (Mack School of Nursing).		Florence Lees, britanska medicinska sestra, ustanovi v Londonu patronažno zdravstveno nego na profesionalni osnovi (ob pomoči Williama Rathbonea).		
1877			Pod vplivom F. Lees prične v New Yorku delovati Woman's Branch of the NY City Mission.		
1879	V Massachussetsu (Waverly) dr. Edward Cowles kot upravnik bolnišnice za mentalne bolezni Mc Lean Asylum prične s posebnim tečajem za medicinske sestre splošne prakse in za psihiatrično službo.				
1882			The American Red Cross Society.		
1884	Alice Fisher (sestra Florence Nightingale) ustanovi šolo za medicinske sestre na Blockey Hospital Philadelphia.				
1885	Dr. Alfred Worchester (po dogovoru s Florence Nightingale) ustanovi Waldham School of Nursing za medicinske sestre v privatni praksi. Linda Richards pride iz ZDA na Japonsko in ustanovi (Kyoto) prvo šolo za medicinske sestre.				
1886			V Bostonu pričinja patronažna zdravstvena nega Boston Instructive District Nursing Association.		
1887		Pod vodstvom Bedford-Fenwick se začne delo v British Nursing Association.			
1893	Charlotte Munck organizira pri Bispebjerg bolnišnici na Danskem prvo šolo z medicinske sestre, sistematično poučevanje se prične leta 1913.	American Society of Superintendents of Training School for Nurses (kasneje se razdeli v dve društvi za izobraževanje medicinskih sester).		The British Journal of Nursing, ustanovi ga Bedford-Fenwick, na začetku izhaja tedensko z naslovom	

<i>IZOBRAŽEVANJE</i>	<i>SESTRSKI REDOVI / ZDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTER</i>	<i>PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA / JAVNO ZDRAVSTVO</i>	<i>ČASOPISI</i>	<i>REGISTRACIJE</i>
			Nursing Time.	
1894	Upraviteljice vodilnih bolnišnic v Angliji ustanovijo Matron's Council of GB and Ireland – zavzemajo se za državno registracijo profesije. Konkurenčne so ICN.			
1896	Nurses Associated Aluminae of the United States and Canada se razdeli na zasebna društva. Canadian Association of Nurse Education (nastalo je skupaj z ameriškim in se osamosvoji l. 1907).			
1898		V Los Angelesu nastajajo prve javnozdravstvene službe medicinskih sester pod javno upravo.	The American Journal of Nursing.	
1899	Danish Council of Nurses.			
1900	Nosokomos (Nursing) združenje medicinskih sester v Holandiji.			
1901	Dr. Anna Hamilton ustanovi v protestanski bolnišnici v Bordeauxu Ecole Florence Nightingale.	Na iniciativo Bedford-Fenwick nastane ICN.		
1902		New York zaposluje medicinske sestre v javnem zdravstvu v programih tuberkuloze in nadzora nalezljivih bolezni.		
1903		Nastane združenje medicinskih sester v Nemčiji.		Začetek registracije medicinskih sester na nivoju posameznih ameriških držav. Registration ACTS je sprejelo 24 držav do prve svetovne vojne.
1905				Medicinska sestra Agnes Karli je izborila registracijo medicinskih sester v Nemčiji.
1906		Tretja Ženevska konferenca.		
1907	Dr. Antuine Dapage ustanovi v Bruslju prvo belgijsko šolo za medicinske sestre.			
1908		Canadian Nurses Association se osamosvoji od ameriškega združenja.		
1909	Šole za medicinske sestre postanejo del univerzitetnega sistema v Ameriki: University of Minnesota.		The Canadian Nurse.	
1911	V Avstraliji medicinske sestre Florence Nightingale organizirajo t. i. kmečko zdravstveno nego (Bush Nursing).	Osamosvoji se tudi ameriško združenje in nastane American Nurses Association (ANA).		
1912		Public Health Nursing – nacionalno ameriško združenje medicinskih sester v javnem zdravstvu.		
1916	V Angliji prične delati College of Nursing, ki je utrjeval standarde izobraževanja in poenotil izobraževalne programe.			

	IZOBRAŽEVANJE	SESTRSKI REDOVI / ZDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTER	PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA / JAVNO ZDRAVSTVO	ČASOPISI	REGISTRACIJE
	V ZDA že pet univerz ponuja osnovne programe visokošolskega izobraževanja za medicinske sestre.				
1918	Odprte šole za medicinske sestre v Jeruzalemu.	Hadassah Society – društvo židovskih žena prične s programom medicinskega dela v Jeruzalemu.			
1919	University of British Columbia – v Kanadi prične z izobraževanjem medicinskih sester na fakultetni stopnji.		Ustanovljena je League of Red Cross Societies kot posledica konference v Kanu, da bi se sanirale vojne posledice (ustanovne članice so VB, Francija, Italija, Japonska, ZDA).		Izborjena je registracija medicinskih sester v Angliji (po dolgotrajni v borbi, v kateri je Florence Nightingale temu nasprotovala). State Registration of Nurses ACT.
1921	V Jugoslaviji (Beograd, Ljubljana (1924), Skopje, Zagreb) pričenjajo delovati prve šole za medicinske sestre. McGill University – Univerza v Montrealu kot druga v Kanadi prične s fakultetnim programom za medicinske sestre. V ZDA je ustanovljena Army School of Nursing. University of Leeds podeli prve diplome medicinskim sestram.				V Holandiji se prične registracija medicinskih sester.
1922	Nastajajo podiplomski programi za medicinske sestre v ZDA.				V Franciji se prične registracija medicinskih sester.
1923	Prva šola za medicinske v Braziliji kot rezultat podpore Rockefellerjeve fundacije. Pri dveh ameriških univerzah (Yale University in Western Reserve University) se prične sistematsko visokošolsko izobraževanje medicinskih sester (School of Nursing).	Prične delovati National Association of Graduate Nurses of France. International Catholic Guild of Nurses (članice so morale biti medicinske sestre, vendar ne nujno katoličanke).			
1926	Bedford-Fenwick ustanovi British College of Nursing.				
1927	Na Japonskem prične delovati College of Nursing po zaslugi Rockefellerjeve fundacije.				V Angliji sprejmejo Nursing Home Registration ACT.
1929		Na pobudo Nikice Bovolini je ustanovljena Jugoslovanska zveza medicinskih sester; ustanavljanje društev v velikih mestih.			
1933				V Zagrebu prične izhajati Sestrinska riječ.	

Vir: Carson 1989, Demarin 1984, Dolan, Fitzpatrick, Herrmann 1983, Marić 1998, Pavey 1937, Petry 1952 v Santrić 1990, 330–337. Osnovni tokovi i problemi profesionalizacije zanimanja: slučaj sestrinstva. Revija za sociologiju, Zagreb.

1.12 SPOLNA SEGREGACIJA NA TRGU DELOVNE SILE

V Evropski uniji (EU) so moški in ženske v različnih položajih na trgu delovne sile. Razlike so med državami vidne, skupno pa jim je to, da so ženske v slabšem položaju kot moški:

- ne dobijo enake plače za enako delo (ženske zaslužijo manj);
- načelo enakosti plač traja že dolgo, podatki pa kažejo, da še vedno obstajajo razlike;
- boj proti taki diskriminaciji so bile iniciative, da bi poiskali indikatorje, s katerimi bi merili razvoj na področju spolne enakosti; doslej je bila glavna pozornost usmerjena na dve temi, in sicer: ženske v procesu odločanja in možnost, da se uskladi delo in družinsko življenje;
- pomembno je, da postanejo podatki o plačah vidni na nivoju EU in v posamezni državi ter delovna mesta v celotnem gospodarstvu;
- taka analiza bi morala vključiti ocene o tem, katera dela, ki se opravljajo na nekem določenem delovnem mestu, so enaka ali enakovredna. (Points of departure 2001, 5–6).

Na trgu delovne sile v EU dobijo ženske približno 74 % plače moškega za enako delo, pri čemer je razliko le deloma možno razložiti z objektivnimi dejavniki. Razlogi so predvsem v vnaprejšnjih prepričanjih o ženskem in moškem delu. (Different Worlds – Different Values 2001, 7–8). Zagotoviti je potrebno, da se moški in ženska presojujejo glede na usposobljenost, ne pa glede na spol. Diskriminacija pri plači je materialna podlaga za podrejenost žensk in njihovo ekonomsko neenakost (graf 1.1).

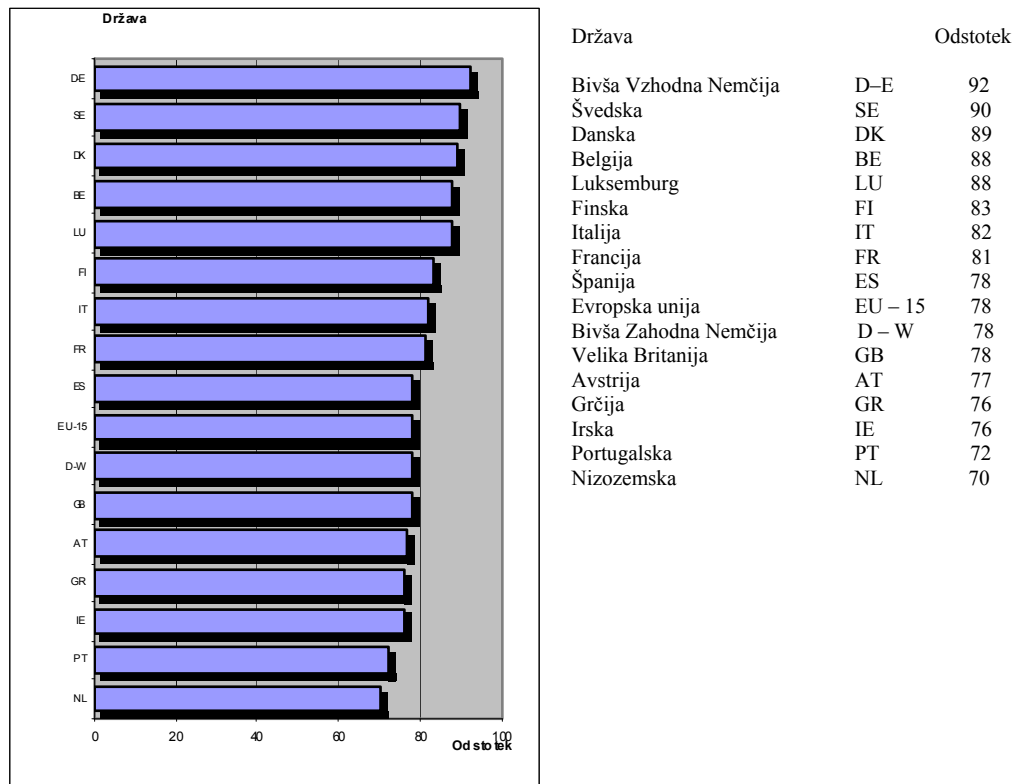
V EU so sprejeli več direktiv, da bi se zoperstavili diskriminaciji, npr. Direktiva 96/34/EC, ki ščiti delavke in delavce na porodniškem dopustu, Direktiva 97/81/EC za delavce zaposlene za določen čas in Direktiva 99/70/EC za zaposlene s skrajšanim delovnim časom. Namen teh direktiv je, da bi povečali stopnjo zaposlenosti žensk in da bi določili minimalne kriterije zaposlovanja (Clarke 2001).

Druga vrsta segregacije pomeni ločevanje moških in žensk po vrstah delovnih nalog (horizontalno in vertikalno). Poseben problem predstavlja dejstvo, da obstajajo poklici, v katerih prevladujejo ženske, in poklici, v katerih prevladujejo moški.

Horizontalna segregacija ima tudi sektorski vidik, saj so ženske omejene na ožji sklop poklicev in zaposlovanja kot moški. V nordijskih državah delajo moški predvsem v zasebnem sektorju, ženske pa predvsem v javnem. Za evropski trg delovne sile je značilna moška delovna sila v

sektorju storitev. Vertikalna segregacija pomeni razmerje med moškim in ženskim položajem na ravni zaposlovanja; ženske so podrejene in težje dobijo višje pozicije.

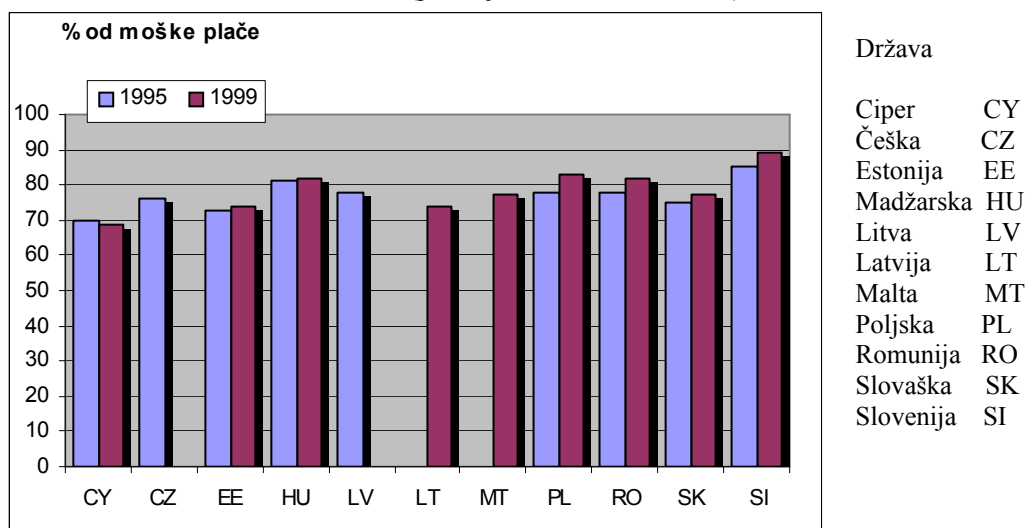
Graf 1.1: Ženske plače v primerjavi z moškimi plačami v % na uro za polni delovni čas v EU v letu 1995



Vir: Clarke, Steve. 2001. Earnings of man and women in the EU. Statistic in focus, The Gap narrowing but only slowly. Statistic in focus 5: 1-6.

Plače so višje na delovnih mestih, kjer prevladujejo moški, različni dodatki so pogosti pri pogodbah, ki jih sklepajo moški in niso vedno razvidni iz statističnih podatkov o plačah.

Graf 1.2: Ženske plače glede na povprečje moških plač kandidatk članic EU v industrijskem in storitvenem sektorju (primerjava med 1995 in 1999)



Vir: Clarke, Steve. 2001. Earnings of man and women in the EU. Statistic in focus, The Gap narrowing but only slowly. Statistic in focus 5, 1-6.

Iz grafa je razvidno, da so v državah tedanjih kandidatk za vstop v EU dosegle plače žensk v primerjavi s plačami moških med 75 % (Estonija, Litva) in nad 80 % (Madžarska, Poljska in Romunija); največje razhajanje je bilo na Cipru (70 %), najmanjše pa v Sloveniji (90 %).

1.12.1 Plače medicinskih sester

Na splošno so medicinske sestre po svetu in tudi pri nas slabo plačane in dosegajo nižji status v družbi. Slaba organizacija dela v zdravstvu, težki pogoji dela, dežurstva, stresne situacije in nizke plače so vzrok, da medicinske sestre bežijo iz kurativne v preventivno dejavnost in v druge lažje in bolje plačane službe.

Medicinske sestre po svetu predstavljajo eno najštevilčnejših profesionalnih skupin z močno notranje diferenciranimi vlogami, ki prispevajo velik delež storitev v zdravstvu, vendar imajo relativno nizek status in nizke plače.

Tabela 1.5: Primerjava plač med medicinskimi sestrami, zdravniki in in direktorji bolnišnic v ZDA

Medicinske sestre	
(približen povpreček letnih plač leta 1996)	
–	medicinska sestra – \$37.000
–	klinična medicinska sestra, specialistka – \$41.000
–	medicinska sestra, praktičarka – \$49.000
Zdravniki	
(približen povpreček letnih plač leta 1996)	
–	internist – \$135.755
–	družinski zdravnik – \$128.096
–	anesteziolog – \$193.242
–	onkolog – \$164.621
–	splošni kirurg – \$199.342
Hospital CEOs (direktorji bolnišnic)	
(povpreček osnovnih plač in skupni znesek nadomestil leta 1995)	
–	CEOs male, srednje neprofitne bolnišnice – \$188.500
–	CEOs velike neprofitne bolnišnice – \$280.900
–	CEOs of Columbia/HCA Healthcare Corporation (profitne) – \$2.093.844

Vir: Farrell in Pogoaga 1995, Freudenheim 1995 v Schwirian 1998, 246. Professionalization of Nursing Lippincott, Philadelphia, New York.

Iz podatkov v tabeli so razvidne očitne razlike v višini poprečnih plač, ki jih prejemajo medicinske sestre, zdravniki in direktorji v bolnišnicah v ZDA.

Iz člankov, objavljenih v časopisu Nursing Times leta 1999, v katerih so obravnavani položaj in plače medicinskih sester v Veliki Britaniji, lahko povzamemo, da so plače medicinskih sester slabe, da so primerljive s plačami policajev in da obstaja visoka stopnja fluktuacije iz Nacionalnega zdravstvenega sistema, ki je tudi 12–odstotno povišanje plač v zadnjem času ne bo ustavilo.

V Veliki Britaniji so po povišanju plač od aprila 2001 najnižje plačane medicinske sestre prejemale minimalno 12,585 £ in maksimalno 15,445 £, najvišje plačane pa minimalno 29,450 £ in maksimalno 45,050 £ letno.

Plače nekaterih poklicev v javnem sektorju v Veliki Britaniji: zdravnik začetnik 26.903 £, policijski uradnik 20.200 £, (v Londonu 26.200 £), vodja za stike z uporabniki 20.000 £, vojak 18.126 £, učitelj začetnik 16.050 £, socialni delavec 15.210 £, medicinska sestra začetnica 15.445 £ letno (O'Dowd 2001 v Kolenc 2001).

Iz podatkov izhaja, da so plače medicinskih sester začetnic še najbolj primerljive s plačami socialnega delavca in učitelja začetnika ob predpostavki, da so pri navedbi ostalih storitvenih poklicev v javnem sektorju upoštevani enaki kriteriji.

Tabela 1.6: Povprečna mesečna bruto plača za določene poklice v Sloveniji v letu 1997 zaposlenih oseb v družbah, podjetjih in organizacijah

Zap. št.	Poklic	St. strok. izobrazbe	Del. doba	Št. zaposl.	Bruto plača	Razmerje do povpr. bruto pl. v Sloveniji
1.	vodilni delavci	VSI/UNIV		10.324	424.177	294,1
2.	zaposleni z visoko izobrazbo	VSI/UNIV		7.728	302.063	209,4
	zdravnik splošne medicine	VSI/UNIV	5–10	174	303.555	210,5
	zdravnik specialist	VSI/UNIV	nad 10	1.834	459.548	318,6
	učitelj sploš. teoret. predmetov	VSI/UNIV	5–10	127	188.450	130,6
3.	zaposleni z višjo izobrazbo			3.928	188.897	131,0
	višja medicinska sestra	VIŠ	5–10	261	188.752	130,8
	socialni delavec	VIŠ	5–10	63	170.510	118,2

Vir: Grošelj 1999, Povprečna mesečna bruto plača za določene poklice, Slovenija 1997, Statistične informacije, Ljubljana, 1999, 4.

V raziskavi *Povprečna mesečna bruto plača za določene poklice* so ugotavljali višino povprečne mesečne bruto plače zaposlenih oseb v družbah, podjetjih in organizacijah za posamezne poklice v Sloveniji leta 1997, ki jih zbira Statistični urad Republike Slovenije (SURS) vsaki dve leti z raziskovanjem ZAP–2. Povprečna mesečna bruto plača v Sloveniji je leta 1997 znašala 144.251 SIT (601,19 EUR) (Grošelj 1999, 1–8).

Iz podatkov v tabeli je razvidno, da se je povprečna bruto mesečna plača višje medicinske sestre v Sloveniji leta 1997 (188.752 SIT oz. 787,64 EUR) zelo približala povprečnim bruto mesečnim plačam poklicev z višješolsko izobrazbo (188.897 SIT oz. 788,25 EUR). Razmerje do povprečne mesečne bruto plače v Sloveniji pa je bilo 131,0.

V primerjavi s povprečno bruto mesečno plačo zdravnika splošne medicine s 5–10 leti delovnih izkušenj (303.555 SIT oz. 1.266,71 EUR) pa je povprečna mesečna bruto plača višje medicinske sestre s 5–10 leti delovnih izkušenj (188.752 SIT oz. 787,64 EUR) bila za 62,18 % (144.803 SIT oz. 604,25 EUR) nižja ali za nekaj več kot eno povprečno mesečno plačo v Sloveniji v letu 1997 (Kolenc 2001).

Primerjava razponov med plačami medicinskih sester v Sloveniji, Veliki Britaniji in ZDA ni možna, saj gre za različne kriterije pri zbiranju podatkov in za različna časovna obdobja.

Iz podatkov ugotavljamo, da so:

- V ZDA leta 1996 najnižje plačane klinične medicinske sestre prejele 37.000 \$ (7,224.250 SIT oz. 30.155 EUR) in najvišje plačane 49.000 \$ (9,567.250 SIT oz. 39.935 EUR) letno (tečajna lista na dan 25.01.2006, \$ = 195,25, EUR = 239,57 SIT), razmerje med najvišje plačano medicinsko sestro in zdravnikom specialistom pa kaže, da dobi medicinska sestra slabo četrtno zdravnikove plače.
- V Veliki Britaniji so leta 2001 najnižje plačane medicinske sestre začetnice prejele 12.585 £ (4,382.977 SIT oz. 18.595 EUR), njihova plača je primerljiva s plačami socialnega delavca in učitelja začetnika, v primerjavi z zdravnikom začetnikom pa je plača medicinske sestre več kot polovico nižja. Najvišje plačane medicinske sestre s fakultetno izobrazbo, doktoratom in akademskim nazivom so prejele 45.050 £ (15,689.563 SIT oz. 65.490 EUR) letno (tečajna lista na dan 25.01.2006, £ = 348,27 SIT, EUR = 239,57 SIT).
- V Sloveniji je leta 1997 znašala povprečna letna bruto plača višje medicinske sestre s 5–10 leti delovnih izkušenj 2,265.024 SIT oz. 9.454,53 EUR, kar predstavlja 62,18 % nižjo plačo od bruto mesečne plače zdravnika splošne medicine z delovnimi izkušnjami od 5–10 let.

Leta 2008 je bila na podlagi Zakona o sistemu plač v javnem sektorju in Aneksa h kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi v Sloveniji, opravljena prevedba plač tudi za medicinske sestre. Diplomirana medicinska sestra je uvrščena od 29. (1.387,75 EUR bruto mesečno) do 34. plačnega razreda (1.688,41 EUR bruto mesečno).

Pri tem je potrebno pojasniti, da je bila na podlagi določil Zakona o zdravstveni dejavnosti višjim medicinskim sestram pod določenimi pogoji priznana usposobljenost za delo na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre, s tem pa tudi uvrstitev v višji plačni razred (z uvrstitvijo od 1 do 2 nižji razred kot pripada po sistemizaciji za diplomirano medicinsko sestro). Kar pomeni, da je npr. višja medicinska sestra s 5 do 10 leti delovnih izkušenj in priznana usposobljenostjo uvrščena v 27. plačni razred (29. plačni razred – 2 razreda). Plača v 27. razredu znaša 1.283,05 EUR bruto mesečno in 15.399,66 EUR bruto letno. V kolikor višji medicinski sestri ne bi bila priznana usposobljenost za delo na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre, bi bila uvrščena v 23. plačni razred (poprečje) in bi prejela 1.096,75 EUR bruto mesečno ali 13.161,00 EUR bruto letno (pri izračunih niso upoštevani dodatki).

V magistrskem delu² je bila predstavljena raziskava, opravljena leta 1998, med uporabniki zdravstvenih storitev. Respondente smo povprašali, s katerimi poklici menijo, da je primerljiva

plača medicinske sestre. V polodprtem vprašanju smo navedli pet poklicev, ki sodijo v profesijo (pravnik, zdravnik, odvetnik, arhitekt, ekonomist) in štiri poklice, ki sodijo v polprofesijo (inženir, učitelj v srednji šoli, socialni delavec, knjižničar), in drugo, pod katero so sami navedli druge poklice.

Uporabniki zdravstvenih storitev so menili, da je plača medicinske sestre primerljiva s plačami poklicev, ki sodijo v polprofesije (89,9 %), največ med njimi je bilo mnenja, da je primerljiva s plačo inženirja (49,7 %) in socialnega delavca (36,3 %). Respondenti so poklic medicinske sestre prepoznali kot slabo plačan poklic.

Iz pregleda plač medicinskih sester v Sloveniji, Veliki Britaniji in ZDA je razvidno, da so plače medicinskih sester relativno nizke. Pri tem je potrebno opozoriti, da gre za različne kriterije pri zbiranju podatkov, zato neposredna primerjava ni možna.

Celotna ocena plač medicinskih sester terja poglobljeno študijo o plačah znotraj profesionalne skupine v odnosu do plač drugih profesionalnih skupin v določenem družbenem okolju.

Prevedba plač v letu 2008 (Zakon o sistemu plač v javnem sektorju 2008) je na področju zdravstvene nege v Sloveniji prinesla veliko slabe volje in tudi *belo stavko*. Pri tem pa je zanimivo, da Zbornica zdravstvene in babiške nege poudarja, da rešuje le strokovna vprašanja in da se za plače pogajajo sindikati (Požun 2008). Čeprav je zbornica z vlado in sindikati sodelovala pri pripravi dogovora o ustreznem vrednotenju poklicne dejavnosti, pa se zdi, da reševanje te problematike preveč prelaga na sindikate in tako prispeva k proleterizaciji poklica medicinske sestre (Schwirian 1998, Santrić 1990). Morda pa bo čas pokazal, da je usklajeno delovanje zbornice in sindikata (Rus 1979) nujno in da prispeva k profesionalizaciji poklica medicinske sestre.

Plač zdravstvenih delavcev (vključno z medicinskimi sestrami) se v mnenju o Zeleni knjigi o evropskih delavcih na področju zdravja dotika tudi Evropski ekonomsko-socialni odbor (EESO 2009); poudarja vlogo socialnih partnerjev in socialnega dialoga pri določanju delovnih pogojev, plač in kvalifikacij zdravstvenih delavcev. Poudarja, da morajo zdravstveni sistemi EU obvladovati vse večje povpraševanje po zdravstvenih storitvah, se odzivati na spreminjajoče zdravstvene potrebe in hkrati izpolnjevati pričakovanja po visoki kakovosti zdravstvenih storitev. Izpostavi, da gre za delovno intenziven sektor, v katerem je zaposlenih 10 % evropskih delavcev, in da se za plače v povprečju porabi 70 % izdatkov za zdravstvo.

1.13 PROFESIONALIZACIJA POKLICA MEDICINSKE SESTRE PO TEORIJI C. TURNERJA IN M. HODGEA

V empirični raziskavi o razvitosti poklica medicinske sestre smo se opredelili za teorijo profesij po C. Turnerju in M. Hodgeu (1970, 19–50), po elementih, ki določajo profesijo. Razvrščeni so v štiri področja ali dimenzije, ki se izražajo v različnih stopnjah razvitosti (Turner-Hodge 1970, 26):

1. Razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege, ki tvorijo sistematično zaokroženo celoto in so osnova za profesionalno delovanje medicinske sestre.
2. Monopol nad strokovno dejavnost oz. ekspertizo zdravstvene nege.
3. Prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javna prepoznavnost.
4. Organiziranost poklica medicinske sestre.

Tem dimenzijam smo dodali profesionalno etiko (Šporer 1990, 16)⁷ medicinskih sester. Posebno pozornost pa posvečamo vplivu sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre, saj je to osrednja tema naše naloge (Tehnologijo in tehniko bomo podrobneje predstavili v poglavju 1.14).

1.13.1 Razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege

Profesije temeljijo na določenem sklopu teoretičnega znanja, ki je temelj vsake profesije, je ločnica med profesijo in ostalimi poklici.

Utemeljitev profesije na teoriji ji daje poseben status v odnosu do klientov. Klient lažje kritizira opravljeno delo neprofesionalca kot profesionalca, ker je delo profesionalca vedno opravljeno z določenim delom teoretične *mistike*. Profesija se lahko sklicuje na svojo teoretsko osnovo, zato je lahko v polni obrambi pred kritiko klienta, tudi takrat, ko je le-ta morda upravičena (Santrić 1990).

Zdravstvena nega je v teoretičnem in etičnem smislu (torej tudi v izobraževalnem in vzgojnem pogledu) dolgo časa temeljila izključno na zapiskih Florence Nightingale o bolnišnici in zdravstveni negi iz leta 1859. Njene opredelitve, kaj zdravstvena nega je in kaj ni, so v veliki meri ostale veljavne vse do danes. Šele v dvajsetih letih prejšnjega stoletja so se pojavile prve *revizije*, in sicer sta jih vnesli kanadska medicinska sestra Bertha Harmer v *Texbook of the Principles and Practice of Nursing* leta 1922 in Američanka Virginia Henderson leta 1939.

⁷ Teorija profesij po C. Turnerju in M. Hodgeu (1970, 19–50), po elementih, ki določajo profesijo. Razvrščeni so v štiri področja ali dimenzije, ki se izražajo v različnih stopnjah razvitosti (Turner-Hodge 1970, 26):

1. Razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege, ki tvorijo sistematično zaokroženo celoto in so osnova za profesionalno delovanje medicinske sestre.
 2. Monopol nad strokovno dejavnost oz. ekspertizo zdravstvene nege.
 3. Prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javna prepoznavnost.
 4. Organiziranost poklica medicinske sestre.
- Elementom 1-4 smo dodali:
5. Profesionalna etika medicinske sestre (Šporer 1990, 16).

V zdravstveni negi se je sistem višjega in visokega izobraževanja pričel razvijati pred uvedbo pomembnejših teorij zdravstvene nege.

V drugi polovici 20. stoletja so se le pojavile številne nove ideje, pojmi in teorije, predvsem v ZDA (Hall 1955, 1959, Orem 1959, 1971, Abdellah 1960, Orlando 1961, 1972, Wiedenbach 1964, Henderson 1966, 1972 itd.) (George 1985 v Santrić 1990, 320), vendar pa o osnovah teorij zdravstvene nege lahko govorimo šele po letu 1960, ko so se v zdravstveni negi začele uporabljati različne teorije v glavnem iz behaviorističnih znanosti (Katz 1986 in Macgregor 1960 v Santrić 1990).

George (1985 v Santrić, 1990, 320) trdi, da je izraz *proces zdravstvene nege* pomenil določeno teoretizacijo zdravstvene nege, ki je razlikovala stopnje zdravstvene nege (ugotavljanje stanja, negovalna diagnoza, načrtovanje, izvajanje, vrednotenje, dokumentiranje). Gre za dodajanje t. i. intelektualnih aktivnosti (premišljenost, racionalnost, metodičnost, smiselnost ipd.).

V zdravstveni negi morajo medicinske sestre razumeti in uporabljati primerne pojme in teorije zdravstvene nege iz bioloških, fizikalnih kot iz behaviorističnih in humanističnih znanosti.

Biološke in fizikalne znanosti so tradicionalna domena medicine, zato so medicinske sestre iskale možnosti na področju sociologije, psihologije, antropologije in ta znanja uporabljale v raziskovanju teorije učenja, teorije adaptacije, stresa in homeostaze in različne verzije sistemske teorije. V novejšem času so ob behaviorističnih vse bolj prisotne tudi socialne teorije v širšem pomenu (demografska, socialna stratifikacija, socialne mreže, simbolične interakcije ipd.) in tudi kulturne (transkulturna teorija zdravstvene nege, teorija kulturne relativnosti, teorija vrednostne orientacije, teorija kulturnega okolja itd. (Seaman 1987 v Santrić 1990).

V teorijah zdravstvene nege so razviti koncepti, teorije, teoretični okviri in teoretični modeli (Isola 2008), pri čemer sta bistveni pravilna izbira in aplikacija v prakso zdravstvene nege.

O problematiki in zapletenosti teorij zdravstvene nege (Van Sell in Kalofissudis 2002) poudarjajo, da se razvijajo nove paradigme, da se v 21. stoletju pojavlja potreba po novih znanjih in da potrebe ljudi v sodobnem globalnem svetu zahtevajo hitro odzivanje.

Alligood (2000 v Van Sell in Kalofissudis 2002) misli, da je prenos teorij zdravstvene nege v prakso odvisen od medicinske sestre, ki ima teoretično znanje in razume filozofijo zdravstvene nege.

Za reševanje problemov v zdravstveni negi je nujno potrebna metodologija, tj. Metoda zdravstvene nege (PZN),⁸ ki jo od konca 20. stoletja podpira IKT, tako da omogoča upravljanje

⁸ Metoda dela zdravstvene nege – proces zdravstvene nege – PZN.

zbirk podatkov in podpira odločitve medicinske sestre na podlagi uporabe Mednarodne klasifikacije zdravstvene nege (International Classification for Nursing Practice – ICNP 2006) .

Skela Savič poudarja, da je:

Zdravstvena nega mlada znanstvena disciplina, velikokrat se v neposredni praksi zgodi, da ne najdemo povezave med teorijo, raziskovanjem in prakso. Zdravstvena nega mora svoje delovanje graditi in razvijati na dokazih, le to ji bo dalo utemeljeno mesto v znanostoi in družbi (Skela Savič 2008a, 13).

Sprašuje se, ali izvajamo na dokazih podprto zdravstveno nego, tj. nenehno spremljamo številne procese v klinični praksi in izboljšujemo klinično prakso:

Gradnja kakovosti v klinični praksi zdravstvene nege na izkušnjah, brez bazičnih in aplikativnih raziskav je nevarna in zdravstvene nege nikoli ne bo umestila v zdravstveno raziskovalno disciplino (Skela Savič 2008b, 40).

Zdravstvena nega, ki temelji na znanju, raziskovanju, na dokazih podprti zdravstveni negi in ekspertni presoji, podprti s sodobno tehnologijo, zahteva od medicinske sestre nove kompetence. Profesionalna dejavnost medicinske sestre ne predstavlja le avtomatske uporabe znanstvenih teorij in tehnik zdravstvene nege pri reševanju problemov, temveč vključuje predvsem *spodobnost učinkovitega ravnanja medicinske sestre v določeni situaciji*. Bistveno pri tem je, da učenje konceptov teorij, teoretičnih okvirov zdravstvene nege zahtevjo premislek in presojo medicinske sestre o ustrezni uporabi v praksi. Pri tem ima pomembno vlogo teoretično in izkustveno (praktično) znanje. Gre za razliko med znanstvenim znanjem (*epistéme*) in praktičnim znanjem (*frónesis*) oz. sposobnost presojanja, razumnost. Da bi se zmanjšal razkorak med teorijo in prakso pri reševanju konkretnega problema v zdravstveni negi je nujno dobro razumevanje znanstvene teorije.

Cvetek (2005) posveča veliko pozornost praksi, kjer gre za premišljeno akcijo, ki skozi premislek (*refleksijo*) o lastnem značaju in o posledicah svojih ravnanj spreminja znanje, ki ji daje podlago. Tako vzpostavlja praksa nove pogoje za premišljeno delovanje in nenehno presoja akcijo (ravnanje, delovanje) in znanje, ki je podlaga tej akciji. Prakso vodi nagnjenje k poštenemu in pravičnemu ravnanju, to so Grki poimenovali *frónesis* (Carr in Kemmis 1986 v Cvetek 2005, 39-40).

Argyris in Schön (1974) sta prispevala k razumevanju odnosa med teorijo in prakso. Trdita namreč, da je povezovanje misli z akcijo eden najpogostejših in najmanj razumljenih problemov današnjega časa. Avtorja uporabljata termin *teorija akcije*, ki je, za razliko od običajne ali *privzete teorije*, odvisna od vrste pogojev npr. domnev, pod katerimi bo akcija imela želeni rezultat. Teorija, ki vodi človekova ravnanja, pa je *uporabna teorija*, pri kateri obstaja možnost, da se je

človek ne zaveda, kar lahko sklepamo na osnovi njegovega védenja. Za ugotovitev obstoja *uporabne teorije* Agyris in Schön dopuščata tri možnosti: (1) da vemo samo to, kar je mogoče izraziti s trditvijo, (2) da vemo samo to, kar se manifestira skozi védenje, (3) da vemo več, kot lahko povemo in več, kot pokažemo skozi védenje. To imenujeta *tacitno védenje oz. znanje*.

Iz tega izhaja, da je pri metodah in tehnikah zdravstvene nege potrebno upoštevati tudi *praktično teorijo*, kot del profesionalnega izobraževanja.

Naslednja pomembna značilnost v praksi zdravstvene nege je *refleksija* in *refleksivna praksa*. V filozofski literaturi je izraz *refleksija* lat. *reflectere* (upogniti se, odsevati) različno uporabljen zlasti v domeni spoznavoslovja. *Refleksiven* (lat. *reflexivus*) izvira iz refleksije; razglablja, premišljuje; usmerjen k svoji lastni duševnosti, k svojemu lastnemu védenju. – Refleksivna morala je etična pozicija, ki utemeljuje in razvija nравnost na (raz)umski presoji (Sruk 1980, 293). Čeprav je o refleksiji kot o kreposti, ki se ukvarja s človeškimi stvarmi in stvarmi, o katerih je možno premišljevati, pisal že Aristotel, pa mnogi avtorji (Schön 1983, Furlong in Maynard 1955 v Cvetek 2005) avtorstvo refleksije kot načinu razmišljanja profesionalcev pripisujejo ameriškemu filozofu Deweyu (Cvetek 2005). Dewey je opisal nasprotje med rutinskim oz. neke vrste *tehničnim* ravnanjem, ki ne vsebuje premisleka in *refleksivno* akcijo, ki vsebuje aktivni, vztrajni in skrbni premislek o vsakršnem prepričanju, obliki znanja in dokazov, ki jo podpirajo (Cvetek 2005, 44). Za Schöna profesionalna dejavnost ni le uporaba znanstvenih teorij in tehnik pri reševanju praktičnih problemov ob upoštevanju v naprej postavljenih pravil in postopkov, temveč je odvisna od *sposobnosti ravnanja profesionalca v določeni situaciji*.

Po Schönu naj bi se, namesto za boljšo uporabo znanja, ki izhaja iz raziskovanja, zavzemali za učenje na osnovi skrbnega proučevanja *profesionalne umetnosti* (professional artistry), kot imenuje kompetentnost, ki jo praktiki izkazujejo v enkratnih praktičnih situacijah. Schön ugotavlja, da je lastnost vseh kompetentnih praktikov ta, da vedo več, kot lahko povedo, to imenuje *tacitno védenje v akciji* (ang, tacit knowing-in-action, lat. tacite: molče, tiho). Trdi tudi, da je *védenje v akciji* bistvena značilnost dela profesionalcev. Opozarja na bistveni korektivni element, ki preprečuje premajhno pozornost do pojavov in prehitrega sklepanja, to je refleksija, skozi katero si lahko praktik prikljče in podvrže svojemu kritičnemu premisleku tista *tacitna* razumevanja, ki so se nabrala s ponavljajočimi iskustvi. Za Schöna je *refleksija v akciji* raziskovanje. *Praktik, ki reflektira v akciji, postane s tem raziskovalec v kontekstu prakse, saj ni odvisen od uveljavljenih teorij in tehnik, temveč gradi novo teorijo enkratnega primera* (Cvetek 2005, 46–47).

Vlogo tihega oz. tacitnega znanja pri profesionalizaciji poklicev poudarjata tudi Svetlik in Pavlin (2004), ki opredelita znanje v odnosu do podatka, informacije in kompetence (PIZK) in navajata, da kompetence označujejo karakteristike ljudi, načine obnašanja ali razmišljanja, posploševanja med situacijami ter so motivacijsko pogojene (Pavlin 2007, 37-39).

Nekoliko drugačen model podatki – informacije – znanje podajata Šercar in Brbre (po Mannu 2005a v Šercar in Brbre 2007), ki sta namesto kompetence uvedla modrost in jo umestila v sam vrh hierarhije PIZM (podatki, informacije, znanje, modrost). Navajata, da je grška mitologija modrost personificirala v boginji Ateni, rimska pa v boginji Minervi. Filozofija je grška beseda, ki dobesedno pomeni *ljubezen do modrosti*. Glede modrosti se sprašujeta:

Ali je modrost intuicija, šesti čut? Sposobnost pravilne uporabe znanja? Poznavanje poti? (Konfucijev Tao) Sposobnost ločevati dobro od slabega, npr. za zdravje ali za življenje nasploh, ter srečo, ki temelji na modrosti, od sreče usode? (Aristotel) Ali je modrost poznavanje praktičnega cilja človekove eksistence? (Kant) Modrosti v znanju ne najdemo! (Tolstoj) Naslednje vprašanje pa je, kako individualno modrost spremeniti v modrost organizacije, podjetja itd. (Šercar in Brbre 2007, 128).

In nadaljujeta, da je modrost:

... praktična sposobnost uspešnega ravnanja v danem okolju, ki vključuje znanje, etičnost in akcijo. Modrost naj bi ločili od znanosti. Znanost nam pove kako nekaj narediti, vendar ne pove, ali je to tudi treba narediti (Šercar in Brbre 2007, 128).

Po Mannu (2005b v Šercar in Brbre 2007) je modrost končni cilj učenja za presojo vrednot vseh teh ravni glede na merila resnice, dobrega in lepega v okviru filozofij o tem, kaj šteti kot dokaz ali kot pojasnilo. Trdita, da ima modrost za posledico tudi etične vrednote, ki so izven te hierarhije.

1.13.2 Monopol nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege

Razvoj profesije medicinskih sester omejujejo nezadostno izobraženi kadri s področja zdravstvene nege, ovira pa ga tudi del medicinske stroke in država. Družboslovne znanosti so dolgo dokazovale, da zdravstveno varstvene sisteme oblikujejo profesije in da so najvažnejše v njem. Eliot Freidson (1970) in drugi (Waitzin in Waterman 1976, Larkin 1983, Willis 1983, Jacob 1988 v Santrić 1990) so pokazali, kako ima zdravniška profesija posebno utrjeno in dominantno vlogo pri kontroliranju zdravstvenega dela in sistema zdravstvenega znanja (health knowledge). Pomemben vidik dominance je kontrola delitve dela. Freidson (1970) piše, da ima zdravniška profesija precejšen vpliv na bazo znanja paramedicinskih poklicev; da paramedicinski delavci pomagajo bolj pri začetni kot osrednji nalogi diagnoze in obravnave in da je njihovo delo izvrševanje nalog, ki jih (sub)kontrolirajo zdravniki.

Aktivnosti medicinskih sester v Sloveniji za monopolizacijo zdravstvene nege. Osnovne oblike organiziranosti poklicnih skupin nasploh (tudi za medicinske sestre v Sloveniji) so združenja in

sindikati. V prizadevanjih da bi pridobile monopol nad strokovno dejavnostjo zdravstvene nege, so se medicinske sestre v Sloveniji organizirale leta 1994 in ustanovile Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije. Glavni cilj je bil ureditev plač.

Harmonično sodelovanje profesionalnega združenja medicinskih sester in sindikata delavcev v zdravstveni negi ima tudi velike možnosti za profesionalizacijo poklica v celoti. Pri razvoju profesionalizacije poklica medicinske sestre lahko pričakujemo tudi profesionalizacijo sindikata in hkrati sindikalizacijo profesionalnega združenja (Rus 1979, 1490) medicinskih sester, ki bi zagotavljala skupne cilje (moč, status in plače).

Sindikalna aktivnost medicinskih sester v Sloveniji (ureditve njihovega statusa) ni posebnost. S podobnimi problemi se srečujejo medicinske sestre tudi drugod po svetu, čeprav je razvitost profesije medicinskih sester v posameznih državah različna in se giblje od poklica do visoko razvite profesije (po šolski teoriji profesij). Plače, status in moč profesije v družbi so v Sloveniji, Evropi, ZDA in drugod po svetu razmeroma na enakem nizkem nivoju.

Na to je opozorila Judith A. Oulton, bivša predsednica ICN, na kongresu v Atenah leta 1996: *Na področju socioekonomske blaginje medicinskih sester, bomo zmago dosegle in proslavile tisti dan, ko bodo medicinske sestre imele enake plače in ugodnosti, kot strokovnjaki s primerljivo izobrazbo, vrednostjo in odgovornostjo.*

Teoretiki, npr. Schwirian (1998), Santrić (1990) in drugi, opredeljujejo doseganje ciljev profesije s pomočjo sindikalnega gibanja kot proces, ki vodi k proletarizaciji profesije (slabi njeno moč) in deprofesionalizaciji.

Pri ohranjanju monopola ima pomembno vlogo **profesionalni jezik** kot teoretski jezik in pojmovni aparat, ki je sestavni del vsake profesije. Iz profesionalnega jezika se oblikuje profesionalni žargon. Tak jezik je laiku povsem nepoznan (umetni jezik).

Tri osnovne funkcije žargona:

1. *Jezik je kondenziran, na ta način se prihrani čas.*
2. *Omogoča medsebojno poznavanje profesije, vzdržuje skupinsko moralo in olajšuje identifikacijo, prepoznavanje članov.*
3. *Javnost drži na distanci, ker ne razume, za kaj gre* (Hudson 1978 v Šporer 1990, 21).

Klasičen primer uporabe *umetnega jezika* je latinski jezik, ki je imel (in še ima) pomembno funkcijo pri najbolj razvitih profesijah (zdravniki, pravniki, duhovniki) – omogoča medsebojno prepoznavanje članov profesije in mednarodno sporazumevanje. Szasz (1971 v Šporer 1990, 21) ugotavlja, da laikom to nerazumevanje vzbuja upanje, da zdravniki pogosto vedo več, kot dejansko vedo in tako se vzpostavlja obojestranski interes, da se to stanje ne spremeni in predlaga: *Ta reforma bi pomenila za zdravnike izgubo privilegija, za laike pa izgubo občutka varnosti.*

Za poklic medicinske sestre je poleg poznavanja profesionalnega jezika zdravstvene nege pomembno tudi poznavanje profesionalnega jezika medicine, za dobro komunikacijo in uspešno delo pa tudi *jezik pacienta* (tudi poznavanje narečij). Iz prakse so poznani primeri, ko je ob napačnem razumevanju pacienta (narečje, tuji jezik, druge kulturne navade ...) prišlo do napačnih, včasih tudi usodnih, strokovnih odločitev zdravstvenih delavcev.

Profesionalni jezik v zdravstveni negi je razmeroma slabo razvit. Povežemo ga lahko z relativno poznim nastajanjem teoretskih osnov zdravstvene nege, zato so medicinske sestre delno uporabljale latinski profesionalni jezik medicine, ki je bil kot latinski jezik sestavni del izobraževalnega programa medicinske sestre. Gre za relativno pozno prepoznavanje potrebe po lastnem profesionalnem jeziku.

Na nek način bi lahko nastajanje profesionalnega jezika zdravstvene nege povezali z jezikom in govorom *utišanih skupin* (Ule 2005, 188–190), in sicer kot dominanca (moških) zdravnikov nad (ženskami) medicinskimi sestrami in dominantne medicine nad zdravstveno nego. V odnosu do pacienta pa kaže pri jeziku in govoru opozoriti tudi na *rabo moškega spola* kot *generičnega spola*, kadar gre za zdravnika, in *rabo ženskega spola* kot *specifičnega spola*, kadar gre za medicinsko sestro, kar še vedno dodatno slabi ugled zdravstvene nege.

Začetki nastajanja profesionalnega jezika zdravstvene nege segajo v leto 1988, ko sta Werley in Lang (Curran 2003) razvila minimalni zbir podatkov zdravstvene nege (MZPZN). Gre za strukturirano terminologijo zdravstvene nege in za postavitev splošnih standardov za zbiranje in primerjavo podatkov o pacientih.

Že leta 1989 je ICN sprejel resolucijo o ICNP s katero je zadolžil države članice ICN za aktivno sodelovanje pri pripravi klasifikacijskega sistema zdravstvene nege. Cilj projekta je bil povezati tri razsežnosti: kaj medicinske sestre delajo, zakaj in kako učinkovito. Če zdravstvene nege ne moremo imenovati, je ne moremo ustrezno organizirati, nadzorovati, financirati, raziskovati in poučevati. Cilj projekta je bil razviti slovar in klasifikacijo zdravstvene nege kot osnovo za dokumentiranje storitev in elektronske zapise ter uporabno za vse države sveta (Šlajmer–Japelj 2005).

Od leta 1992 do 1994 sta v EU potekala dva projekta, in sicer TELENURSING in TELENURSE. Slovenija je sodelovala v obeh s Kolaborativnim centrom SZO za primarno zdravstveno nego s sedežem v Mariboru (Šlajmer–Japelj 2005). Slovenske medicinske sestre so se aktivno vključile v številne projekte in druge aktivnosti, kot so:

- Mednarodna študija SZO *Potrebe ljudi po zdravstveni negi*. Leta 1982 je bil v izobraževanje medicinskih sester, na Višji šoli za zdravstvene delavce Univerze v

Ljubljani uveden PZN (Pahor 2009). S sodelovanjem profesionalnega združenja Zveze medicinskih sester Slovenije je bil preveden prvi učbenik, ki predstavlja začetek nastajanja slovenskega profesionalnega jezika zdravstvene nege (Šlajmer–Japelj 2005, 29).

- TELENURSING – medicinske sestre so se vključile v projekt ICN ter EU. Projekt je potekal 10 let, rezultat je bil ICNP.
- Negovalne diagnoze v knjižni obliki leta 1993 in popolna verzija Priročnika Marjorie Gordon leta 2003 predstavljata nadaljnji razvoj profesionalnega jezika (Šlajmer–Japelj 2005, 29).

Današnje aktivnosti medicinskih sester so usmerjene k temu, da se profesionalni jezik in njegove klasifikacije vnesejo v slovensko zdravstveno nego.

Fakulteta za organizacijske vede Univerze v Mariboru (UM FOV) je v podprojektu TELENURSING pripravila elektronski pregledovalnik ICNP v slovenskem in angleškem jeziku, ki omogoča enostavno in fleksibilno dosegljivost klasifikacije na različnih sistemih in okoljih ter konsistentnost med angleškim originalom in slovenskim prevodom. Razvili so pregledovalnike za različna okolja: osebni računalnik, internet in dlančnik (Rajkovič in drugi 2002, 2004).

S pomočjo sodobne IKT je omogočena uporaba informacijskih virov v zdravstveni negi, ki na ta način postaja vse bolj učinkovita.

V praksi zdravstvene nege je uporaba profesionalne terminologije med medicinskimi sestrami na relativno nizkem nivoju. Filejeva (2003) je v raziskavi ugotovila, da le desetina slovenskih medicinskih sester pozna ICNP. Žal ni podatka o uporabi ICNP; glede na rezultate raziskave so naše trditve upravičene.

V letu 2009 je ICN izdal drugo verzijo ICNP, ki predstavlja mednarodni standard za terminologijo zdravstvene nege in je sestavni del globalne informacijske infrastrukture, iz katere se črpajo informacije, praksa in politike zdravstvenega varstva s ciljem izboljšati nego pacientov po celem svetu; vsebuje več kot 400 novih konceptov (ICN 2009a).

Profesionalni jezik predstavlja orodje za prepoznavanje zdravstvene nege kot specifične dejavnosti medicinske sestre v zdravstvu in v širši družbi. Vzpostavlja *distanco s pacienom*, vendar ne v smislu rušenja sodelovalnega, kooperativnega odnosa, temveč kot *povečanje strokovne avtoritete*, ki jo v veliki meri slabi ne dovolj ezoterično znanje zdravstvene nege.

Profesionalni jezik pomembno prispeva k priznavanju monopola nad dejavnostjo zdravstvene nege s strani države, za kar pa se medicinske sestre v Sloveniji še vedno borijo.

Nadaljnjo oviro pri priznavanju monopola nad strokovno dejavnostjo zdravstvene nege predstavlja neurejeno zakonsko definiranje zdravstvene nege in storitev prepoznanih od države. Še vedno ni sprejet Zakon o zdravstveni negi (npr. na Hrvaškem imajo Zakon o sestrinstvu, v Sloveniji pa Zakon o zdravniški službi); za medicinske sestre velja Zakon o zdravstveni dejavnosti. Po Zakonu o zdravniški službi je *zdravnik temeljni odgovorni nosilec opravljanja zdravstvene dejavnosti*. Izhajajoč iz teh določil so *zdravniki glavni sodni izvedenci za zdravstveno nego*, kadar v primeru strokovne napake medicinske sestre podajajo *izvedenska mnenja* za povsem drugo disciplino, tj. zdravstveno nego (subkontrola), ki se še vedno bori za svoje mesto v družbeni delitvi dela. Zanimivo je tudi določilo 64. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki opredeljuje, da sme medicinska sestra opravljati samostojno delo v zdravstveni dejavnosti pod določenimi pogoji, pri čemer pa zdravstvena nega, za katero je ekspert medicinska sestra in je njena specifična dejavnost, sploh ni omenjena.

Za opravljanje dela prevzema medicinska sestra moralno-etično, materialno in kazensko odgovornost (opredeljeno v zakonskih in podzakonskih aktih), zato je pomembno *opredeliti pristojnosti*, tj. *razmejiti (deliti) delo* med zdravniki in medicinskimi sestrami ter znotraj poklicne skupine med nosilci in izvajalci zdravstvene nege. Pri kazenski odgovornosti (naklep, malomarnost, ni predvidevala) je lahko primer zaplet v slovenski bolnišnici, ko izvajalka zdravstvene nege (zdravstveni tehnik) zaradi pomanjkanja kompetenc ni prepoznala resnosti urgentnega stanja pacienta in se je namesto strokovni presoji in pomoči pacientu podredila administrativnim navodilom bolnišnice (pacienta je poslala po napotnico), kar je bilo zanj usodno.

Medtem ko je moralno-etična odgovornost opredeljena v etičnem kodeksu in je za kršenje teh norm pristojno častno razsodišče zbornice (v hujših primerih sledijo pravne sankcije), pa materialna odgovornost medicinski sestri nalaga, da ravna kot dobra strokovnjakinja, kar predstavlja najvišji pravni standard. Toda tudi tukaj nastopi vrsta problemov in vprašanj prav zaradi narave dela medicinske sestre in relativno slabega poznavanja pravic, dolžnosti in odgovornosti in predvsem zaradi izjemne zapletenosti izvajanja nalog. Potrebno je poudariti naravo storitev medicinske sestre, katere posebnost je ta, da *storitev ni prenosljiva na druge uporabnike*. To pomeni npr., ko je medicinska sestra aplicirala zdravilo npr. v mišico pacientu (*tehnična vloga medicinske sestre*), povratka ni oz. te storitve uporabnik (pacient/klient) ne more prenesti na druge uporabnike (paciente/kliente). Enako velja za druge osebne storitve

(*socioemocionalna vloga medicinske sestre*), kot so npr. dotik, pogled, aktivno poslušanje, sočutje, empatija, nežnost, ki opredeljujejo poslanstvo medicinske sestre. Nekoliko drugače je pri *informacijah*, ki jih medicinska sestra posreduje pacientu in so *prenosljive storitve*, vendar je *napačna interpretacija* lahko prav tako usodna. Ker je poklic medicinske sestre vse bolj prepleten z informacijami z različnih področij, je za uspešno, samostojno, soodvisno in sodelovalno vlogo medicinske sestre in za boj pri *prerivanju poklicev za delo*, nujno pridobiti *nove kompetence za strokovno interpretacijo informacij*.

Osnovno nerešeno vprašanje in s tem povezana profesionalizacija poklica medicinske sestre je *odgovornost za tehnično izvedbo tehnološko podprtih storitev*, ki jih po naročilu zdravnika izvede medicinska sestra. Skladno s slovensko zakonodajo je zdravnik nosilec zdravstvene dejavnosti (monopol nad storitvami in s tem (sub)kontrola dejavnosti zdravstvene nege), medicinska sestra pa je odgovorna za strokovno izvedbo naloge (odvisna, soodvisna, sodelovalna vloga in odgovornost za uporabo znanja – kompetenc).

Uvajanje sodobne tehnologije za učinkovitejše in kakovostnejše zdravstvene storitve predstavlja za medicinske sestre nove izzive povsod po svetu. Tudi slovenske medicinske sestre se borijo za prenos tehnološko podprtih zdravstvenih storitev s področja medicine na zdravstveno nego (razmejitev nalog oz. delitev dela – prenos nalog). Toda tu se postavlja osnovno vprašanje o pravici (monopolu) o odločanju (strokovni presoji) o upravičenosti določitve tehnološko podprte zdravstvene storitve, ki je v pristojnosti zdravnika in jo je država priznala in uredila v pravnih predpisih.

Za prenos nalog so zainteresirane države zaradi pocenitve tehnološko podprtih zdravstvenih storitev, hkrati pa se zavedajo, da si morajo medicinske sestre pridobiti nove kompetence za izvajanje teh nalog. *Kako urediti pravno področje odgovornosti medicinskih sester za tehnološko podprte storitve* (medicinska sestra je le izvajalka, odločitev je v pristojnosti zdravnika) postaja glavno nerešeno vprašanje tudi za države EU (EESO 2009).

Odgovornosti za uporabo znanja strokovnjaka (individualna odgovornost) pa ne gre enačiti s *skupno odgovornostjo za kvaliteten izid timskega medpoklicnega sodelovalnega dela ob aktivni vlogi in odgovornosti klienta kot avtonomnega subjekta*. V taki sinergiji medpoklicnega sodelovanja vključno s klientom gre za *dodano vrednost*.

Sinergija (gr. synergia; syn ali z nečim, in ergon – aktivnost) pomeni skupno delovanje in vzajemno pomoč različnih oseb pri isti aktivnosti. Pomen besede poudarja potrebo po

komuniciranju in usklajevanju zaradi ustvarjanja sistema vzajemnih odnosov na višji ravni, ki temelji na vrednotah (Bačović Dolinšek 2007).

Sinergija kot usklajeno delovanje in ustvarjalno sodelovanje, ki se odraža s formulo $1+1= > 2$ (ena plus ena je več kot dva) *predstavlja ključno komunikacijsko in razvojno usmeritev zdravstvene nege v prihodnosti.*

Zavzemanje medicinskih sester za prenos tehnološko podprtih zdravstvenih storitev in specializacij s teh področij pomeni *odmik od poslanstva poklica medicinske sestre; deprofesionalizacijo.*

Monopol nad znanjem – najpomembnejši poudarki

Raziskave poklicev so prispevale k razumevanju boja za profesionalizacijo poklica medicinske sestre v 20. stoletju. Od 70-ih let 20. stoletja so se sociološke študije profesij ukvarjale s strategijami poklicnih skupin za pridobivanje družbenega statusa profesije, tj. z njihovim profesionalnim projektom (Witz 1992). Strategija zapiranja profesije vključuje tudi vprašanje kako, sprejemati nove člane v poklicno skupnost, kako zaščititi formalno znanje poklicne skupnosti ter kako si poklicne skupine prizadevajo izključiti druge poklice iz njihove prakse (Macdonald 1995). Po tej strategiji so se ravnale tudi medicinske sestre. Pri uresničevanju profesionalnega projekta poklicnih skupin ima pomembno vlogo rivalstvo med profesijami in na področju zdravstvenega varstva (health care). Proučevanje tega tekmovanja je postalo pomembna naloga za sodobne raziskave profesij (Abbott 1988).

Prevlada profesije zdravnikov nad delovno prakso drugih profesij v zdravstvenem varstvu je (bila) tako močna, da (so) te druge profesije morale razviti strategije s pomočjo katerih so iskale odnos do tega izjemnega področja medicine. Razmerje med profesijo zdravnikov in profesijo medicinskih sester lahko označimo kot odnos dominacije, nadrejenosti in upora (Witz 1992).

Zanimala nas je predvsem vloga znanja skupaj z načinom, kako to znanje predstavljamo v oblikah profesionalnih informacij. Raziskave profesij s tega stališča so umestile potrebe po znanju v svoje središče in se od začetka 70-ih let dotikajo predvsem vloge znanja v reševanju problemov profesije. Čim bolj je razvit sistem znanja, tem večje so možnosti reševanja profesionalnih problemov. *Čim uspešneje je reševanje problemov tem višji status in prestiž v družbi bo imela profesija.* Tak odnos med prestižem in znanjem pa nam omogoča razviti dober sistem znanja. Starejše raziskave profesij niso razsvetljevale odnosa med znanjem in reševanjem profesionalnih problemov (Collins 1979).

Odnos med prestižem in znanjem si lahko predstavljamo kot situacijo, kjer tisti, ki imajo moč, imajo tudi boljše možnosti za pridobivanje znanja.

Trajni predmet profesionalnega projekta medicinske sestre je debata, ki jo vodijo predstavniki profesije za čim večjo avtonomijo v odnosu do profesije zdravnikov in višjega statusa v družbi. Prizadevanja podpira dejstvo, da obstaja razvit sistem znanja zdravstvene nege, ki je (relativno) neodvisen od sistema znanja profesije zdravnikov.

Profesionalna literatura napoveduje moč, znanstveni prestiž in prednostno pravico tolmačenja. Ne glede na naravo odnosa med sistemom znanja in profesionalnim delom v praksi, na tem odnosu temelji profesionalno prerokanje. *Akademizacija izobraževanja medicinskih sester, institucionalizacija raziskav zdravstvene nege in znanstvene osnove praktičnega dela se lahko obravnavajo kot deli profesionalnega projekta medicinskih sester* (Rafferty 1996 in Traynor 1996, 1999).

Pomembnost znanja potrjuje tudi dejstvo, da se *eksperti ne morejo izogniti odgovornosti za uporabo znanja*. Člani profesije so eksperti, ki jih prepozna tudi družba. Odgovornost ima za posledico, da profesija lahko rešuje delovne naloge na lasten način in da ji formalno dodeljena pravica do izključevanja drugih poklicnih skupin iz reševanja problemov v njihovem profesionalnem področju (Abbott 1988).

Sistem znanja profesije mora biti tudi družbeno sprejet, da profesija lahko opravlja delo, za katero je družbeno poklicana in pristojna; *za to priznanje pa se medicinske sestre v Sloveniji še vedno borijo*.

1.13.3 Prepoznavnost profesije med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javna prepoznavnost

V magistrskem delu² je predstavljena prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev (stališča posameznikov do uporabe zdravstvenih storitev, stališča o medicinskih sestrah, vloge medicinskih sester pri nujenju zdravstvenih storitev, emocionalno zadovoljevanje potreb uporabnikov in sindrom izgorelosti (burnout) medicinskih sester, medicinske sestre v očeh javnosti in profesionalna titula medicinske sestre), zato je v tem poglavju ne bomo posebej obravnavali.

Predstavili bomo *le profesionalne titule medicinskih sester, kot element diferenciacije znotraj poklica medicinske sestre v Sloveniji*.

Medicinskim sestram so v Sloveniji podeljevali *naslednje diplome s strokovnimi nazivi*:

- na *višješolskem študijskem programu zdravstvene nege*: višja medicinska sestra, višji zdravstveni (medicinski) tehnik,

- na *visokošolskem študijskem programu zdravstvene nege*: diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik,
- na *univerzitetnem študijskem programu zdravstvene vzgoje*: profesor/ica zdravstvene vzgoje in

na *podiplomskih specialističnih študijskih programih* (po višješolskem študijskem programu):

- psihiatrična zdravstvena nega,
- oftalmološka zdravstvena nega,
- ginekološko-porodniška in
- patronažna zdravstvena nega; strokovni naziv je bil višja medicinska sestra specialist/ka ustreznega strokovnega področja (Zaletel 2004, 29)

ter *po visokošolskem študijskem programu*:

- gerontološka zdravstvena nega: specialist/ka gerontološke zdravstvene nege,
- klinična dietetika: specialist/ka klinične dietetike,
- informatika v zdravstvu in zdravstveni negi: specialist/ka informatike v zdravstvu in zdravstveni negi,
- perioperativna zdravstvena nega: specialist/ka perioperativne zdravstvene nege,
- patronažna zdravstvena nega: specialist/ka patronažne zdravstvene nege.

V študijskem letu 2007/2008 je Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru (UM FZV) ponudila prva v Sloveniji akreditirana 2. stopenjska podiplomska magistrska študijska programa Zdravstvena nega in Bioinformatika. Strokovni nazivi so:

- magister/ica zdravstvene nege in
- magister/ica bioinformatike.

V študijskem letu 2009/2010 pa sta UM FZV in UM FOV razpisali 2. stopenjski študijski program Menedžment v zdravstvu in socialnem varstvu. Strokovni naziv je:

- magister/ica zdravstveno-socialnega menedžmenta.

Elita v zdravstveni negi. Vedno bolj naraščajo razlike med jedrom profesionalne elite, ki je relativno maloštevilna in množico perifernih skupin. Elita si z vzdrževanjem in razvojem znanja in drugih fizičnih področij profesije (algoritmi, baze podatkov, ekspertni sistemi, indeksni sistemi ...) lasti osrednjo vlogo. *Periferne skupine* zagotavljajo storitve klientom neposredno (Abbott 1988).

V tem smislu gre za *vertikalno diferenciacijo* znotraj profesije, ko se medicinske sestre pod vplivom uvajanja sodobne tehnologije v zdravstveni negi pomikajo k menedžmentu v

zdravstvenih in drugih državnih institucijah ali pa bežijo od neposredne zdravstvene nege k bolj specializiranim nalogam. Prehod v birokratsko dejavnost označujejo nekateri sociologi kot kazalec proletarizacije (Abbott, 1988, Santrić, 1990, Schwirian 1998).

1.13.4 Organiziranost profesije

Osnovne oblike organiziranosti poklicnih skupin nasploh (tudi medicinskih sester v Sloveniji) so združenja in sindikati.

Kriteriji, po katerih sklepamo, do katere stopnje je določena profesija organizirana, so naslednji: stopnja organiziranosti institucij za profesionalno izobraževanje, tipi organizacij, kjer se profesije najpogosteje zaposlujejo in organiziranost profesionalnih združenj in sindikatov (Šporer 1990, 28).

Če so religije, vojne in znanost v preteklosti bistveno vplivale na razvoj zdravstvene nege, je v drugi polovici prejšnjega stoletja na ta razvoj bistveno vplival razvoj socialne države in tehnologije.

Kvalitativno transformacijo zdravstvene nege lahko najbolje spremljamo s spremembo izobraževanja, ki je s povečano kompleksnostjo privedla do stratifikacije poklica medicinske sestre. V ZDA je bilo leta 1953 91,7 % vseh izobraževalnih programov za medicinske sestre srednješolskih, 7,4 % visokošolskih in 0,9 % višješolskih. Leta 1976 je bilo srednješolskih programov za medicinske sestre 25,6 %, višješolskih 45,2 % in visokošolskih 29,2 % (Santrić 1990 v Kolenc 2001).

Podobno širitev sprememb izobrazbene strukture je zdravstvena nega doživljala tudi drugod po svetu, in sicer sta bili hitrost in smer teh sprememb odvisni od splošne stopnje družbeno – ekonomskega razvoja in od razvojnih specifičnosti posameznih držav.

Razvoj strokovnih in izobraževalnih programov ter institucij za izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji: glavni mejniki. Prvi začetki izobraževanja za poklic medicinske sestre segajo v leto 1753, ko je bila v Ljubljani ustanovljena babiška šola, ki je bila poleg celovške med prvimi v Evropi. Zdravstveno šolstvo se je začelo pri nas razvijati že z reformami cesarice Terezije in s prizadevanji zdravnika Gerarda van Swietna za ustanovitev babiških šol v Ljubljani, Celovcu (oboje 1753) in Gradcu (1779) ter kasneje tudi v Trstu (1815). Babiška šola se je leta 1971 preimenovala v Šolo za medicinske sestre-babice, ob šolski reformi leta 1981 pa so jo ukinili. Višja šola za zdravstvene delavce v Ljubljani je leta 1989, 1990 in 1991 razpisala izobraževanje za višje medicinske sestre, specializacijo ginekološko-porodniške zdravstvene nege. Program se

je začel izvajati leta 1992. Leta 1996 je bil na UM VŠZ ustanovljen Oddelek za zdravstveno nego ginekološko-porodniške smeri (Kralj 2004). V študijskem letu 2009/2010 pričinja Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani (UL ZF) izvajati visokošolski strokovni študijski program 1. stopnje babištvo (UL ZF 2009a).

Leta 1924 je začela pri Higienem zavodu v Ljubljani delovati šola za dečje zaščitne sestre, ki je postala leta 1927 dveletna in je delovala do 1932 (od 1921 sta delovali tudi šoli za sestre v Zagrebu in Beogradu). Leta 1929 so ustanovili pri Higienem zavodu v Ljubljani tudi šolo za otroške negovalke.

Posebno pozornost zasluži izobraževanje partizanskih bolničarjev in bolničark, ki je potekalo v obliki tečajev in šol od jeseni 1943 naprej. Po letu 1945 so zaradi potreb po strokovnem kadru osnovali v bolnišnicah vrsto enoletnih bolničarskih šol in tečajev za bolničarje.

Leta 1950/51 so delovale tri nižje zdravstvene šole (babiška šola v Ljubljani ter šoli za otroške negovalke v Ljubljani in Mariboru) ter šest srednjih zdravstvenih šol.

Višješolsko izobraževanje medicinskih sester v Ljubljani je bilo od ustanovitve leta 1951 triletno, po 1978 pa se je preoblikovalo v dveletni študij. Leta 1975 je Višja šola za zdravstvene delavce v Ljubljani postala del univerze. V študijskem letu 1993/1994 je v Ljubljani pričela delovati kot naslednica Višje šole za zdravstvene delavce Visoka šola za zdravstvo Univerze v Ljubljani (UL VŠZ) (Šuštar 1993, 1–4), v Mariboru pa Visoka zdravstvena šola Univerze v Mariboru (UM VZŠ), istega leta.

Medicinske sestre so iskale različne možnosti za nadaljnje izobraževanja v lastni stroki na univerzitetni ravni.

Leta 1992 je UL VŠZ sklenila sporazum o sodelovanju pri izvajanju programa s Pedagoško fakulteto, junija 1992 leta je študijski program Zdravstvene vzgoje sprejela tudi Univerza v Ljubljani, izvajati pa so ga začeli v študijskem letu 1993/94. Po tem programu sta študirali le dve generaciji študentov. Po uveljavitvi Zakona o visokem šolstvu leta 1993 je program izgubil pravno podlago in so ga prenehali izvajati (Lubej in drugi 1994).

Leta 1996 sta UL VŠZ in UM VZŠ pripravili vsaka svoj univerzitetni dodiplomski študijski program zdravstvene nege (UM VZŠ 1996a) ter vlogo o statusnem preoblikovanju visoke šole v UM FZV (UM VZŠ 1996b). Tudi ta poskus ni uspel in dodiplomska študijska programa zdravstvene nege sta bila zavrnjena. Program je temeljil na splošnih načelih, ki veljajo za izobraževanje zdravstvenih

poklicev v EU, kjer se izobraževanje za zdravstveno nego prenaša na univerzitetno raven. V postopku potrditve programa oz. soglasja na Svetu za visoko šolstvo Republike Slovenije je, k univerzitetnemu programu UM VŠZ, podala negativno mnenje Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani (UL MF) (Pahor 2003, 83), k univerzitetnemu programu UM VZŠ pa Zdravstveni svet Ministrstva za zdravstvo Republike Slovenije (MZ RS 1997).

Na konferenci o razvoju visokega strokovnega šolstva v Republiki Sloveniji leta 1994 je prvi predsednik Sveta za visoko šolstvo Republike Slovenije, prof. dr. Ivan Svetlik, v otvoritvenem govoru poudaril, da je premalo programov, ki bi zahtevali praktične sposobnosti, da pa je preveč programov, ki zahtevajo predvsem sposobnosti abstraktnega mišljenja. Z vpeljavo programov strokovnega izobraževanja je mogoče to nesorazmerje popraviti, zato je tudi vprašljivo opuščanje strokovno usmerjenih programov tam, kjer so že bili (npr. postopno približevanje visokih šol univerzi oz. z njihovim prehajanjem v fakultete).

In nadaljuje:

S tem ne želim reči, da to približevanje ni legitimno, ampak predvsem to, da bi najbrž morali že v preteklosti več pozornosti posvetiti razvijanju strokovnih programov, ne pa da so ostali na ravni, na kateri so bili.

Nadalje Svetlik navaja: *Drugi razlog, ki je prav tako pomemben, je dilema med tako imenovano zahtevo po odličnosti na eni strani in zahtevo po dviganju izobrazbene ravni čim širšega segmenta populacije na drugi strani. Obe zahtevi sta legitimni. Prva zato, da bi se lahko enakopravno kosali z bližnjimi sistemi tudi na trgu delovne sile. Druga zato, da bodo odličniki imeli svojo podlago v izobraženih ljudeh, ki bodo lahko praktično poprijemali za delo v različnih delovnih okoljih. Zdi se, da se zahteva po dvigu izobrazbene ravni širšega segmenta populacije lahko bolj kot doslej realizira ravno s strokovnimi programi v visokem šolstvu. To seveda ne pomeni, da ne kaže težiti k odličnosti tudi pri programih strokovne narave na visoki ravni. Vendar se zdi, da je ta odličnost nekoliko drugačna od tiste, ki se običajno uporablja, kadar se z odličnostjo označujejo visokošolski pa tudi raziskovalni programi. Odličnost, na katero mislim je predvsem odličnost, ki vodi k učinkovitim aplikacijam, k razvojnim programom in k znanjem, ki naj jih dajo ti programi zato, da bodo lahko odlične tudi proizvodnje, ne pa da bo odlično zgolj tisto, kar se dogaja v razvojnih oddelkih (Svetlik 1994, 17).*

Ob upoštevanju teh razmišljanj je UM VZŠ začela razvijati strokovne podiplomske specialistične programe Gerontološko zdravstveno nego, Klinično dietetiko, Informatiko v zdravstvu in zdravstveni negi, Perioperativno zdravstveno nego in Patronažno zdravstveno nego. Prvi študenti so se po visokošolski diplomi v specialistične programe vpisali leta 1999.

UL VŠZ je izvajala specialistične študijske programe po višješolskem programu od leta 1970 specializacije oz. tečaje, po letu 1986 pa dvosemestrskemu podiplomskemu študijskemu programu (Zaletel 2004, 29).

Leta 2002 je bila ustanovljena Visoka šola za zdravstvo v Izoli, leta 2003 postane članica Univerze na Primorskem, izvaja visokošolski študijski program zdravstvene nege, v študijskem

letu 2008/2009 je začela izvajati 2. stopenjski podiplomski magistrski študijski program zdravstvena nega (UP VŠZI 2009).

Leta 2003 je bil strokovni dodiplomski študijski program zdravstvene nege usklajen z evropskimi direktivami (regulirani poklic), tako so diplomanti primerljivi z diplomanti zdravstvene nege v EU. Bistvo programa je v tem, da se je v 3-letnem dodiplomskem strokovnem študijskem programu število ur povečalo iz dosedanjih 2250 na 4600 ur (kar so zahteve EU), izvaja se 40 namesto sedanjih 30 tednov v študijskem letu. Polovico ur zavzema praktično izobraževanje. Študent si po končanem študiju pridobi strokovni naslov diplomirana medicinska sestra (ženska) in diplomirani zdravstvenik (moški) in je usposobljen za delo; pripravništvo in strokovni izpit nista potrebna. Program so vse tri šole za zdravstveno nego v Sloveniji pričele izvajati v študijskem letu 2004/2005.

Leta 2007 je bila ustanovljena *Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice* kot samostojni visokošolski zavod. Izvaja visokošolski študijski program zdravstvene nege in od leta 2009 tudi študijski program zdravstvene nege 2. stopnje (VŠZNJ 2009).

Marca 2007 se je UM VZŠ preoblikovala, kot prva v Sloveniji, v *Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Mariboru*. V študijskem letu 2007/2008 je že razpisala dva 2. stopenjska študijska magistrska programa *Zdravstvena nega in Bioinformatika*, v študijskem letu 2009/2010 pa v sodelovanju z UM FOV v Kranju 2. stopenjski študijski program *Menedžment v zdravstvu in socialnem varstvu* (UM FZV 2009).

Slovenske medicinske sestre so prvič v zgodovini dobile možnost, da stopijo na pot akademizacije svojega poklica.

Konec leta 2009 je UM FZV podelila prvi magisterij zdravstvene nege v Sloveniji.

Študij zdravstvene nege bo mogoče nadaljevati na 3. stopnji in si pridobiti akademski naziv doktor/ica znanosti s področja Zdravstvene nege. Doslej je bila pot do tega naziva zapletena in dolga. Medicinske sestre so na doktorski stopnji študirale na drugih fakultetah v Sloveniji in na fakultetah za zdravstveno nego v tujini. (Velika Britanija, Finska). Leta 2008 je bila naziv docentke za zdravstveno nego habilitirana prva slovenska medicinska sestra z doktoratom s področja zdravstvenih ved, pred tem so bile v naziv docentke habilitirane visokošolske učiteljice za zdravstveno nego, vendar z doktoratom s področja organizacijskih ved. Število medicinskih sester z doktoratom in ustreznimi habilitacijskimi nazivi v slovenskem prostoru je skromno.

Leta 2007 je bila akreditirana *Visoka šola za zdravstvo Novo Mesto*, od študijskega leta 2008/2009 izvaja visokošolski strokovni študijski program zdravstvena nega (VŠZNM 2008).

Marca 2009 se je UL VŠZ preoblikovala v *Zdravstveno fakulteto Univerze v Ljubljani* (UL ZF 2009b). Poleg študijskih programov na drugih oddelkih izvaja tudi visokošolski strokovni študijski program 1. stopnje babištvo (diplomirana babica) in visokošolski študijski program zdravstvene nege 1. stopnje (UL ZF 2009a).

V študijskem letu 2009/2010 pričenjajo izvajati 1. stopenjski visokošolski študijski program zdravstvene nege tudi *visoke šole za zdravstveno nego, ki niso vključene v univerze: Celje, Maribor (Evropsko središče Maribor) in Slovenj Gradec*.

Iz pregleda razvoja izobraževalnih programov in institucij za izobraževanje medicinskih sester izhaja, da imamo v Sloveniji, konec leta 2009 (a) razvite študijske programe zdravstvene nege 1. in 2. stopnje ter 2. stopenjska študijska programa Bioinformatika in Menedžment v zdravstvu in socialnem varstvu ter (b) dve fakulteti in visoko šolo vključene v univerzo, eno samostojno šolo in štiri visoke šole za zdravstveno nego vključene v regijska in evropsko središče.

Razvoj študijskih programov in ustanavljanje novih šol za zdravstveno nego je odgovor na spremenjene družbene potrebe in usklajevanje izobraževanja medicinskih sester v evropskem prostoru (EU direktive – regulirani poklic). Nadgradnja bazičnega znanja v zdravstveni negi *development of advanced nursing practice* (Sheer in drugi 2008 v Skela Savič 2009) postaja pomemben globalni trend, ki ga podpira tudi ICN (Skela Savič 2009) *in priporoča magisterij s področja zdravstvene nege*. Posebno mesto namenja raziskovanju v zdravstveni negi kot pogoju za sprejemanje odločitev na osnovi kliničnih, aplikativnih in temeljnih raziskav in misli, da bo skozi vertikalno izobraževanje zdravstvena nega v Sloveniji dobila svoje mesto v družbi. Na pomisleke o *(ne)zaposljivosti medicinskih sester z magisterijem in doktoratom* odgovarja s primerjavo izobraževanja in specializacije poklica zdravnika in opozori na dvojnost vrednotenja. Poudarja, da se z edukacijo na 2. in 3. stopnji ne povečujejo kompetence v kliničnem okolju temveč na področju raziskovanja, razvoja stroke in vključevanja v izvajanje visokošolskih programov. In nadaljuje, da bi medicinske sestre morale sprejeti stališče, da *magisterij in doktorat ne pomenita bega od bolniške postelje ali novega delovnega mesta, ampak več znanja za izvajanje kakovostne zdravstvene nege na obstoječem delovnem mestu v kliničnem okolju* (Skela Savič 2009, 50–51). Glede primerjave izobraževanja obeh profesij v zdravstvu se strinjamo, vendar pa ne moremo soglašati s trditvijo, da se kompetence v kliničnem okolju ne povečujejo, saj gre vendar za nadgradnjo znanja in nove kompetence. Opisano vertikalno izobraževanje *izrisuje elito zdravstvene nege* (raziskovanje, razvoj stroke, vključevanje v izvajanje visokošolskih programov).

Izjemnem interes za magistrski študij Menedžment v zdravstvu in socialnem varstvu (menedžment zavodov), v katerem medicinske sestre vidijo jasnejšo (tudi bolje plačano) vertikalno napredovanje, predstavlja beg od pacienta, tj. deprofesionalizaciji (gre za menedžment zavodov).

Glede izobraževanja in profesionalnega dela medicinske sestre je potrebno opozoriti tudi na vpliv sodobne tehnologije, ki zahteva različne stopnje usposobljenosti medicinskih sester (specializacije). Stroka zdravstvene nege bo morala razmisliti o vertikalni diferenciaciji poklica medicinske sestre in opustiti razmišljanje o medicinski sestri kot *generalistu* (Abbott 1988); to narekuje tudi država kot skupinski klient (Simon 1996), ki določa vrednost storitev.

Čeprav se edukatorji v visokošolskem prostoru zdravstvene nege zavzemajo za razvoj formalnega vertikalnega izobraževanja medicinskih sester, bo potrebno razmisliti tudi o *alternativnem sistemu za pridobivanje in priznavanje kompetenc, kot fleksibilni ponudbi izobraževanja na način, ki bi prispeval k razvoju poklica; priznavanje fleksibilnega izobraževanja med pogoje za priznavanje reguliranega poklica.*

V okviru organizacijskih enot, centrov za vseživljenjsko učenje pri šolah in fakultetah, bi kazalo *uvesti kooperativno učenje* kot sistem (tripartitno pogodbeno določanje potrebnih ciljnih kompetenc za čisto določeno delovno mesto in/ali področje zdravstvene nege/oskrbe, sklenjeno med izvajalci, udeleženci in delodajalci). Preverjen organizacijski model za pridobivanje ciljnih dodatnih kompetenc predstavlja sistem kooperativnega izobraževanja (WACE 2005). Ti programi bi morali biti akreditirani kot formalni s pridobitvijo certifikatov.

V ta sistem bi lahko vključili poleg medicinskih sester tudi druge izvajalce zdravstvene nege³ in kadre z visokošolsko izobrazbo drugih smeri, motivirane za skrb in delo z ljudmi (prekvalifikacije, medpoklicno učenje in poučevanje). Nad temi programi bi imela kontrolo stroka zdravstvene nege tako, da bi razvijala poklic medicinske sestre in zagotavljala ustrezne kompetence za zagotavljanje kakovostnih strokovnih storitev zdravstvene nege in socialnega varstva. Gre za odgovor na povečane in spremenjene družbene potrebe po kompleksnejših storitvah ter pomanjkanje medicinskih sester. Kadri bi bili usposobljeni za nudenje zdravstveno-negovalnih-socialno-skrbstvenih storitev v številnih perifernih skupinah (Abbott 1988) npr. v izvenbolnišnični dejavnosti v sodelovanju z nosilci zdravstvene nege – medicinskimi sestrami.

Druga možnost izobraževanja in usposabljanja kadrov se kaže za delo v visoko tehnološkem okolju zdravstvenih zavodov in v novo nastajajočih negovalnih bolnišnicah.

Skela Savič (Horton in drugi 2008) opozarja na nove priložnosti za zdravstveno nego na domu in se boji komercializacije zdravstva na področju skrbi za starostnike (zaposlovanje kadrov s srednješolsko izobrazbo). Prepričana je, da temu sledi še večje razvrednotenje zdravstvene nege.

Morda je opisani sistem fleksibilnega izobraževanja (lahko) odgovor na nove priložnosti za zdravstveno nego (tržne niše), na spreminjajoče profesionalno delo in konkurenčnost drugih poklicev (npr. socialnih delavcev).

Trg zdravstvenih storitev je potrebno razumeti kot trg s posebnimi pravili, saj vpliva na zdravje prebivalstva, zato je lahko strokovno nadzorovano fleksibilno pridobivanje kompetenc tudi možen odgovor Evropskemu ekonomskemu-socialnemu odboru (EESO 2009) glede povezave direktive o priznavanju poklicnih kvalifikacij z morebitno direktivo o kvalifikacijah v zdravstvu ter možnostih o povezavi z veljavnimi posebnimi direktivami za poklice v zdravstvu, vključno z medicinskimi sestrami.

O kompetencah, ki medicinsko sestro opredeljujejo kot strokovnjakinjo, bomo podali pregled literature na to temo v poglavju 1.14.6 .

Tipi organizacij, v katerih se profesije najpogosteje zaposlujejo. Sociologi so posvetili veliko pozornosti analizi organizacij, v katerih se profesije najpogosteje zaposlujejo. Razlikujemo stopnje organiziranosti profesije glede na tipe organizacij, v katerih se najpogosteje zaposlujejo. Tako so njihove delovne organizacije pogosto tudi profesionalne organizacije.

A. Etzioni (1964 v Šporer 1990, 29) je izdelal tipologijo organizacij, tako da je upošteval tri osnovne načine razumevanja znanja v organizaciji:

1. Organizacije, v katerih se znanje proizvaja, uporablja in prenaša naprej. Tvorijo jo v večini strokovnjaki.
2. Storitvene organizacije, v katerih strokovnjaki uporabljajo ustrezno tehnologijo in izkoriščajo podrejeno osebje, potrebno za delo.
3. Strokovnjaki se lahko zaposlujejo tudi v organizacijah, ki nimajo ozko profesionalnih ciljev.

Delitev je ilustrativna in kaže, da se različne profesije **zaposlujejo v različnih tipih organizacij** (ne le v ozko profesionaliziranih) in da je socializacija profesij organizirana skladno s cilji, ki jih ta tip organizacije mora uresničevati. Nekateri strokovnjaki (npr. biologi) se zaposlujejo predvsem v prvem tipu organizacij, medtem ko se zdravniki in medicinske sestre najpogosteje zaposlujejo v storitvenih organizacijah (bolnišnice, zdravstveni domovi, domovi za starostnike, v zdraviliščih in podobno).

Strokovnjaki se ne zaposlujejo le v organizacijah, kar je sicer najpogostejša oblika, temveč opravljajo svojo dejavnost tudi samostojno (odvetniki, zdravniki, umetniki), medtem ko so medicinske sestre skoraj vedno delale v organizacijah.

Organiziranost profesionalnih združenj. Profesionalno združenje je pomembno za proces profesionalizacije nekega poklica. Najbolj razvite profesije imajo tudi najstarejša in najbolj razvita strokovna združenja. Profesionalna združenja variirajo po stopnji kompleksnosti, rigidnosti in hierarhičnosti (Vollmer in Mills 1966 v Šporer 1990). Večina profesionalcev misli, da je profesionalno svobodo mogoče bolje uresničevati v profesionalnem združenju kot pa v drugih oblikah združenja (npr. sindikat).

Profesionalno združenje medicinskih sester v Sloveniji sega v leto 1927, ko je bila v Ljubljani ustanovljena prva stanovska organizacija medicinskih sester *Organizacija absolventk šole za sestre*. Že leta 1929 so se slovenske medicinske sestre vključile v ICN, leta 1951 se je stanovsko združenje medicinskih sester preimenovalo v Društvo medicinskih sester, ki je v letu 1963 dobilo naziv Zveza društev medicinskih sester Slovenije ter se povezovalo v Zvezo društev medicinskih sester Jugoslavije. Na podlagi 87. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur.l RS, št. 9/92) je bila 15. 12. 1992 ustanovljena Zbornica zdravstvene nege Slovenije (ZZBNS 2009a). 25. 3. 2005 je prvič (Ur.l. RS 23/2005) profesionalno združenje medicinskih sester v Sloveniji registrirano kot ZZBNS (Kersnič 2005, 6).

Pomemben napredek v delovanju in vlogi profesionalnega združenja predstavlja statutarno opredeljeno *izvajanje javnih pooblastil za vodenje registra izvajalcev zdravstvene in babiške nege, registra imetnikov in registra članov društva*. V izvajanje javnih pooblastil sodi tudi *izvajanje strokovnega nadzora dejavnosti zdravstvene in babiške nege ter specializacij*. *Licenco* (dovoljenje za delo) kot temeljni poklicni standard stroke in kot dokument z državno veljavo je do leta 2007 podeljeval minister za zdravje, z novo zakonodajo pa je ta pristojnost prešla na ZZBNS.

ZZBNS se mednarodno povezuje z organizacijami: ICN, ki združuje 129 nacionalnih združenj, Permanent Council of Nursing (PCN), European Federation of Nurses Associations (EFN), v katero je vključenih več kot milijon medicinskih sester v evropskem prostoru (ZZBNS 2008a), International Confederation of Midwives (ICM), ki združuje več kot 90 nacionalnih združenj in podpira ter svetuje združenjem babic širom po svetu (ZZBNS 2008b) in Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego s sedežem v Mariboru.

V ZZBNS – Zvezo društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je vključenih 16.000 članov,³ zbornica povezuje enajst regijskih društev, ki strokovno delujejo v 31 strokovnih sekcijah (ZZBNS 2009b).

Poleg bogate in raznovrstne izobraževalne dejavnosti izdaja zbornica tudi strokovno informativni bilten Utrip in Obzornik zdravstvene nege, ki ga indeksira in povzema Cumulative Index of Nursing and Allied Health Professions (CINAHL) (Grbec 1997), COBBIS, BIOMEDICINA SLOVENICA (Obzornik zdravstvene nege 2008a). Gre za strokovno-znanstveno serijsko publikacijo, ki je tudi v e-obliki, in edini strokovni časopis s področja zdravstvene in babiške nege v Sloveniji (Obzornik zdravstvene nege 2008b), ki pomembno prispeva k razvoju poklica medicinske sestre.

ZZBNS je 14. 10. 2008 sprejela dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (Klemenc 2008, 4). O dokumentu bomo podrobneje razpravljali v poglavju 1.14.6 Kompetence medicinske sestre.

Skela Savič (2009) piše o pomanjkanju medicinskih sester v Sloveniji in opozarja, da ne govorimo o točnih številkah. S tem se lahko strinjamo. Pri primerjanju števila medicinskih sester glede na prebivalstvo se upošteva število celotne poklicne skupine,³ tudi kadri s srednješolsko izobrazbo, čeprav je bazična izobrazba medicinske sestre visokošolska. Tako je v poklicni skupini izvajalcev zdravstvene nege (zaposlenih v zdravstvu) leta 2006 bilo medicinskih sester le 3.804 ali 24,5 % (SURS 2008). Skela Savič (2009) ugotavlja, da delodajalcev ne skrbi pomanjkanje diplomiranih medicinskih sester in dejstvo, da se naloge delegirajo zdravstvenim tehnikom; boji se tudi, da bodo za delodajalce ekonomsko bolj privlačni izvajalci (zdravstveni tehniki) kot pa nosilci (medicinske sestre) zdravstvene nege.

Iz opisanega problema izhaja, da je potrebno jasno opredeliti *nosilce in izvajalce* zdravstvene nege, ki bodo prepoznavni tako v zdravstvu kot med uporabniki zdravstvenih storitev in državi. Danes je medicinska sestra prepoznana kot poklicna skupina,³ zaradi česar nastaja vrsta težav. Menimo, da je aktivna vloga zbornice v razrešitvi te problematike zelo pomembna.

1.13.5 Profesionalna etika⁷

Poklic v sociološkem pogledu ne more postati profesija, če ne razvije razpoznavne profesionalne etike, zato morajo medicinske sestre težiti h kritični etiki v okviru *pridobivanja razpoznavnosti, avtonomije in skrbi*.

Ramovš (1996) poudarja pomembnost družbenega okolja in predvsem *determinant človekove osebnosti* (etična usmerjenost, etično trdna osebnost) pri etičnem ravnanju v poklicu. Misli, da

določajo konkretni etični domet poklicnega dela predvsem (1) *znanje* (fenomenološko o stvareh in metodično o delovnih postopkih), (2) *svoboda hotenja strokovnjaka* (da v danem trenutku ravna prav in pošteno), (3) *etična izkušnja* (pretekle osebne izkušnje na etičnem področju) in (4) *vest* (kot avtonomna osebna zmožnost). Opozarja na *golo dresiranje v dobrem in poštenem opravljanju poklica*, ki je le navidezno etično ravnanje, v bistvu pa gre za *avtomatizem*, ki pušča strokovnjaka človeško praznega (lahko vodi v burnout sindrom, Burish 1989 v Ramovš 1996), *pomočniški sindrom* (Scmidbauer 1977 v Ramovš 1996) ali pa v *oblastniški, birokratski odnos do ljudi*.

Pri zagotavljanju optimalnega zdravstvenega varstva je nujno, da medicinske sestre, zdravniki in drugi člani timov razvijajo *sodelovalne partnerske* (in ne paternalistične) *odnose*, v katerih je *osrednji subjekt odločitve pacient* (etično načelo avtonomnosti osebe), ki je v tem smislu *pravi vodja tima*.

Naj opozorimo še na konfliktno situacijo, v katerih je *kritična etika medicinske sestre* tisto neizbežno področje, na katerem z večjo gotovostjo presojuje lastni profesionalni položaj.

Profesionalno etiko lahko obravnavamo sociološko in pravno. Medicina se pri obravnavi etičnih vprašanj bolj povezuje s pravom, saj je etika normativna veda, medtem ko je sociologija empirična veda, ki išče odgovore na vprašanja o socialnih vplivih na moralno razsojanje in ravnanje (Pahor 2005, 1127–1128).

Etični vidik se nanaša na razsojanje o tem, katero ravnanje je v določenih razmerah *dobro* ter na osnovi česa se medicinske sestre odločajo, *kaj je dobro*.

Giddens (1991, v Pahor 2005, 1128) opozarja na nenačrtovane *posledice človekovih dejanj* in na *nujnost refleksije*. Pahorjeva (2005) tudi poudarja vprašanje, ali medicinske sestre reflektirajo svoja dejanja in posledice svojih presoj.

Pri obravnavi profesionalne etike morajo medicinske sestre izhajati iz *narave dela* in *moralnih idealov poklica medicinske sestre* ter *zdravstvene nege* pacienta, varovanca, uporabnika, klienta. V moderni družbi je zdravstvena nega postala *paramedicinska dejavnost* z vse večjim prevzemanjem medicinsko tehničnih posegov, ki so podprti s tehnologijo. V organizacijskem smislu je bila organizirana po vzorcu industrijske proizvodnje (Dingwall 1991 v Pahor 2005, 1129), ki je *potisnila nežnost v ozadje*. V sodobni družbi se zdravstvena nega ponovno *preusmerja na skrb*. Profesionalna etika medicinskih sester naj bo *poleg dejavnosti zdravljenja*

predvsem etika skrbi za druge, ki vključuje skrb kot moralno orientacijo in skrb kot poklicno prakso, temelji pa na zaupanju kot pogoj, ki skrb omogoča.

Za Šmitkovo (2001, v Pahor 2005, 1136) skrb pomeni, da nekoga upoštevamo in da v okviru njegove odvisnosti od medicinske sestre le-te prostovoljno prevzamejo odgovornost za tiste, ki so potrebni skrbi. *Brez medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom ni skrbi.* Šmitkova je v raziskavi slovenskih medicinskih sester ugotovila, da je etični vidik enako pomemben kot izvajanje postopkov zdravstvene nege. Opozorila je na povezanost med izobrazbo medicinske sestre in etičnimi razmišljanji. Bolj izobražene medicinske sestre bolj upoštevajo etični vidik in intenzivneje razmišljajo o etičnosti svojega ravnanja.

Uletova (Lorber 1997 v Ule 2003b, 212–213) opozarja na veliko *vlogo bolnikovih emocij in socialno situacijo v procesu zdravljenja*, ki je bila prepoznana sredi dvajsetega stoletja, vsled česar je bila v izobraževanje in prakso medicinskih sester uvedena *ljubeča nega* (tender loving care). Navaja, da so se bolniki v tem času, ko so se medicinske sestre ukvarjale s skrbjo nad administrativnimi opravili in nadzorovanjem aparatur, za zadovoljevanje svojih čustvenih potreb obračali na strežnice (Ule 2003b, 247).

Pomemben prispevek k *perspektivi etike skrbi* predstavlja razmišljanje Selme Sevenhuijsen (2003, 13–39). Njeno razmišljanje je, da se pri etiki skrbi v današnji družbi prepletata procesa *relokacije skrbi* in *relokacije politike*. Skrb je v politikah pogosto prisotna kot samoumevni koncept, ki ne potrebuje dodatnega razmisleka, vendar pa je prav ta samoumevnost vzrok za odsotnost skrbstvenih praks, kar prejemnika skrbi pogosto postavlja v odvisno vlogo.

Sevenhuijsenova analizira relokacijo *vsakdanje skrbi* (skrb za telo, duha in medsebojne odnose), ki je bistvena za dobro človekovo delovanje, pri čemer gre za tri smeri relokacije: (1) skrb se premešča z *žensk na moške* (vsakdanja skrb moških za otroke), (2) premeščanje skrbi *od znotraj navzven* (kolektivne komercialne storitve kot npr. varstvo otrok, prehrana, domovi za ostarele), (3) relokacija skrbi v zdravstvu, ki se pomika *od zdravljenja k skrbi* (nove kronične bolezni narekujejo potrebo po novih rešitvah za delo in skrb).

Trdi, da sta relokacija skrbi in relokacija politike procesa, ki potrjujeta, da se narava praks skrbi spreminja; tako postaja *vsakdanja skrb predmet političnega delovanja in pogajanj*. Ne gre le za novo razmerje med vlado in posameznikom (pravice in dolžnosti glede skrbi), temveč za skrb kot del interpretacije *politike skrbi*, ki zajema institucije in delovne metode *civilne družbe*, tj. področje med državljani in parlamentarno politiko. Institucije (skupinsko delo, delo skrbi, skrb za starejše, varstvo otrok) bi dobile nov prostor v družbeni infrastrukturi skrbi.

Skrb pojmuje kot odnosni družbeni proces (Sevenhuijsen 2003 v Kuhar 2003), ki nujno vključuje še eno etično kategorijo, tj. *zaupanje*, kvaliteta, ki je nujna, da se posameznik lahko prepusti skrbi drugega. Skrb kot asimetrično recipročni družbeni proces sestavljajo štiri faze: *skrbeti za*, *poskrbeti za*, *dajati skrb* in *biti deležen skrbi*. Gre za štiri temeljne vrednote: *pozornost*, *odgovornost*, *kompetentnost* in *odzivnost*, ki v moralnem smislu sestavljajo jedro etike skrbi.⁹

Zaradi procesov relokacije skrbi in politike, postaja vsakdanja skrb predmet političnega delovanja in pogajanj. Sevenhuijsenova (2003, 13–39) misli, da to vzpostavlja temelje za koncept *skrbnega državljanstva* (državljeni skrbijo – dajejo skrb in so hkrati deležni skrbi). Tako se vzpostavlja možnost, da skrb postane demokratična praksa, kjer je *skrb del kolektivnega delovanja v javni sferi*. Skrbno državljanstvo pa pomeni tudi to, da *imamo čas za skrb* in jo lahko umestimo v vsakdanje življenje. Trdi, da vlada tako postaja režiserka (spodbuja komunikacije med javnim in zasebnim) in supervizorka (nadzoruje, če prakse skrbi dosegajo standarde dostopnosti, socialne pravičnosti, kakovosti življenja), izgublja pa vlogo krmarke družbe.

Pahorjeva (2003, 75–86) opozarja na pomanjkljivost refleksije na področju dajanja skrbi v zdravstvu, tj. med medicinskimi sestrami. Pravi, da

... zdravstvena nega v Sloveniji ne more razviti svojih zmožnosti za izboljšanje kakovosti zdravstvenega dela, vključujoč etiko skrbi, ker ji ni dovoljena refleksija svoje lastne prakse zaradi, med drugim, odsotnosti raziskovalnega dela na tem področju (2003, 75).

Poudarja pomen *empiričnih raziskav in objav v zdravstveni negi*, ki bi dajale osnovo, da bi o skrbi razmišljali kot o *kognitivni, reflektirani in moralni praksi*. Misli, da je skrbna presoja (v demokratični družbi državljanska pravica) presoja s skrbjo, kjer gre za prepoznavanje ranljivosti sebe, drugih in okolja ter naklonjeno ravnanje (Sevenhuijsen 1998 v Pahor 2003).

Poleg notranjih dejavnikov (teoretični in metodološki razvoj stroke, število akademsko izobraženih medicinskih sester za raziskovanje, kvalitete raziskovanja in utemeljenost znanstvenih publikacij) poudarja pomen družbenih razmerij, političnih prioritet in uveljavljanja *etike skrbi kot temeljne družbene vrednote*. Poudarja prispevek znanstveno utemeljene zdravstvene nege za kakovostno življenje Slovencev in se sprašuje, ali ga razumejo in uvidijo tudi skupine, ki imajo moč za odločanje. Medicinske sestre napotuje, da s teoretskimi koncepti etike skrbi in drugimi skrbstvenimi poklici odprejo razpravo *o nevidnih plasteh ohranjanja in vračanja zdravja* (Pahor 2003).

Etično poslanstvo poklica medicinske sestre nujno vključuje empatijo in sočutje. Uletova misli, da zahteva empatija poleg emocionalnega vživljanja tudi kognitivno razumevanje položaja; da se

⁹ Skrb kot asimetrično recipročni družbeni proces sestavljajo štiri faze: *skrbeti za*, *poskrbeti za*, *dajati skrb* in *biti deležen skrbi*. Gre za štiri temeljne vrednote: *pozornost*, *odgovornost*, *kompetentnost* in *odzivnost*, ki v moralnem smislu sestavljajo jedro etike skrbi.

razvije sčasoma, kot nadgradnja sočutja, na osnovi izkušenj, ki jih z razvojem dobimo iz okolja in poudarja, da je zato povezana z etiko skrbi in odgovornosti za ljudi v nesrečnih okoliščinah (Ule 2009, 302–304). Poudarja, da je skrb trajen družbeni proces, sestavljen iz štirih faz (Sevenhuijsen 2003 v Ule 2009, 304)⁹ ter da je *zaupanje* pomemben del *empatije in etike skrbi*.

Opozoriti kaže tudi na nova etična vprašanja in dileme, ki jih zastavlja IKT z ustvarjanjem digitalne sence posameznika (Webopedia.com 2009).

Pri nastajanju digitalne sence je uporabnik *zdravstvenih storitev pasiven objekt*. O njem se *zbirajo podatki* kot npr. posnetki digitalnih kamer (v bankah, zavarovalnicah, trgovinah, letalstvu, zdravstvenih zavodih, če so nadzorovani), spletna globalizacija omogoča ustvarjanje osebnosti (npr. iskanje zdravstvenih informacij in druge poizvedbe na spletu), širitev misli in idej (TheStrategyWeb 2009), gre za edinstven odtis posameznika na spletu (določanje digitalne osebnosti) (IZUM 2009).

Sprašujemo se, ali na uporabo tehnologije, ki proizvaja svojo digitalno senco, lahko *vpliva klient/uporabnik zdravstvenih storitev, če sploh ni bil vprašan za privolitev*, da podatke, ki se zbirajo ob nudenju zdravstvenih storitev, lahko vpisujejo v baze podatkov v zdravstvu z neomejenim časom arhiviranja v mreži (v bazi podatkov in v mreži so osebni zdravstveni podatki npr. o scintigrafiji). Tako je npr. pri preiskavi z magnetno resonanco potrebna obširna dokumentacija o pacientu, ki jo poda lečeči zdravnik, in soglasje pacienta za izvedbo preiskave, ne pa tudi soglasje za vnos pacientovih zdravstvenih podatkov v *mrežo za nedoločen čas*; teh podatkov nima niti uporabnik zdravstvenih storitev.

V navedenih bazah podatkov je več podatkov, kot posamezna fizična oseba ve o sebi, podatki ji tudi niso dosegljivi, so pa osnova za *oblikovanje profila uporabnika – to predstavlja konec zasebnosti*.

Nastajanje profesionalne etike medicinskih sester. Podobno, kot je moderna teoretična osnova zdravstvene nege nastala sredi prejšnjega stoletja (torej stoletje po osnovni postavki Florence Nightingale o zdravstveni negi), tako je prva mednarodna kodifikacija etičnih norm dosežena šele leta 1953 v Frankfurtu (Marić 1988). Osnova, ki jo je dala Florence Nightingale, je ostala celo stoletje nespremenjena. Nekdanja kratka in jasna zaprisega je prenehala, ker danes želimo, da se zajame čim večji popis odgovornosti in dolžnosti medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev. Gre za obveznosti do pacienta, do sebe in kolegov ter do družbene skupnosti (Babić Bosanac 1990).

V Sloveniji je prvi deontološki pisni dokument za medicinske sestre (babice) Babiška zaprisega iz leta 1788, ki je takrat izšla v slovenskem jeziku (prevod iz nemščine, Dolenc 1993, 1996).

Dokument ureja temeljne dolžnosti babice izpred več kot 250 let. Veliko pozornost namenja babicam kot javnemu poklicu in do skrbi za neoporečno babiško ravnanje ter izvajanje njihove odgovornosti.

Etična načela je utrdil ICN leta 1899, kamor so se slovenske medicinske sestre vključile že leta 1929. Po drugi svetovni vojni so nastajali kodeksi in deklaracije o zaščiti človekovih pravic in o osebni svobodi posameznika. Leta 1948 je nastala Deklaracija o splošnih človekovih pravicah, ki je odmevala tudi v poklicnih kodeksih. Med letoma 1963 in 1992 je veljal za etično načelo medicinskih sester Kodeks etike zdravstvenih delavcev Jugoslavije (Vuga 1996).

Splošna pravila o etičnem ravnanju medicinskih sester, ki so tudi podlaga za moralno presojanje njihovega ravnanja v vsakodnevem delu, so zapisana v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sprejela ga je Skupščina ZZBNS leta 2005. Kodeks je usklajen s Kodeksom etike ICN iz leta 2000 (ZZBNS 2005a). Vsebuje devet načel, ki se nanašajo na odnose med medicinsko sestro in:

- pacientom (načelo I do IV),
- sodelavci (načelo VII),
- družbo (načelo VIII) in
- poklicnimi organizacijami (načelo IX).

Kodeks je zelo napreden, je pa pomanjkljiv ker *ne opredeljuje varovanja zaupnosti podatkov o pacientih v dokumentaciji in informacijskih sistemih, ki jih IKT omogoča neposredno medicinski sestri*, ampak je ta dolžnost naložena zdravstvenemu zavodu.

Leta 2003 je ZZNS opredelila podobo medicinske sestre (ZZBNS 2005b). Od leta 2005 se za babice uporablja Mednarodni kodeks etike za babice Mednarodnega združenja babic (ICM) iz leta 1999 (ICM 2005).

Ocenjujemo, da je zaradi hitrega razvoja *biomedicinske tehnologije* in izsledkov raziskav ter informacij, ki jih tak pristop omogoča, nujno, da postane **bioetika sestavni del profesionalne etike medicinske sestre**.

Pri *bioetiki* gre za sistematično proučevanje moralnih dimenzij, vključujoč moralne poglede, odločitve, vedenje in delovanje v sklopu znanosti o življenju in zdravstveni skrbi. Uporablja različne metodologije v interdisciplinarnem okolju kot celostna znanost o uravnoveženem odnosu človeka in narave. Bioetika obsega življenje kot odgovornost za vzdrževanje življenja v celosti. Vzpon bioetike se je začel v poznih 60-ih in zgodnjih 70-ih letih prejšnjega stoletja in je

sovpadal s postmoderno v Evropi in Severni Ameriki. Najprej se je bioetika razvijala v okviru teologije (izhodišče je bog kot vir pojasnjevanja rojstva in življenja, bolezni in smrti), nato pa se je od nje postopoma ločila in sekularizirala.

Sodobni problemi bioetike so:

- kontracepcija in nove reproduktivne tehnologije (splav in vrednost človekovega embrija);
- napredek biomedicinskih tehnologij na področju vzdrževanja življenja je odprl vprašanje evtanazije, pravice do dostojanstvene smrti in pravice do kakovostnega življenja;
- uničevanje narave je vpeljalo ekološke teme;
- po 2. svetovni vojni se je na veliko razpravljalo o vprašanjih eksperimentiranja na ljudeh;
- japonska kultura spoštovanja staršev je vplivala na aktualizacijo vprašanj starejših oseb;
- travma Hirošime je povečala zanimanje za vprašanja vojne in miru;
- informirane privolitve (privolitev za sodelovanje v eksperimentih, privolitev pacienta v medicinskih postopkih in privolitev donatorja organov, tkiv ipd.);
- etične teorije življenja (svetost življenja, zdravo in dobro življenje);
- etična vprašanja odnosa do obolelih za AIDS – om;
- projekt človeškega genoma, ki se je začel leta 1990, in tehnologija, ki jo je razvil, omogočata osebno preventivno medicino; od začetka nalaga 3 do 5 % letnega proračuna za raziskave etičnih, pravnih in socialnih posledic spoznavanja genske informacije človeka;
- zdravniška profesionalna molčečnost (gre za informacije, ki bi bile škodljive za pacienta, če bi jih zdravnik ali medicinska sestra nepooblaščenno posredovali drugim osebam ali splošni javnosti z izjemo nalezljivih bolezni, odkrivanje katerih je v javnem interesu); razkrivanje profesionalne molčečnosti je kaznivo dejanje (Međunarodni simpozij 2. Lošinjski dani bioetike *Bioetika i nova epoha*, 16-18. 6. 2003).

V Izjavi ICN (ICN 2008a) *Genetika in zdravstvena nega* ugotavljajo, da genetika ponuja nove možnosti za odkrivanje, preprečevanje in zdravljenje bolezni in prinaša tudi nevarnosti. Uporabo genskih pristopov spremljajo *kompleksna etična, pravna in družbena vprašanja*. Izjavo zaključujejo s spoznanjem, da so *zdravstveni strokovnjaki pred izzivom – delovati morajo etično*. (*Prav tam*). Sprašujemo se, ali je ta izjava še ena od *zapovedi, da medicinske sestre morajo delovati etično*. Razmisliti velja, ali smo jim v študijskih programih ponudili dovolj možnosti, da npr. spoznajo in razmišljajo o projektu človeškega genoma, ki ga je omogočila sodobna tehnologija. Ali je vseživljenjsko učenje na področju zdravstvene nege nadomestilo te

manjkajoče vsebine? Ali ni bila (in še vedno je) bioetika izrinjena iz profesionalne etike medicinskih sester z obrazložitvijo, da je bioetika predmet medicinske obravnave?

Informatizacija zdravstvene nege in etične dileme. Z uvajanjem IKT v zdravstvo postaja zdravstvena nega učinkovitejša, hkrati pa nastaja vedno več možnosti za kršitve informacijske zasebnosti, kar poraja nekatere etične dileme. Etične dileme se pojavljajo glede zbiranja, dostopnosti, obdelave, prenosa, shranjevanja in uporabe osebnih podatkov pacientov/klientov in njihove pravice do informacijske zasebnosti, ki izhaja iz želje posameznika, da zadrži informacije o sebi, kadar noče, da bi bili z njimi seznanjeni drugi. Prvo definicijo zasebnosti so zapisali v ZDA, in sicer je bila določena kot pravica posameznika do tega, da ga pustijo pri miru (Bohinc in Gradišar 1999).

Da bi zmanjšali možnosti kršitve informacijske zasebnosti, je potrebno strogo *upoštevanje načel vnosa, iznosa, shranjevanja in obdelave osebnih podatkov v informacijskem sistemu* skladno z *etičnimi in pravnimi normami*. Če medicinska sestra vnaša podatke o klientu nenatančno in ne upošteva vseh podatkov, ali informacijski sistem ni dovolj varen, lahko pacient/klient utрпи moralno in materialno škodo (Bohinc in Gradišar 1999).

Informacijska etika prinaša iz dneva v dan vse več etičnih vprašanj (Pivec 2004), zato bi jo bilo potrebno vključiti v profesionalno etiko medicinske sestre.

ALI JE POKLIC MEDICINSKE SESTRE PROFESIONALIZIRAN ? – PRIMER ŠVEDSKE

Na svetu je približno 12 milijonov medicinskih sester, ki so ena najštevilčnejših in najbolj heterogenih, predvsem ženskih profesionalnih skupin.

Profesionalizacija poklica medicinske sestre je zelo različna in se giblje od najnižje do visoko razvitega poklica. Odvisno je, v katerih družbenih razmerah se ta poklic opravlja.

Za ponazoritev razvoja poklica v profesijo medicinske sestre smo izbrali Švedsko kot evropsko državo, s katero se lahko razvoj poklica medicinske sestre primerja tudi v Sloveniji (določen časovni zamik). V doktorski disertaciji bomo na osnovi številnih relevantnih virov in rezultatov raziskav to tudi predstavili.

Švedska profesija zdravstvene nege ima kot drugje v svetu globoke zgodovinske korenine (Sundin 2003). Pri prikazu profesionalizacije medicinskih sester na Švedskem je Sundin uporabil

kombinacijo metode analize področja (domain analysis (Hjørland 2002)) in teorije profesij. Prikazal je, kako so se uporabljale profesionalne informacije kot sredstvo za uresničitev profesionalnega projekta medicinskih sester in razvoja *na dokazih temelječe zdravstvene nege* (Evidence – Based Nursing) glede na boj poklicev (occupations), da dosežejo stopnjo polne profesije.

Po Witzevi (1992) sta v anglo-ameriški zgodovini zdravstvene nege dva diskurza, ki med seboj tekmujeta: *ženski* poudarja v zdravstveni negi žensko obrt (craft), drugi pa poudarja profesionalizem, formalno znanje in akademsko izobrazbo, ki naj bi bil tudi naš glavni diskurz.

Prvi diskurz prevladuje na področju znanja (knowledge domain) zdravstvene nege na Švedskem do 70-ih let. Norme in vrednote, ki jih izpostavlja ta pristop, je najboljšo označila Florence Nightingale že leta 1867:

To je razlog, zakaj si medicinske sestre izključno predstavljamo poleg pacientove postelje in v bolniški sobi ali oddelku. Nihče si je ne predstavlja na predavanju ali s knjigo, saj so to koristni pripomočki, seveda pod pogojem, da se uporabljajo; drugače, tisto, kar je v knjigi tudi v knjigi ostane (citirano po Nutting in Doch 1907, 261).

Izobraževanje medicinskih sester je postalo v svetu in na Švedskem bolj teoretično šele v 20. stoletju, vendar je zdravstvena nega dalj časa temeljila na drugih znanostih in medicini. Znanje v področju zdravstvene nege je bilo podrejeno medicini, medicinske sestre pa zdravnikom. Do odločne prekinitve s tem stanjem na Švedskem je prišlo z univerzitetno reformo leta 1977 in od tedaj je začel prevladovati v področju znanja diskurz profesionalizma. Izobraževanje na področju zdravstvene nege je od takrat moralo kot del univerzitetnega sistema temeljiti na znanstvenih osnovah raziskav s področja zdravstvene nege. Tako je bilo urejeno tudi v zakonodaji. Erlöv in Petersen (1999 v Sundin 2003) sta ideologijo iz teh časov označila kot holizem in sta mislila, da se zdravstvena nega še ni bistveno spremenila od časov Florence Nightingale. Namesto da bi uporabljala medicinsko znanje v izobraževanju, je profesija medicinskih sester vedno bolj spodbujala razvoj lastnega znanja na področju zdravstvene nege. Podobno strategijo razvoja profesije imamo tudi v anglo-ameriškem svetu (Rafferty 1996). Medicinske sestre so se začele izobraževati za eksperte zdravstvene nege namesto za pomoč zdravnikom. Reforma je bila izziv za hierarhijo znanja v zdravstvu z zdravnikom na vrhu piramide in konceptom, da bi bile druge poklicne skupine oskrbljene z nižjimi zdravstvenimi veščinami in sposobnostmi pri usposabljanju.

Leta 1974 je Švedski svet za medicinske raziskave imenoval interdisciplinarni odbor za spodbujanje raziskav na področju zdravstvene nege. Delo tega odbora se je končalo leta 1982 s pogosto citirano definicijo zdravstvene nege in raziskav na tem področju. Zdravstvena nega vključuje univerzalne in individualne človekove potrebe, uporablja lastne vire posameznega

pacienta za vzdrževanje (in okrevanje) optimalnega zdravja, hkrati pa zadovoljuje tudi zdravstveno nego v zadnjem obdobju življenja. Zdravstvena nega je tudi dodatek zdravstveni oskrbi (medical care), ki ima fizične, socialne in kulturne vidike. Raziskave zdravstvene nege proučujejo ta proces, razmere in okolje, v katerem je zdravstvena nega umeščena, sredstva in pripomočke, ki jih uporablja, rezultate zdravstvene nege z odnosi in medigrami med osebjem, pacientom in njihovimi sorodniki. Raziskave na področju zdravstvene nege vključujejo tudi raziskave, ki se dotikajo organizacije zdravstvenega varstva in izobraževanja na področju zdravstvene nege.

Eden izmed pogojev za razvoj zdravstvene nege kot znanstvenega področja je doktorat znanosti. Do sredine 70-ih let na Švedskem še ni bilo doktorskih programov za zdravstveno nego. Leta 1982 se je začelo doktorsko izobraževanje na Univerzi Umeå. Prvi redni profesorski položaj na tej univerzi je bil podeljen leta 1986, na univerzi v Linköpingu leta 1986, na univerzi v Uppsali leta 1987. Istega leta je bila ustanovljena Nordijska šola za javno zdravstvo.

Spremembe smeri znotraj tega profesionalnega področja znanja, ki jih je povzročila univerzitetna reforma iz leta 1977 in s tem v zvezi institucionalizacija raziskav v področju zdravstvene nege, so vplivale tudi na profesionalni informacijski sektor v področju zdravstvene nege.

Dostop do bolnišničnih knjižnic je bil za večino švedskih medicinskih sester važno vprašanje od 70-ih let 20. stoletja (do takrat je bil po pravilih bolnišničnih knjižnic dovoljen pristop samo zdravnikom).

V 70-ih in 80-ih letih je bilo narejenih nekaj evalvacij vlog švedskih bolnišničnih knjižnic. Evalvacije so pokazale, da v bolnišnicah obstajajo različne vrste knjižnic že dalj časa, vendar so najpogosteje bile rezervirane samo za zdravnike. Predstavniki profesije medicinskih sester so resno vzeli vprašanja o razvoju in uporabi knjižnic pri šolah zdravstvene nege in v bolnišnicah. V švedskih strokovnih revijah je bilo v obdobju od 80-ih do začetka 90-ih let objavljeno veliko člankov o knjižnicah pri šolah za zdravstveno nego, o njihovi vlogi v izobraževanju in iskanju strokovnih informacij z uporabo bibliografskih orodij. V poročilu Švedske federacije okrožnih svetov iz leta 1981 je bilo poudarjeno pomanjkanje zdravstvene literature na področju zdravstvene nege in slaba opremljenost šolskih knjižnic.

Dostop do profesionalnih informacij za medicinske sestre, tako študente kot zaposlene, je bil predpogoj za univerzitetno reformo, knjižnice za zdravstveno nego pa so bile del te informacijske strategije. Knjižnice kot institucionalni del formalne osnove znanja na področju zdravstvene nege so bile del profesionalnega projekta medicinske sestre. Najprej je bilo potrebno spremeniti odnos

medicinskih sester v praksi do sistema formalnih strokovnih informacij. Medicinske sestre niso bile navajene uporabljati literature po končanem šolanju. Za medicinske sestre tudi ni bilo običajno branje strokovnih revij med delovnim časom, na oddelkih pa skoraj ni bilo strokovne literature in revij. Za razliko od zdravnikov so medicinske sestre morale biti pri pacientih in tako niso mogle obiskovati bolnišnične knjižnice. Predstavniki poklicne skupine medicinskih sester so v informacijsko strategijo vgradili tudi odnos do strokovnih informacij in specialnih knjižnic.

Ob koncu 80-ih let so klinična vprašanja postala tudi ključna vprašanja za sindikate medicinskih sester. Klinični dodatek iz leta 1989 Sindikata zdravstvenega varstva je bil posvečen kliničnim člankom članov poklicne skupnosti medicinskih sester za posredovanje znanja, ki je potrebno ob vsakodnevnem delu. Na ta način je prišlo do premika dotedanje poklicne identitete in je bila izgrajena nova identiteta, ki so jo sprejele tudi medicinske sestre v praksi. Profesionalne informacije so postale močno sredstvo pri doseganju tega cilja.

Naslednja in še veljavna univerzitetna reforma na Švedskem se je začela leta 1993 in je predstavljala nov korak k *scientifikaciji* področja znanja. Izobraževanje medicinskih sester se je podaljšalo z dveh na tri leta. Zakonodaja in druga glavna besedila profesije medicinske sestre zahtevajo od študentov, da spremljajo in sodelujejo v ustvarjanju znanja, tako da iščejo in uporabljajo informacije. Nov izobraževalni sistem zdravstvene nege je omogočil pridobivanje naslova Bachelor of Nursing. Tako se je v 20. stoletju izobraževanje na področju zdravstvene nege premaknilo od prakse proti teoriji, od medicine in naravoslovnih ved proti zdravstveni negi in od poklicnega izobraževanja proti akademskemu. Akademizacijo izobraževanja medicinske sestre so predstavniki profesije zastavili kot predpogoj za profesionalizacijo in za višanje profesionalnega statusa v družbi. Zavedanje, da so strokovne informacije pomembne za člane poklicne skupine, je postalo zagotovilo za boljšo skrb za pacienta in hkrati del profesionalnega projekta medicinskih sester na Švedskem.

Ko je bila implementirana nova univerzitetna reforma, je Sindikat zdravstvenega varstva na novo določil odnos med sindikalnimi in poklicnimi vprašanji. Sindikalna vprašanja so obenem tudi poklicna vprašanja. Konec 90-ih let so zaznamovala prizadevanja za profesionalizacijo in preseganje omejene karijerne možnosti za člane sindikata in za prepoznavanje njihovih kompetenc kot profesionalnih.

Raziskave na področju zdravstvene nege in njihova uporaba v kliničnem delu in izobraževanju so pomembna za dvigovanje profesionalnega statusa in za boljše akademsko šolanje medicinskih

sester. Omogočajo pa tudi *discipliniranje* članov poklicne skupnosti, ker posredujejo nove norme in vrednote profesije.

Leta 1993 je izšel učbenik *Vprašaj literaturo* (Segesten in Segesten) za *starejše* medicinske sestre, vključene v tečaje za strokovni razvoj. Leta 1994 je izšel še učbenik *Uporablaj rezultate raziskav* (Segesten) za medicinske sestre v praksi. Eno poglavje se nanaša na iskanje pravih revij, člankov in poročil s področja odgovornosti in dejavnosti medicinskih sester – njihovega lastnega področja znanja in ne področja znanja zdravnikov. Oba učbenika izražata nova pričakovanja medicinskih sester, ki v praksi potrebujejo znanja o vlogi profesionalnih informacij (iz knjig in interneta).

V 90-ih letih se je pojavilo gibanje *na dokazih temelječa medicina* in tudi *na dokazih temelječa zdravstvena nega*, ki vključuje uporabo virov informacij na delovnem mestu in med delovnim časom. Izhodišče gibanja je, da obstaja prepad med rezultati raziskav in klinično prakso, ki ga je treba premostiti. Če medicinske sestre hočejo biti profesija, morajo biti na tekočem z rezultati raziskav in znanstvenim ter *tehnološkim napredkom na področju zdravstvene nege* (Olsson 2000 v Sundin 2003). Prvi korak je branje strokovnih in znanstvenih revij, spremeniti pa se mora tudi organizacija zdravstvenega varstva. Na dokazih temelječa zdravstvena nega izpostavlja potrebo po dostopu do knjižnic z online iskanjem vred in rabi virov informacij med delovnim časom, saj ni za pričakovati, da to počnejo v svojem prostem času. Najbolj pomembna pa je neposredna implementacije tako pridobljenega znanja v praksi na delovnem mestu (Long 2002).

Rezultat je bila preusmeritev z medicine na zdravstveno nego, za katero je značilen holističen vidik dela medicinskih sester nasproti bolj atomističnemu pristopu, ki je značilen za zdravnike.

1.14 TEHNOLOGIJA IN TEHNIKA

1.14.1 Oprelitev tehnologije in tehnike

Opredelili bomo pojme *tehnologija* in *tehnika*, *terminološko* ter *tehnologija* kot *znanost o tehniki*.

V več kot dveh stoletjih je termin *tehnologija* dobil več pomenov. Izvirno definicijo tehnologije je podal J. Beckmann, ki jo je leta 1777 definiral kot vseobsegajočo znanost o prepletenosti tehnike, gospodarstva in družbe (Rapohl 1979 v Čatić 1997). Gre za najsplošnejšo definicijo tehnologije oz. definicijo splošne tehnologije ali definicijo metatehnologije (nadtehnologije), ki omogoča naravno povezovanje tehnike z gospodarstvom in posebej z družbo. Terminološko je pogosto nejasno, kako pravilno prevajati starogrško besedo *τέχνη*. Tako npr. navaja Čatić (1997,

71–78), da je prevod istega teksta iz nemškega jezika bil preveden kot: *Tehnika je umetnost*, iz angleškega izvornika pa, *Tehnologija je umetnost*. Tehnika in tehnologija sta pojma, ki se pogosto uporabljata kot sinonima. Tehnika je spretnost in umetnost. Pri Grkih je beseda τέχνη pomenila umetnost in tudi obrt. Umetniki so bili tudi obrtniki in so stremeli k lepoti in kvaliteti, ko so praktičnim stvarjem dodajali umetniško dojetje in uporabno vrednost.

Skozi stoletja so ljudje izumili orodja, stroje, materiale in postopke, ki so jim olajšali delo. Odkrili so, kako krotiti vodo, veter, paro, elektriko in druge vrste energije, s čimer so povečevali storilnost.

Tehnika je oznaka za *spretnost* (v glavnem pridobljena z učenjem), ker gre za rutinsko izvajanje delovnih procesov katere koli vrste v proizvodnji in izven nje. Tako se npr. pogosto uporablja besedna zveza *tehnika igranja klavirja*. Druga pogosta uporaba termina tehnike je naziv za opremo za izvajanje delovnega procesa (instrumenti in pribor). Tretja uporaba termina *tehnika* je pogosta za *sredstva dela* v industrijskih ali obrtnih organizacijah (stroji, pribor, aparati, ipd.).

Pomen termina *tehnika* moramo razlikovati, kadar ga uporabljamo v vsakdanjem življenju in za strokovne ter znanstvene potrebe. Tako npr. v vsakdanjem življenju uporabljamo besedne zveze *tehnika igranja klavirja*, *gradbena* ali *vojna tehnika*. V znanstveni in strokovni rabi pa je potrebno natančno uporabljati pojme tehnika in tehnologija, kar pomeni, da jih je potrebno jasno razlikovati (Čatić 1997, 71–78).

Tehnologija je veda o uporabi in razvoju sredstev ter načinov v proizvodnih, storitvenih in drugih dejavnostih. Zajema tehnične postopke in naprave, tj. tehniko. V razširjenem pomenu so tehnologija tudi tehnični postopki in tehnika nasploh. Razvoj tehnologije in tehnike je soodvisen.

Tehnika je funkcionalna celota delovnih sredstev in metod za proizvodnjo in uporabo v različnih dejavnostih. V dodatnem pomenu je tehnika stroka, ki se s tem ukvarja. Uvajanje nove tehnike v novem veku je med drugim zajelo tudi medicino (predvsem kirurgijo). Po letu 1945 je v Sloveniji naglo napredovala medicinska tehnika. Od 70-ih let prejšnjega stoletja je zelo napredovalo uvajanje nove tehnike v klinično medicino in zdravstveno dejavnost (radiologija, kirurgija srca, ultrazvok, laser, mikrokirurgija, endoskopija, umetna oploditev). V 80-ih letih prejšnjega stoletja se je na vseh področjih začelo uveljavljati računalništvo, nastali so novi informacijski sistemi (Enciklopedija Slovenije 1999, 195–202).

Informatika je celota ved, strok in tehnologij, ki so namenjene sistematskemu obravnavanju podatkov in informacij. Uveljavlja se v najrazličnejših področjih (v javni upravi, vzgoji in izobraževanju, zdravstvu).

V ožjem pomenu se informatika največkrat povezuje z znanstveno-tehničnim informiranjem. V tem pomenu je informatika disciplina, ki raziskuje lastnosti in obnašanje znanstvenih informacij ter sredstva za doseganje njihove optimalne dostopnosti in uporabe; proučuje torej vse kar se nanaša na nastanek, zbiranje, urejanje in shranjevanje, iskanje, interpretacijo, prenos, pretvarjanje in uporabo informacij.

Informacijska tehnologija je skupno ime za vrsto področij in disciplin, ki predstavljajo tehnično osnovo za informatiko. Vključuje tehniško usmerjena področja in discipline (npr. mikroelektroniko), uporabna (avtomatizacija, robotika, programsko snovanje) in teoretična področja (umetna inteligenca, baze znanja, ekspertni sistemi).

Informacijski sistem je sistem, ki združuje informacijske storitve namenjene posebnim potrebam uporabnikov. V širšem pomenu so vsi ti sistemi, ki uporabniku ponujajo informacije (množična občila), v ožjem pomenu pa sistemi, ki shranjujejo podatke za poizvedbo in omogočajo neposredne poizvedbe uporabnikov (računalniški informacijski sistemi). Informacijski sistemi se razlikujejo glede na tematsko področje oz. vrsto storitev.

V Sloveniji deluje decentraliziran sistem znanstveno-tehničnega informiranja, njegovi nosilci so specializirani informacijski centri; tak center za biomedicino je pri Inštitutu za biomedicinsko informatiko Medicinske fakultete v Ljubljani (Enciklopedija Slovenije 1999, 148–149).

V Izjavi ICN (ICN 2008b) je *poudarjen pomen informatike v zdravstveni negi*, ki lahko praksi zdravstvene nege zagotovi vidnost v lokalnih, nacionalnih in mednarodnih podatkovnih nizih zdravstvenega varstva, poudarja vlogo informacij za sprejemanje odločitev in visokokakovostne prakse zdravstvene nege, za promoviranje raziskovanja, ki neposredno izboljšuje nego pacientov.

Odnos tehnologije in poklica – z vidika filozofije tehnologije. V naslovu doktorske disertacije Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre ni mišljen tehnološki determinizem, saj bi to bila vnaprejšnja nekritična trditev, temveč gre za preudarek o tem, (ali in če), kako vpliva tehnologija na razvoj poklica medicinske sestre.

Pri urejanju poklicev v Evropi ima država zelo pomembno vlogo za razliko od ZDA, kjer se poklici organizirajo sami brez vmešavanja države.

Prvi veliki mislec, ki je začel resno razmišljati o tehnologiji, je bil Karel Marx, eden izmed utemeljiteljev filozofije tehnologije (Scharff in Dusek 2003a). V Bedi filozofije je Marx zagovarjal tehnološki determinizem. Osnovo družbe opredeljujejo tehnološke sile in družbena moč odnosov v proizvodnji, predvsem odnosi med delodajalcem in delojemalcem. V Nemški ideologiji pa sta Marx in Engels opustila tehnološki determinizem, ki so si ga potem prilastili anarhisti. Vendar pa sta Marx in Engels bila na splošno prepričana, *da je človek bitje orodja oz. tehnologije, ki spreminja ali uničuje okolje s temi orodji oz. tehnologijami*, saj je to njegova narava. Takšno stališče najdemo tudi pri kritikih darvinizma (Butler v Šercar in Brbre 2007) in pri Karlu Popperju (Popper v Šercar in Brbre 2007).

Humanistični marksisti (Habermas, Mumford, Arendt) so prepričani, da je tehnološki determinizem ideologija kapitalistov in tehnokratov oz. proizvod tehnokratske kapitalistične ideologije.

Za razumevanje vpliva tehnologije na razvoj poklica medicinske sestre je bistvenega pomena ločiti tehnološko delitev dela od družbene delitve dela.

V primeru *tehnološke delitve dela* gre za vprašanje, *kako tehnologija opredeljuje vloge/funkcije delovnega mesta* (Scharff in Dusek 2003b).

V primeru *družbene delitve dela* pa gre za vprašanje, *kako interes in želje lastnikov in menedžerjev kot neposrednih delodajalcev po nadzorovanju delavcev in uslužbencev opredeljujejo vloge/funkcije delovnega mesta in uporabo tehnologije* (Scharff in Dusek 2003b).

1.14.2 Tipi tehnologij v zdravstvu

Tipi tehnologij v zdravstvu so:

- biomedicinska tehnologija,
- informacijska tehnologija,
- tehnologija znanja.

Biomedicinska tehnologija se v zdravstveni negi uporablja za:

- fiziološki monitoring,
- diagnostične preiskave,
- sisteme za kontrolo dajanja zdravil,
- terapijo (Curran 2003, 196–197).

Sistemi za fiziološki monitoring merijo srčni utrip, krvni pritisk in druge vitalne znake pacienta, spremljajo pa tudi aritmije in beležijo pritiske (venske, pulmonalne in kontrolirajo kisik in ogljikov dioksid v krvi). Monitorji za stalno spremljanje aritmije in elektrokardiogrami (EKG) se uporabljajo za vizualno prikazovanje električne aktivnosti srca. Obstajata dve vrsti sistemov za aritmijo, in sicer sistemi za odkrivanje in sistemi za interpretacijo.

V sistemu za odkrivanje so kriteriji za normalni in nenormalni srčni ritem; računalniško podprti spremljajo tudi ritem, hitrost in delovanje srčnega spodbujevalnika.

Sistemi za monitoring se lahko uporabljajo tudi v diagnostiki. Sistemi za diagnostične preiskave vključujejo analizatorje plinov v krvi, sisteme za pulmonalne funkcije in monitorje za intrakranialni pritisk.

Sistemi za kontrolo dajanja zdravil se pogosto uporabljajo z infuziomati, ki upravljajo z zdravili. Oprema je lahko programirana za dajanje zdravil na predpisan način (za regulacijo hormonov, visokega pritiska, za kronične neznosne bolečine, sladkorno bolezen, trombozo in kemoterapijo).

Terapevtski sistemi se uporabljajo za uravnavanje vnosa in iznosa, uravnavanje dihanja in kot pomoč pri negi novorojenčkov. Sistemi za vnos in iznos so povezani na infuziomate, ki kontrolirajo arterijski pritisk, medikamentozne terapije in glukoze. Sistemi izračunavajo in uravnavajo stopnjo kapljanja.

Ventilatorji se uporabljajo za prenos predpisanega odstotka kisika in količine zraka v bolnikova pljuča in zagotavljajo zastavljeno stopnjo pretoka, čas med vdihom in izdihom ter različne druge kompleksne funkcije.

V zdravstveni negi novorojenčkov spremljajo računalniki srčni utrip in dihanje, uravnavajo temperaturo in z alarmom opozarjajo medicinske sestre na fiziološke parametre. Novi sistemi se uporabljajo za spremljanje aktivnosti zarodka. Sistemi spremljajo EKG matere in zarodka, srčni utrip, krvni pritisk in dihanje matere.

Biomedicinska tehnologija vključuje tudi *uporabo vsadkov*, kot so avtomatski defibrilatorji, umetni vsadki, genska terapija in uporaba robotov pri invalidnih ljudeh.

Medicinske sestre na vodilnih delovnih mestih (menedžerji) se morajo zavedati vloge teh tehnologij pri zagotavljanju zdravstvene nege in pri strateškem načrtovanju v zavodih, kjer so zaposlene. Imeti morajo vizijo za prihodnost in poznati rešitve, ki bodo pomagale medicinskim sestram na drugih področjih in v drugih okoljih.

Za medicinske sestre na vodstvenih delovnih mestih je pomembno, da poznajo najnovejšo tehnologijo za spremljanje fiziološkega statusa bolnikov, diagnostično preverjanje, dajanje zdravil in zdravljenje oz. terapevtski postopek.

Pridobivanje znanj s področja biomedicinske tehnologije terja tudi pospešen razvoj visoko usposobljenih medicinskih sester – *specialistov biomedicinske tehnologije*.

Informacijska tehnologija ima dva obraza. Klasična strojna tehnologija za avtomatizacijo človekovega dela je močna, hitra, natančna in repetitivna, vendar je *nema*. Informacijska tehnologija za avtomatizacijo človekovega dela na področju informacijskih transakcij pa *ni nema*, čeprav gre za najbolj enostavno uporabo (Šercar in drugi 1999). Rezultat dela strojne tehnologije je le ciljni proizvod. Informacijska tehnologija potrebuje poleg električnega napajanja tudi informacije kot input; proizvaja dve vrsti informacij: ciljni informacijski proizvod in celo vrsto dodatnih informacij o svojih lastnih aktivnostih, ki jih opravlja pri izdelavi ciljnega informacijskega proizvoda, pa tudi o proizvodnih in administrativnih procesih, ki so v ozadju in pomagajo organizacijam, da opravljajo svoje delo. Dodatne informacije so za nekatere nezaželene posledice avtomatizacije delovnih procesov, zato si prizadevajo, da bi preprečili te informacijske procese. Bistvo revolucionarne uporabe informacijske tehnologije je, da imamo na začetku procesa avtomatizacije pred očmi tudi funkcijo informiranja kot enega od glavnih ciljev avtomatizacije. Informacijska tehnologija je najbolj transparentna in produktivna. Ni nevtralna, ker ima lastno notranjo strukturo, ki se je moramo zavedati tudi pri znanstvenem publiciranju in komuniciranju. Informacijska tehnologija ima poleg sposobnosti avtomatiziranja (*automate, automating*) tudi sposobnost informiranja (*informate, informing*). Količina dodatnih informacij povzroča dinamiko, ki nujno preoblikuje naravo dela in socialne odnose, ki organizirajo proizvodno aktivnost. Upiranje tem spremembam, ki jih implicira uporaba informacijske tehnologije, je tudi naravni pojav. To rezistenco označujemo kot njihovo inertnost in konzervativizem (Šercar in drugi 1999).

Obvladovanje informacij in sodobne tehnologije v zdravstveni negi. Z uporabo informacij in informacijske tehnologije postaja zdravstvena nega bolj učinkovita in uspešna. Bodoči študij zdravstvene nege, informacijske znanosti, na dokazih zasnovana praksa, informacijska kompetentnost, različni tipi informacijske tehnologije, standardizirana terminologija zdravstvene nege itd. spreminjajo zdravstveno nego. Medicinske sestre morajo graditi svoje znanje za prakso na osnovi primerjalnih analiz in ne zgolj s primerjanjem podatkov o bolnikih s prej pridobljenimi podatki o teh bolnikih. Pomembno je, da analizirajo podatke o istih diagnozah. Informacijska orodja in spretnosti omogočajo natančnost pri odločitvah o procesih, danes in v prihodnosti.

Živimo v tehnološkem okolju, informacijska tehnologija podpira vse dejavnosti družbe, tako je tudi zdravstvena nega postala intenziven informacijski posel. Uporaba informacij in podpora, ki

jo nudi informacijska tehnologija, določata tudi njene uporabnike. Medicinske sestre potrebujejo podporo informacijske tehnologije na vseh področjih zdravstvene nege, in sicer tako pri kliničnih podatkih, prevajanju kliničnih podatkov v informacije ipd. Z uporabo računalnikov so tudi v zdravstveni negi postale dejavnosti shranjevanja, organiziranja, iskanja in izmenjave elektronskih podatkov točne in hitre.

V zadnjih letih je EU ustanovila ***TeleInViVo – 3D Ultrasound Telemedicine Workstation***. Namen projekta je mednarodno medicinsko sodelovanje in vzajemna izmenjava specialnih podatkov in ekspertiz, omogoča pa telediagnostiko in telekonsultacije. Projekt temelji na načelu, da je lažje in hitreje *transportirati* zdravstvene informacije kot ljudi in na uporabi sodobne telekomunikacijske računalniške opreme (sleherna telemedicinska postaja je vezana na 3D ultrazvočne naprave in PC-je). Močne on-line povezave omogočajo, da ima več zdravnikov na zaslonih svojih računalnikov hkrati isto sliko (EU – TeleInVivo – 3D Ultrasound Telemedical Workstation 2001).

Konec leta 2005 je MZ RS objavilo ***Strategijo informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema za obdobje do 2010***. Izpostavljene so tri strateške komponente razvoja: enotna informacijska infrastruktura, enotni zdravstveni portal, vpeljava elektronskega zdravstvenega zapisa. Za izvedbo bodo ustanovljeni nacionalni svet za informatiko v zdravstvu in odbor za standarde v zdravstveni informatiki ob podpori projektne enote za center informatike v zdravstvu. (Kodele in drugi 2005).

Slovenija je bila ena prvih evropskih držav, ki je uvedla nacionalni sistem ***Kartice zdravstvenega zavarovanja – KZZ*** (leta 2000), leta 2008 pa je izvedla prenovo kartičnega sistema s postopno uvedbo on-line dostopa do podatkov.

Prenova sistema KZZ spreminja način uporabe kartice za vse udeležence: zavarovance, izvajalce zdravstvenih storitev in za zdravstvene zavarovalnice. Za zavarovance bo sistem bolj prijazen in dostopen, uresničevanje pravic bo enostavnejše, kar je izjemno pomembno za starejšo slabše mobilno populacijo in zavarovance v oddaljenih krajih. *Nove informacijske možnosti* (vpogled v lastne podatke, shranjene v različnih podatkovnih zbirkah) bodo *okrepile aktivno vlogo zavarovancev v skrbi za lastno zdravje*. Izvajalci zdravstvenih storitev bodo hitreje dostopali do razširjenega obsega bolnikovih podatkov, omogočen bo razvoj novih informacijskih rešitev v zdravstvu. Zdravstvene zavarovalnice bodo hitreje pridobivale enotne podatke o opravljenih storitvah in neposredno preverjale podatke o zavarovanju posamezne zavarovane osebe ter pravice izvajalcev (Sajovic in Sušelj 2008, 131–135).

Informatizacija zdravstva prinaša *nove načine dela* in *nove storitve* (e-storitve), ki zahtevajo *nova znanja* (digitalna pismenost), *nove spretnosti* (reskilling) in *e-kompetence* (interdisciplinarnost, reševanje problemov, tehnične sposobnosti) za vse uporabnike IKT tehnologije.

V okviru slovenskega predsedovanja Svetu EU je MZ RS v sodelovanju z Evropsko komisijo organiziralo 8. konferenco ***E-Zdravje brez meja***, v mesecu maju 2008, potrdili so Portoroško deklaracijo, ki je podlaga za nadaljnje delo držav članic EU na področju e-zdravja in povečanje kakovosti zdravstvenega in socialnega varstva za več kot 500 milijonov Evropejcev. Države članice EU in Evropska komisija so v deklaraciji potrdile razvoj naprednih informacijskih storitev na področju zdravstvenega in socialnega varstva. Z IKT podprte zdravstvene storitve spreminjajo vlogo bolnikov pri vključevanju in sodelovanju v zdravljenju, prav tako pa tudi vlogo in delo izvajalcev zdravstvenih storitev. Strokovnjaki iz 38 držav so se zavzeli za uporabo inovativne IKT v zdravstvu (internet, mobilni telefoni, TV, telemedicina ...). Slovenski strokovnjaki so predstavili glavne dosežke s področja e-zdravja: pilotna projekta spremljanje in zdravljenje kronične bolezni pljuč, projekt e-depresija, projekt e-rojstvo in telemedicina (MZ RS 2008).

Ob informatizaciji slovenskega zdravstva bo potrebno razmišljati tudi o zagotovitvi pogojev uporabnikom zdravstvenih storitev za aktivno vključevanje v sistem e-zdravja, kot so *usposabljanje* za uporabo e-informacij in *finančno dostopna IKT*.

Sestavni del globalne informacijske infrastrukture, ki informira prakso in politiko zdravstvenega varstva in tako izboljšuje nego pacientov po celem svetu, je ***Mednarodna klasifikacija za prakso zdravstvene nege*** – ICNP (ICNP 2006). Je kot, že zapisano, eden glavnih programov ICN za razvoj sistema poenotene jezika zdravstvene nege in konsistentno z drugimi disciplinami v zdravstvu razvija terminologijo zdravstvene nege skladno z mednarodnimi standardi.

V zadnjem desetletju so se v državah EU uveljavile številne storitve s področja ***e-zdravljenja*** (elektronski posveti med zdravstvenim osebjem in uporabniki zdravstvenih storitev). Nadaljnji razvoj in širitev možnosti za e-zdravje je ena od prioritarnih nalog EU v naslednjih letih. To je tudi razlog, da se zakonodaja EU stalno razvija in sledi tehnološkemu napredku (Iljaž in Hudomalj 2007).

Tehnologija znanja. Tehnologije znanja so predvsem *baze znanja* in *ekspertni sistemi*, ki so računalniško podprti in namenjeni upravljanju uporabe znanja in reševanju konkretnih problemov, njihov razvoj pa se je začel prav v medicini.

Strukturirana terminologija v zdravstveni negi. Za postavitev enotnih standardov za zbiranje primerljivih podatkov o pacientu je bil določen minimalni zbir podatkov zdravstvene nege (*MZPZN*). Gre za zbiranje osnovnih podatkov, da lahko primerjamo paciente, institucije oz. države v mnogih kombinacijah v različnem časovnem obdobju.

MZPZN temelji na konceptu enotnega minimalnega zbira zdravstvenih podatkov (*EMZZP*) in se razvija za dolgotrajno nego, pri odpustu iz bolnišnice in pri ambulantni zdravstveni negi.

MZPZN, ki je prvi poskus standardizacije zbiranja podatkov o zdravstveni negi, sta razvila Werley in Lang (1988 v Curran 2003, 196–197).

Izjemno zavzemanje zavarovalnic za računalniško upravljanje in vodenje podatkov v zdravstveni negi kaže, da gre za omejevanje stroškov pri vsaki diagnozi. V bolnišnicah je za zavarovalnico pomembno število ležalnih dni, ki jih lahko omejujejo odvisno od diagnoze.

Pametna kartica: klasifikacija pacienta s povezavo z zavarovalnimi načrti; informacije o nujni negi, tekoči podatki o plačniku nege, vključno z zdravili; vsote prejšnjih plačnikov; zapis o lokacijah in elektronskih naslovih za zapise o pacientih (Curran 2003, 206).

Pametne kartice (smart-card) so podobne kreditnim karticam in omogočajo shranjevanje omejenega števila strani podatkov na računalniškem čipu. Uvedba računalniško podprtih zdravstvenih informacijskih sistemov bo omogočila razvoj računalniških omrežij za shranjevanje podatkov preko lokalnih in nacionalnih mej. Pametna kartica predstavlja povezavo med kliničnim terminalom in centralnim zbirališčem in omogoča dostop do podatkov o pacientu na hiter in poceni način na samem mestu storitve, ker jo ima pacient s seboj. Gre za pomoč pri koordiniranju zdravstvene nege, kvalitetnih odločitvah, zmanjšalo bo tveganja, porabo in podvajanje storitev (naprav). Z elektronsko pametno kartico bodo uporabniki zdravstvenih storitev, izvajalci in podatki združeni v poljubni kombinaciji kjer koli.

1.14.3 Vpliv biomedicinske in informacijske tehnologije ter tehnologije znanja na spreminjanje dela in profesionalizacijo poklica medicinske sestre

Clarke in drugi (2004, 442–448) obravnavajo prehod iz medikalizacije v biomedikalizacijo družbe, ki se je pričel leta 1985. Pri tem je najpomembnejše naraščanje *tehnostvenega vidika prakse in inovacij v biomedicini*. Opisujejo tri glavna področja, ki se prekrivajo:

- uporaba računalnikov in elektronskih baz podatkov,
- molekularna biologija in genetika,
- projektiranje, razvoj in distribucija biomedicinske tehnologije.

Izmed teh dejavnikov je najpomembnejši vpliv uporabe računalnikov in elektronskih baz podatkov, in sicer od bolnišnične nege do kliničnih procesov. Računalniško so obdelani prav vsi medicinski podatki po standardnih formatih. Podatki o pacientih niso več na papirju in so elektronsko dostopni preko spletnih naslovov zdravstvenih in medicinskih organizacij, lekarn itd. (za različne namene, vključno z njihovim prevzemanjem). Informatizacija pospešuje širjenje vpliva zdravniške profesije in oblikuje infrastrukturo za večjo povezanost med javnim in zasebnim zdravstvom. Tehnologije za odločanje so odvisne od elektronskih baz podatkov. Računalniške tehnologije pospešujejo produkcijo biomedicinskega znanja.

Posledice biomedikalizacije so *devolucija zdravstvene nege/rutinizacija* ter *znižanje storitev na minimalno raven* in prehod na *izvenbolnišnično zdravstveno nego* (storitve za nehospitalizirane paciente/kliente, zdravstvena nega na domu oz. patronažna zdravstvena nega). Sodobne biomedicinske znanosti, ki jih je omogočil razvoj računalništva, sta preoblikovali predvsem molekularna biologija in genetika. Prav tako so na razvoj medicinske tehnologije vplivale *digitalizacija* in *miniaturizacija* ter kombinacije z drugimi inovacijami, na podlagi katerih so nastale povsem nove vrste tehnologije.

Uporaba teh tehnologij je popolnoma spremenila biomedicinske posege in postopke v zdravstvu. Na spremembe dela, poleg računalniške obdelave podatkov o pacientu, vključno z genomskimi in fiziološkimi podatki, vplivajo tudi vizualne diagnostične tehnologije, ki so omogočile telemedicino. Internet in drugi sodobni mediji so popolnoma preoblikovali podatke, njihovo distribucijo in ustvarjanje znanja glede na uporabo sistemov znanja, vključno z alternativno medicino in združenji bolnikov z isto boleznijo.

Vpliv opisanih sprememb na demokratizacijo ustvarjanja in dostop do medicinskega in zdravstvenega znanja, še ni raziskan. Težko je namreč ugotoviti, ali so informacije na internetu ustvarili eksperti v zdravstvu ali kdo drug. Uporaba sistema znanja spreminja zagotavljanje zdravstvene nege in tudi delovanje organizacij v zdravstvu.

Biomedikalizacija kot proces preoblikuje tudi telo in identiteto pacientov (preoblikovanje celega obraza po želji pacienta; spremenilo se je stališče, kaj pomeni biti zdrav; s pomočjo sodobnih tehnik lahko istega pacienta razglasimo za zdravega oz. bolnega; omogoča načine interakcij, kot je telemedicina). Biomedikalizacija je značilna za zahod, vendar ne izključno. Glavni dejavnik biomedikalizacije je razvoj računalniško podprte biomedicinske tehnologije, ki zavira razvoj

poklica medicinske sestre, saj prevzema naloge izven področja zdravstvene nege, na katerem ne more doseči avtonomije.

Tehnologije znanja se sestojijo iz sistemov, ki generirajo ali obdelujejo znanje in baze znanja. Vključujejo tudi ekspertne sisteme, tj. računalniške programe, ki podpirajo induktivni in deduktivni miselni proces eksperta. Programi obdelujejo znanje za na znanju temelječe odločanje in aplikacije, ki kontrolirajo uporabo znanja (Clarke in drugi 2004, 442–448). Baze znanja vsebujejo znanje (pravila, hevrstika), ki ga lahko uporabi medicinska sestra ekspert za reševanje konkretnega problema. Stroji za logično zaključevanje upravljajo uporabo znanja, tako da zagotavljajo ustrezno logiko. Ena od koristi računalniško podprtih ekspertnih sistemov je, da medicinskim sestram, ki delajo izven svojega področja, pomagajo in jih usmerjajo pri delu. Ekspertni sistemi pridobivajo podatke neposredno iz dokumentacije nege pacienta in vsebujejo mnenja področnih ekspertov, na katere se nanaša ekspertni sistem. Računalnik nikoli ne pozabi, kdaj pacient potrebuje zdravilo proti bolečini in učinkovitost zadnjega postopka. Ekspertni sistem, ki je povezan z nekim informacijskim sistemom, zelo povečuje in izboljšuje kakovost zdravstvene nege. Vodilne medicinske sestre (menedžerji) morajo biti seznanjene s koristnostjo ekspertnih sistemov za zdravstveno nego. Razvoj logik, ki se uporabljajo v bazah znanja, izboljšuje nego bolnika. Za zdravstveno nego je danes najpomembnejša uporaba interneta, svetovnega spleta in elektronske pošte, in sicer za zdravstveno izobraževanje in informiranje.

Tehnologija povezuje ljudi in informacije na hitro spreminjajočem se področju zdravstvene nege, s tem pa nastaja potreba po novih kompetencah medicinskih sester in uporabnikov.

V članku Medicinske tehnologije v praksi (Timmermans in Berg 2003, 97–114) avtorja kritizirata tehnološki determinizem in kritiko ekonomskega determinizma Karla Marxa.

Determinizmi so enodimenzionalni modeli, ki kompleksne pojave pojasnjujejo zgolj in samo z eno vrsto vzrokov. S stališča *tehnološkega determinizma* se odnosi v družbi spreminjajo predvsem pod vplivom tehnološkega razvoja; ker deluje kot *zakon narave*, ki naj bi tudi samodejno reševal vse druge gospodarske, kulturne in politične probleme. Na družbene pojave vplivajo številni med seboj odvisni dejavniki, zato ni enostavno ugotoviti, kateri izmed njih predstavlja močnejšo socialno silo (problemi družbenih ved so zelo zapleteni). S tehnološkim razvojem upravljajo tehnologi in tehnokrati ter dobička želni kapitalisti, in sicer tako, da tehnološki razvoj po potrebi zavirajo, dokler ne ocenijo, da bo tehnološka sprememba njim v prid; šele takrat se trudijo, da razvoj čim bolj pospešijo. Tehnološki napredek nekatere probleme rešuje, druge pa povzroča. Ena izmed lastnosti informacijske tehnologije je, da je njena *uporaba ireverzibilna* – informatiziranega delovnega procesa ne moremo več vrniti v prejšnje stanje (Šercar 2001).

Za *tehnološki determinizem* se zavzemajo tehokrati, poklicne skupine tehnoloških delavcev, informacijski in računalniški znanstveniki, kapitalisti v informacijski industriji in njihovi ideologi. Mislijo, da je dovolj, če razvijemo in uporabljamo stroj, ki zna sam reševati probleme. Tehnologija za njih nima slabih strani.

Tehnološki determinizem izhaja iz Marxovega materializma, po katerem so sredstva za proizvodnjo oz. tehnologije *skrajni vzroki*, ki oblikujejo družbeno gospodarske formacije in družbene odnose med ljudmi in profesijami v skupni zgodovinski praksi.

Vsi determinizmi so enostranski. Objava karikatur preroka Mohameda in napetosti med državami, ki se versko razlikujejo, nazorno nakazujejo, kakšna je moč nematerialnih dejavnikov v družbi in zgodovini.

Prav tak ekstremen je *socialni eksistencializem*, po katerem tehnologije funkcionirajo kot socialni katalizatorji. Tehnologije so sredstva, ki generirajo interakcije in družbena videnja, vendar ne učinkujejo in ne vplivajo na njih same. Usmeritev vodi v bolj pavšalno definicijo medicinske tehnologije, saj se sociologi te orientacije ukvarjajo z uporabo različnih tehnoloških naprav, ki vplivajo na nego bolnika, ne pa s samimi tehnologijami. Osredotočeni so na to, kako različne tehnologije vplivajo na počutje pacientov, njihovo ranljivost in avtonomijo, skratka na družbeni vpliv tehnologij na pacientove nezmožnosti.

Tradicionalna medicinska sociologija precenjuje moč tehnologije v spremembi družbe ali podcenjuje vlogo medicinske tehnologije, ki jo opazuje zgolj kot sredstvo, ki ga je potrebno umestiti v družbo. Tehnologijo opazujejo kot enega izmed številnih dejavnikov v spreminjanju oblik socialnih in tehničnih elementov. Proučujejo tehnologijo v praksi, ki vodi k širši definiciji tehnologij in vključuje celo vrsto (od najbolj preprostih do visoko sofisticiranih) tehnologij, zdravila in celo menedžerske pripomočke, kot so zapisi o pacientih. V tem pristopu je težko izdvojiti neko tehnologijo kot izolirano napravo, saj so tehnologije vgrajene v odnose z drugimi sredstvi, praksami, skupinami, strokovnjaki in pacienti ter izvzeti njihovo mesto v med seboj povezanih najrazličnejših tehnologijah, ki omogočajo vsako obravnavo ali kakršni koli drug poseg v zdravstveni negi.

Glavni cilj študij *tehnologije v praksi* je, kako ocenjevati, kaj tehnologije počnejo, kaj negujejo in kaj zdravijo. Za ta pristop je pomembno, kako se tehnologije preoblikujejo v tehnološki praksi.

Heath in sodelavci (2003, 75–96) se ukvarjajo z vprašanji *dehumanizacije emocionalnega dela*, profesionalne prakse in *identitete ter socialnih interakcij in institucionalnih sprememb*. Posebej se ukvarjajo s tehnologijo in profesionalno prakso v zdravstvu.

Tehnologija sama po sebi ne more spreminjati človeške prakse. Računalniški sistemi lahko pri tem samo pomagajo. Vsak poskus spremembe s pomočjo uvajanja sistema je obsojen na neuspeh. Gre za napako tehokratov, ki mislijo, da se bo svet preoblikoval, če uvedemo neko novo komunikacijsko napravo.

Ena izmed najpomembnejših razvojnih sprememb v zadnjih 25 letih je pojav in široka uporaba IKT. *Digitalna revolucija* je preoblikovala naše vsakdanje življenje in zagotovo nenehno vpliva na naše delo. IKT je preoblikovala npr. medicinske zapise in podatke o institucijah, diagnoze in kategorije diagnoz, dostop do zdravstvene nege in tudi svetovalne storitve. IKT močno vpliva na račune in plačevanje računov, na organizacijo materialnih in človeških virov, na profesionalno prakso in odnose med profesijami.

Po Matchau (2000, 328–330) je medicinska tehnologija skozi stoletja oblikovala smer in vpliv medicine. Vpliv tehnologije je odvisen od kulture in konkretnega časa, pri uporabi tehnologije pa se pojavljajo pomembne *medkulturne razlike*. Magnetno resonanco so po uvedbi npr. uporabljali 8-krat več v ZDA kot v Kanadi (*moda in profit*). Oblikuje se prepričanje, da je neka tehnologija boljša kot druga in tako postane del sistema vrednot v družbi.

Tehnologija vpliva na zdravstveno nego pacienta v bolnišnici in na nego na domu. Dostopnost tehnologije vpliva na potrebe pacientov po storitvah, ki jih ta tehnologija omogoča. Posledice tehnologije sodijo med številne dejavnike, ki delujejo navzkrižno s kulturo (Matcha 2000, 328–330):

- naraščanje stroškov za uporabo tehnologije, ker je ta kapitalsko intenzivna;
- zaradi učinkovitosti vpliva tehnologija na vedno večjo uporabo, ne glede na visoko ceno;
- vedno bolj neenakomerna razporeditev zdravnikov, saj je lokacija tehnologije prilagojena njihovi specializaciji;
- obseg tehnologije je odvisen od odločanja vodstva, ki dovoljuje njeno uvajanje;
- tehnologija lahko ustvarja občutek alienacije, saj *depersonalizira* izvajalce.

Razen cene in učinkovitosti je tehnologija vprašljiva tudi znotraj širšega gospodarskega sistema. Z marksističnega zornega kota zasebni sektor, ki je lastnik industrije, ne bi smel imeti dobička od prihodkov od medicinske tehnologije. Država bi morala kontrolirati industrijo, da bi zagotovila javni dostop do koristi od tehnologije.

Danes vpliva na dostopnost medicinske tehnologije predvsem sposobnost plačevanja storitev, ki jih tehnologija zagotavlja in na ta način *ekonomski determinizem* pogloblja neenakost v zdravstvu. Npr. transplantati organov so za revne težje dosegljivi kot za bogate. Poleg osnovne cene transplantata so zelo pomembni tudi dodatni stroški transporta in priprave. Vprašanje o tem, kdo je lahko deležen drage medicinske skrbi oz. zdravstvene nege je, manj pomembno kot to, kdo o tem odloča.

Naraščajoča cena medicinske tehnologije in korporativna organiziranost bolnišnic ne prispevata k demokratizaciji uporabnega medicinskega znanja in veščin. Bolnišnice se razvijajo kot središča za visoko tehnološko obravnavo, ki zdravi bolezni, manj pa kot institucije, ki zdravijo človeška bitja z medicinskimi problemi.

Vloga bolnišnic je najpomembnejša za razumevanje interakcij med odnosi vlog in strukturiranimi značilnostmi medicinskega sistema.

1.14.4 Zahteva po transparentnosti tehnologije za poklic medicinske sestre

Za uspešno opravljanje profesionalnega dela si morajo medicinske sestre pridobiti nove kompetence tudi za uporabo sodobne tehnologije, ki je sestavni del njihovega dela.

Opažamo, da rokovanje z IKT, ki podpira administrativni del zdravstvenih storitev (vodenje evidenc, nabava materiala, statistika, poročila, podatki za zavarovalnice ipd.), ne predstavlja *prestižnega dela v zdravstvu*, zato ga zdravniki prepuščajo medicinskim sestram, pa tudi drugim delavcem v zdravstvu (administratorkam, statistikom, računovodjem).

Boja med poklici za tovrstno delo ni zaznati, saj prevladuje prepričanje, da je to *postransko* in *zamudno* delo, ki zdravnikom jemlje preveč časa, ki bi ga lahko namenili za profesionalno delo s pacienti. Vendar pa IKT, ki podpira npr. biomedicinsko tehnologijo, predstavlja tako za zdravnike kot za medicinske sestre *prestižni del nudenja storitev v očeh posameznih profesij, pa tudi pacientov* (moška vloga in moda tehnologije), zato tukaj nastopi *prerivanje za delo*. Tako postaja center dogovarjanja tehnologija sama, medtem ko celoten proces kontrolirajo le maloštevilni.

Pomik k tehnologiji kot subjektu zdravstvene prakse spreminja tudi odnose med zdravniki in medicinskimi sestrami (Orešković 1990). Obe profesionalni skupini sta v statusu odvisnosti od tehnoloških naprav, ki ne izvajajo le dela, temveč tudi vodijo procese. Tako se obe profesionalni skupini znajdeti v *položaju kot priključek aparatu*.

Zato je pomembno, da postane *tehnologija transparentna/nevidna, za strokovnjaka*, ki jo uporablja. Znan je primer kladiva M. Heideggerja (1997). *Pozornost tistega, ki uporablja kladivo*

ni usmerjena na kladivo, temveč na namen, ki se dosega z uporabo kladiva. Tako postaja tehnologija funkcionalno pozabljena. Čim večja je stopnja transparentnosti oz. nevidnosti, prosojnosti tehnologije, tem bolj je tehnologija izvrstna.

Vendar se profesiji zdravnika in medicinske sestre, v odnosu do zahteve transparentnosti tehnologije razlikujeta. Tako je npr. računalniško podprta biomedicinska tehnologija transparentna za zdravnika (zdravnik ima tudi biomedicinska znanja za razvoj in evalvacijo teh tehnologij, npr. sodelovanje pri ustvarjanju protez, defibrilatorjev), medtem pa za medicinsko sestro transparentnosti ni, saj mora glede na delitev dela prevzemati *rutinska dela uporabe, vzdrževanja in skrb za njeno brezhibno delovanje* (medicinska sestra ima znanja za uporabo in ravnanje z biomedicinsko tehnologijo).

Ti procesi vodijo medicinsko sestro v nove vrste odvisnosti. Gre za *odvisnost od zdravnika*, ki odloča o uporabi vrste tehnologije, od *tehnologa*, ki tehnologije ustvarja, razvija teorije in jih tudi evalvira, od *menedžmenta*, ki odloča o nabavi vrste tehnologije, in od *zavarovalnice*, ki omejuje storitve na minimum in jih tudi kontrolira (kar vodi v devolucijo zdravstvene nege).

Za medicinsko sestro je pomembno, da čim prej pridobi kompetence za uporabo sodobnih tehnologij, ki ji omogočajo uporabo le-teh za namen, za katerega so ustvarjene (ne pa ukvarjanje s tehnologijo samo) in *preprečujejo subjektivizacijo tehnologije*.

Zahteva po transparentnosti tehnologije za medicinsko sestro je upravičena tudi zato, ker je *uporaba tehnologije ireverzibilna*, saj npr. informatiziranega delovnega procesa medicinske sestre ne moremo vrniti v prejšnje stanje. Tako ima npr. informacijska tehnologija poleg sposobnosti avtomatiziranja (*automate, automating*) tudi sposobnost informiranja (*informate, informing*) (Šercar in drugi 1999).

Zahtevo po transparentnosti tehnologije narekuje tudi delo medicinske sestre, ki se namesto da bi se posvetila zdravstveni negi in pacientu, ukvarja s tehnologijo samo. Pomembno je, da sodobna tehnologija postane čim prej zunanji ne pa osrednji dejavnik vpliva na delo.

Abbott (1988) navaja, da ko je tehnologija razvita in uporabljena pri konkretnem delu, postane v *odnosu do uporabnikov zunanji dejavnik*, njena uporaba pa *ireverzibilna*. Trdi tudi, da avtomatiziranega, robotiziranega in informatiziranega dela ne moremo več opraviti brez tehnološko vodenih procesov, povratka nazaj preprosto ni.

1.14.5 S tehnologijo podprta sodobna zdravstvena nega

Sodobna tehnologija predstavlja izziv za družbo, zdravstvo in zdravstveno nego.

Namesto s *trdnim* delovnim mestom se bomo ukvarjali z informacijsko infrastrukturo in komunikacijsko tehnologijo. Fiksne oblike dela bodo zamenjali bolj fluidni, spremenljivi mobilni modeli dela. Stalnost in zvestoba (lojalnost) se bosta nadomeščali s prehodnostjo in z viri znanja, viri kot okvirom za delitev dela. Dejavnosti, ki so vezane na čas, bodo počasi izginjale pod pritiskom kratkoročnih, nizko intenzivnih, vendar množičnih kliničnih procesov, ki za dosego zelenih rezultatov več ne bodo potrebovali veliko časa (Porter – O Grady 2001).

Tehnologija se spreminja z veliko hitrostjo in velik del tega, kar se je nekoč opravljalo za zidovi zdravstvenih ustanov, bo opravljeno v zdravstveni ordinaciji ali kliniki. Praksa zdravstvene nege v sedanjih konfiguracijah in oblikah umira, ko zahteve sistema zdravstva spreminjajo tako *substanco* kot *storitve*.

Vloga medicinskih sester je, da ugotovi, kaj ji prinaša sodobna tehnologija, kako spreminja njihovo delo in kakšne strategije so potrebne za kvalitetno izvajanje tehnološko podprtih zdravstvenih storitev.

Z uporabo sodobne tehnologije postajajo storitve *bolj prenosljive, manj invazivne, trajajo manj časa in bolj učinkujejo na kvaliteto in dolžino življenja* (genomika/protenomika). Namesto na storitvi, ki se odziva na dogodek, ki se je že zgodil, bo mogoče v bodočnosti vnaprej predvideti možnost za spremembe in začeti zdraviti prej, takrat ko stvar še ni aktualna. To bo omogočilo t.i. *genomsko tipiziranje anomalij*, ki vodijo k bolezni, in se z njim spoprijeti v zgodnejšem obdobju, še preden se pojavijo simptomi. Kmalu bomo vsi imeli svoj *lastni čip z vgrajeno gensko karto* (zemljevidom), ki se bo uporabljala pri zdravljenju in zdravstveni negi.

Zdravstvena nega, ki temelji na aktivnostih, kot so kohanje, zdravljenje, preoblačenje, hranjenje, opravljanje posegov, dajanje zdravil in odpusti, postaja del zgodovine. Novi izziv za prakso so kompetence zdravstvene nege, ki se nanašajo na aktivnosti kot so *dostopnost, informiranje, vodenje, poučevanje, svetovanje, tipiziranje in povezovanje*. Mentalni moduli in spretnosti, ki so potrebni za tako zdravstveno nego, zahtevajo *drugačno učenje in usmerjenost prakse*, kot pa jo trenutno ima večina medicinskih sester. Medicinske sestre so zdaj na začetku nove paradigme prakse, vendar mnoge med njimi še vedno raje žalujejo, ker so izgubile, kar so imele, kot pa da bi se ukvarjale s tem, kar bi lahko postale. Naloga menedžerjev je preoblikovati kontekstualni

okvir za prihodnost prakse zdravstvene nege in postaviti nove osnove za prakso 21. stoletja (Porter – O'Grady 2001, 182–192).

Bolni so drugačni, število v bolnišnicah se ne bo povečevalo, vendar pa veliko akterjev želi, da bi ostal status quo. Kirurgi in drugi zdravniki še vedno hočejo uporabljati opremo in storitve tako, da največji del finančnega bremena odpade na bolnišnico; medicinske sestre hočejo še vedno darežljivo negovati bolnike. Bolniki pa hočejo mesto, ki bi prevzelo odgovornost za skrb glede njihove bolezni. Interes administracije je finančne narave, vendar pa *novi časi, sodobna tehnologija in ekonomika zahtevajo spremembe v zdravstvu in zdravstveni negi*.

Edukatorji profesionalnih medicinskih sester v zdravstvu morajo vedeti, da bolnišnica ni več temelj vsega izkustva, glavna naloga medicinskih sester ni več samo *skrb za druge* (bolne in zdravstveno šibke ter revne). Pričakovane spremembe v edukaciji ponujajo pravi stres za obstoječe modele izobraževanja medicinskih sester. Šolski razred in bolniška soba nista več ustrezna za učenje v novi dobi, kajti osnova postajajo *hiter pristop, mobilnost in neinstitucionalni model storitev v zdravstveni negi*. *Nadzor se prenaša od izvajalcev k uporabnikom*, zato temelj bodoče klinične dejavnosti postaja *storitveno prijazna fleksibilna podoba, podprta s sodobno tehnologijo*.

Sodobna tehnologija narekuje *nove vsebine v edukaciji medicinskih sester* (npr. visoko decentralizacijo, uporabo interneta, pomoč satelita, modele učenja na daljavo, ki so še na začetku, vendar postajajo jasno del nastajajočih modelov v 21. stoletju). IKT bo omogočala, da se bo učenje dogajalo kjer koli, mogoči bosta *verbalna in vizualna komunikacija med študenti in učitelji v različnih okoljih*. Izobraževanje in pogoji izobraževanja bodo imeli dve glavni funkciji, in sicer: *zagotavljanje vsebine in certificiranje učenja*.

Tudi pri *raziskovanju v zdravstveni negi nastajajo novi izzivi*. Za raziskovalce v zdravstveni negi postajata manj pomembna obseg raziskovalne dejavnosti in višina pridobljenih raziskovalnih sredstev, *narašča pa pomen raziskovalnega dela za tiste, ki to delo financirajo*. Vprašanje ni več, kaj se raziskuje, temveč kakšen je učinek raziskovalnega dela in kakšna je *dodana vrednost*, ki je nastala z raziskovalnim delom. Tu pa se postavlja etično vprašanje (denar za učinek).

Tehnologija spreminja značaj in vsebino dela ter zamenjuje tisto, kar medicinska sestra počne na tradicionalnem delovnem mestu. Paradigma prakse zdravstvene nege 20. stoletja je bila usmerjena k bolnim, zdravstveno šibkim in revnim osebam v zdravstvenih institucijah. V

zdravstvenem sistemu 21. stoletja tehnologija spreminja odnos medicinske sestre do tistih, ki jim nudi zdravstvene storitve, in odnos uporabnikov zdravstvenih storitev do zdravstvenega sistema.

Zdravstvena nega se danes spreminja po naslednjih elementih zdravstvenih storitev znotraj sodobnejšega modela klinične zdravstvene nege:

- prenosljivost biomedicinske tehnologije zagotavlja cenejšo, hitrejšo in mobilnejšo storitev za večino uporabnikov;
- projekt človeškega genoma nadomešča na bakterijah zasnovane teorije 20. stoletja z genomsko osnovo medicinske prakse in s tem za vselej spreminja dejavnosti in naloge zdravstva in zdravstvene nege;
- povečan delež starejše populacije terja drugačne storitve. Sistem postaja bolj usmerjen k uporabnikom, ki ne sprejemajo več pristopov k zdravstveni negi in storitvam (zdravstvena nega je kontrolirana od izvajalca);
- kemo-, bio- in farmako-terapevtiki nadomeščajo množične invazivne mehanske postopke;
- zdravstvene informacije, ki jih ponujajo izvajalci, niso več prva izbira za uporabnike – nadomešča jih informacijska infrastruktura na svetovnem spletu. Izvajalcem mora biti omogočena dostopnost in podpora uporabnikom pri iskanju in vrednotenju informacij;
- zdravstveni sistemi se bolj približujejo značilnosti populacije, ki jim nudijo storitve. Socialni in zdravstveni standardi ter standardi intervencij vedno bolj temeljijo na skupnosti in tvorijo osnovo za vrednotenje učinkovitosti in uspešnosti sistemov storitev v zdravstvu (skozi uporabo integriranih, klinično-ekonomskih podatkovnih sistemov);
- alternativne in komplementarne terapije se vedno bolj povezujejo z obstoječimi kliničnimi možnostmi.

Spreminja se tudi vloga medicinske sestre. Večina aktivnosti zdravstvene nege je vedno bolj namenjena dostopnosti, interpretaciji informacij, svetovanju uporabnikom pri izbiri, ki postaja vse kompleksnejša, izobraževanju uporabnikov za uporabo novih terapij in tudi razvijanju partnerstva z uporabniki in njihovimi bližnjimi, glede ustreznega življenjskega sloga in terapevtskih možnosti ter aktivnosti, ki so povezane z genomskimi možnostmi in izbirami.

Medicinske sestre bodo morale izkazovati veliko *novih kompetenc*, da bodo lahko zagotavljale storitve na način, ki ustreza značilnostim populacije, ki jim storitve nudijo. Glede na to, da se bodo morali zdravstveni sistemi organizirati *okrog populacij* in ne okrog kategorij diagnoz, bodo morale *medicinske sestre svoje delo dobro prilagoditi kulturnim in demografskim značilnostim populacije*, ki jim nudijo storitve. Pomemben za prakso zdravstvene nege je tudi dramatični

premik, ki se bo zgodil pri pozicioniranju in uporabi virov zdravstvene nege. V zadnjih 20-ih, 30-tih letih je skoraj 70 % medicinskih sester delalo v bolnišničnih okoljih, danes se je ta odstotek zmanjšal že na 50 % (Porter – O'Grady 2001, 182–192).

Z uporabo novih tehnologij in terapij se bodo razširile meje obstoječih modelov storitev ter zagotavljanja zdravstvenega varstva in zdravstvene nege.

Izziv za zdravstveno nego predstavljajo tudi *demografske spremembe sodobne družbe*. Povečan delež starejše populacije bo nedvomno vplival na *trg delovne sile medicinskih sester*, predstavlja pa tudi izziv za *nove načine dela, rekonceptualizacijo zdravstvenih storitev, spremenjen življenjski stil prebivalstva in sožitje med generacijami*. Med letoma 2008 in 2060 bo predvidoma število prebivalcev, v državah EU-27 starih 65 let in več naraslo na 66,9 milijona, najhitreje rastoči segment prebivalstva pa bodo *zelo stari*, tj. 80 let in več (Nacionalne demografske napovedi v letu 2008). To predstavlja za zdravstveno nego nove in nove probleme, usmerjene v prizadevanja za *čim večjim podaljšanjem let zdravega življenja in zagotavljanju zdravstvene nege za vse več hudo prizadetih starejših*.

V zdravstvu in zdravstveni negi je za izvajanje storitev potrebno *zagotoviti ustrezne kadrovske vire*. Povečan delež starejših zdravstvenih delavcev je pri tem velika ovira. Med letoma 1995 in 2000 se je v Evropi število zdravnikov, mlajših od 45 let, zmanjšalo za 20 %, število tistih v starosti nad 45 let pa povečalo za več kot 50 %. Tudi povprečna starost medicinskih sester se veča. V petih državah članicah jih je skoraj polovica starejših od 45 let. Ker se ti delavci približujejo starosti za upokojitev, bo za njihovo nadomestitev potrebnih dovolj mladih kandidatov (Komisija Evropskih skupnosti 2008).

Uletova (2003b, 243–249) opozarja na *posledice globalizacije sodobnega zdravstva*, v kateri medicina izgublja svoj položaj nad procesi zdravljenja, potrebo po *enakopravnem sodelovanju z drugimi profesijami v zdravstvu predvsem z medicinskimi sestrami*, ki naj v *novi neodvisni vlogi* posegajo tudi v prostor in trg zdravstvenih storitev, kar pa terja številne spremembe (enakopravni odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami, partnerski odnosi med njimi in uporabniki zdravstvenih storitev ...). Pravi, da nastajajo *nova razmerja v pojmovanju zdravja in bolezni* in da prihaja do neke vrste sekularizacije, odčaranja medicine in medikalizacije družbe, kar vpliva na *spremenjene odnose ljudi, javnosti do zdravstvenega sistema in na razmerja znotraj zdravstvenega sistema*. Za zdravstveno nego vidi nove možnosti v *dinamičnem prostoru interakcij med uporabniki zdravstvenih storitev in medicinskimi sestrami ter novo svetovalno vlogo medicinske sestre*, za katero pa si bodo morale pridobiti nove kompetence. Švab in Car

(2004) tudi poudarjata zavezo sodobnega zdravnika družinske medicine za dobro sodelovanje z medicinsko sestro kot strokovnjakinjo in poudarjata, da s tem največ pridobi bolnik, saj timsko delo pomeni večjo kakovost dela. Pravita, da je *delitev dela med zdravnikom in medicinsko sestro* po svetu različno urejena, vendar trendi razvoja obeh strok tečejo v smeri medsebojnega sodelovanja. V raziskavi med študenti splošne medicine Medicinske fakultete v Ljubljani je bilo ugotovljeno, da *študijski program ne nudi dovolj usposobljenosti zdravnikov* za motiviranje in vodenje bolnikov, sposobnost empatije z ustrežno čustveno distanco, obvladovanje timskega dela in ne vpliva dovolj na razvoj komunikacijskih usposobljenosti (Pavlin in drugi 2008). S spremenjenim kurikulumom bo mogoče odpraviti te pomanjkljivosti in *študente usposobiti za kompetentno medpoklicno sodelovanje vključno s pacienti/klienti*.

Pomen *učinkovitega medpoklicnega sodelovanja* kot *predpogoja za uspešno nudenje zdravstvenih storitev* poudarja tudi Pollard (2006), ki pravi, da je prepoznavanje te potrebe staro vsaj 40 let (Henderson 1966 v Pollard 2006). Kot posebne probleme, ki so bili prepoznani v poročilih odmevnih primerov v Veliki Britaniji (Department of Health (DH) 1994a, Kennedy 2001, Laming 2003 v Pollard 2006), navaja pomanjkanje komunikacije, nepravične odnose med različnimi profesionalnimi skupinami ter napačno razumevanje profesionalnih vlog in področij odgovornosti. Pravi, da to dramatično vpliva na uporabnike storitev, njihove družine in širšo javnost, hkrati pa tudi na vključene profesionalce, zato je *razvijanje sposobnosti skupnega dela za učinkovito nudenje zdravstvenih storitev nujno*.

Za dobre sodelovalne odnose so pomembni: *razumevanje vloge lastne profesije, enakovredni odnosi, jasna delitev dela* iz česar izhaja *individualna odgovornost ter skupna odgovornost za izide (multidisciplinarnega) tima v katerega je vključen tudi pacient/klient*. Slovenske medicinske sestre si za vzpostavitev takih odnosov zelo prizadevajo.

Van den Hout (2002, 37–42) opozarja na *kontekstualne premike v zdravstvenem varstvu*, zaradi *potreb po kurativni zdravstveni negi* (v večini evropskih držav temelji na kolektivnem zavarovanju), ki se bo povečala zaradi *napredka medicinskih inovacij (tehnologije), staranja prebivalstva* (največja kurativna poraba je v zadnjih letih življenja), *potrošništva* kot izraza sodobne zahodne kulture in trenda *pravnega pristopa* k odnosom v zdravstvenem varstvu. Tako v politiki zdravstvenega kot v celotnem sistemu socialnega varstva *prevladuje ideologija ekonomije* (zdravstveno varstvo in dobavitelji zdravstvenega varstva postajajo tarče za politike varčevanja), kar predstavlja strukturno škodo za institucionalno infrastrukturo zdravstvenega varstva, ki ga zaznamujejo *neprivlačno delo z nizko plačo, nizko stopnjo osebnega zadovoljstva*

in družbenega ugleda. Navaja primer Nizozemske, kjer se vedno manj zdravnikov in medicinskih sester odloča za delo v javnih službah (psihiatrične bolnišnice, ustanove za zdravstveno nego, domovi za ostarele) in da *zaradi prevelike odgovornosti in prevelike delovne obremenitve* (predvsem v institucijah za retardirane otroke) kar 70 % izvajalcev zdravstvene nege razmišlja, da bi si poiskali drugo delo.

V zvezi z upravljanjem zdravstvenih služb opozarja na *rastočo birokracijo*, ki ubija individualno odgovornost in *ustvarja paciente, ki preračunavajo svoje pravice*, ne da bi sprejeli kakršnekoli dolžnosti. Van den Hout pravi, da se vzpostavlja *integralni in specifičen program zdravljenja in zdravstvene nege usmerjene k pacientu*, ki za doseganje cilja zahteva *sodelovanje med partnerji*. *Opozarja na emancipacijo pacientov*, ki se kaže v večjem *zavedanju pravic* (v Sloveniji od leta 2008 velja Zakon o pacientovih pravicah) in *zahtevah za individualno oblikovano oskrbo* (blizu doma oz. doma ob upoštevanju sodobne IKT; telemedicina in telenursing). V EU je potrebno omeniti še prost pretok blaga in delovne sile, kar predstavlja izziv tudi za *prost pretok zdravstvenih storitev in pacientov*, medicinskim sestram pa omogoča *konkuriranje na večjem trgu delovne sile* (bolonjski študijski programi, licenciranje).

Navedene spremembe zahtevajo tudi drugačno medicinsko sestro v prihodnosti. Van den Hout (2002) razmišlja o *medicinski sestri praktiku, super-medicinski sestri ali mini-zdravniku*. To bi v bistvu pomenilo deprofesionalizacijo poklica, saj bi ta medicinska sestra opravljala rutinske in cenejše storitve namesto zdravnika. *Posebna medicinska sestra v splošnih bolnišnicah*, npr. za diabetike (pomoč diabetikom, v vsakdanjem življenju, zdravstvena vzgoja pacientov, preventivni programi in izobraževanje medicinskih sester na delovnem mestu in izven bolnišnice), kar se je uveljavilo tudi v Sloveniji (le da še ni specializacij, usposabljanje je mogoče s pridobitvijo kompetenc v določenem poklicnem prostoru), predstavlja visoko profesionalno delo medicinske sestre. Na Nizozemskem so v več študijah opazovali odnose med institucijami zdravstvenih služb, ki v povezavi tvorijo *omrežje zdravstvene nege*; so kompleksni, dinamični in se pojavljajo v različnih oblikah. Edini povezovalni element med njimi so cilji, ki pa jih nobena institucija ne more doseči sama, zato se pojavlja *potreba po razvoju in upravljanju teh odnosov*. V ta nov poklicni prostor lahko vstopi *medicinska sestra kot upravljalca kompleksnosti zagotavljanja zdravstvene nege za ciljne skupine pacientov, ki pa bi morala imeti tudi menedžerska znanja* (medtem ko so zdravstveni programi usmerjeni na posameznega pacienta izdelani *po meri*). *Zaradi tehnološko podprtih dragih zdravstvenih storitev* pa predlaga, da jih opravljajo *cenejši strokovnjaki, tj. medicinske sestre*, kar pa (enako kot rutinska

medicinska dela) vodi v deprofesionalizacijo poklica, saj pomeni odmik od zdravstvene nege in poslanstva poklica.

V zvezi s to problematiko izraža Evropski ekonomsko-socialni odbor (EESO 2009) zaskrbljenost zaradi v glavnem *ekonomsko motivirane razprave*, zlasti v upravi in zainteresiranih poklicnih skupinah, *o novi razdelitvi nalog v zdravstvu, katere cilj je nadomestitev kvalificiranih zdravstvenih delavcev s cenejšo alternativo*. Predlaga, da bi bila boljša rešitev *optimizacija procesa in mreženje ob hkratnem izboljšanju priložnosti pri razdeljevanju nalog*. Poseben pomen namenja *usposabljanju izvajalcev zdravstvenih storitev*.

Gre za proces reorganizacije *zdravniške profesije*, ki izgublja dominantno vlogo v odnosu z drugimi profesijami (medicinskimi sestrami) v zdravstvu, pa tudi v družbi. Pri tem predstavlja *prenos pooblastil* med profesionalnimi skupinami v zdravstvu in prenos pooblastil med profesionalnimi skupinami v zdravstvu in uporabniki pomembno vlogo (Kuhlmann, Allsop in Saks 2009).

Aktivnosti za prenos nalog s področja medicine na zdravstveno nego in izvajalce – medicinske sestre so v teku tudi v Sloveniji, vendar medicinske sestre upravičeno opozarjajo na pomanjkljivost oz. *odsotnost pravnih norm za medicinske sestre v zakonodaji* (Klemenc 2009). Tako so medicinske sestre ponovno ujete med odločanjem o medicinski storitvi (medicina), ki ima za posledico prepoznavanje v pravnih normah (Zakon o zdravniški službi, Zakon o zdravstveni dejavnosti), in strokovnim izvajanjem rutinskih medicinskih nalog, ki pa so pravno opredeljene; medicinske sestre so odgovorne za strokovno izvedbo. To krepi odvisnost od medicine in *medicinske sestre postavlja v odvisno vlogo v odnosu do medicine, pa tudi od tehnologije*.

Tehnologija spreminja tudi *izobraževanje in raziskovanje medicinskih sester*. Na osnovi raziskav ugotavljajo (Nehring in drugi 2001), da se je v vseh državah ZDA povečala obolevnost pacientov, kar so pripisovali tudi kliničnemu usposabljanju medicinskih sester na *živih pacientih*. Zaradi tega in zaradi *moralno-etičnih načel* (premalo kompetenc) in zahtev pacientov so v edukacijski sistem medicinskih sester uvedli *vaje na lutkah, ki s pomočjo IKT omogočajo vrsto scenarijev, simulacij podobnih dejanskemu stanju pacienta*, ki zahtevajo določene aktivnosti. Prednost takega praktičnega izobraževanja medicinskih sester je tudi v tem, da daje možnosti za *evalvacijo ravnanja v dani situaciji*, saj študenti po opravljenih simulacijah v manjših skupinah analizirajo čisto konkretno ravnanje študentov.

Simulacije so najprej uvedli v anesteziji, kasneje pa na drugih področjih zdravstva, zelo intenzivno pa poteka izobraževanje medicinskih sester, zdravnikov ter kot podlaga za raziskovanje na področju zdravstva in zdravstvene nege (v Sloveniji ima tak center UM FZV, od leta 2005). Gre za izjemno visoko razvito in drago tehnološko opremo za simulacije, za kar so *zainteresirani tudi proizvajalci teh tehnologij*.

Ugotavljajo, da Telehealth tehnologija spodbuja *dobro sodelovanje med zdravstveno nego in biomedicinskim inženiringom že med študijem*. Izobraževalni programi so usmerjeni k *pripravi medicinske sestre prihodnosti in biomedicinskih inženirjev, ki sodelujejo pri zagotavljanju kvalitetnejših zdravstvenih storitev* (Howe 2009). Menimo, da ima pri tem večjo vlogo medpoklicno izobraževanje, kot pa tehnologija.

Zaradi *potreb po nadzoru nad sredstvi in viri, ki se uporabljajo v zdravstveni negi, večji kakovosti zdravstvenih storitev, skrajšanju ležalnih dob in večjem zadovoljstvu bolnikov in zaposlenih* (Cohen, Cesta 1997 v Šmitek 2000), se je pokazala potreba po *vodenju oz. koordiniranju* (Cohen, Cesta 2001 v Maze 2008) *tipičnega primera (case management)*. Gre za natančno načrtovano (bolnišnično) oskrbo bolnika (skupino bolnikov z enako diagnozo) pri kateri je zdravstvena nega le partner; to ni izključno njena domena (Šmitek 2000). Medicinska sestra, ki z zdravniki usklajuje vodenje tipičnega primera, je izkušena medicinska sestra ali specialistka. V Sloveniji smo prve klinične poti začeli razvijati leta 2002. Hindle in drugi (2004) so raziskovali stališča o kliničnih poteh v 17 državah EU. Raziskava je bila eden od elementov ocenjevanja priložnosti prihodnjega sodelovanja glede uporabe kliničnih poti in strateškega načrtovanja investicij (tudi za sodobno tehnologijo). Ugotovili so, do bo potrebno *dodatno izobraževanje izvajalcev zdravstvenih storitev in razvijanje timskega dela*.

Nadalje sta tudi *deinstitutionalizacija storitev in sodobna tehnologija* povzročila nove pristope k zdravstveni negi. Nastajajo nove oblike *mešane nege*; koncept varstva oz. nege/skrbi je razumeti kot temeljni problem.

Kuhlmannova (2009) poudarja, da so *ženske pomembno prispevale k napredku novih pristopov* politike glede udeležbe uporabnikov zdravstvenih storitev, sodelovanja med zdravstvenimi delavci ter boljšim in varnejšim informacijam. Njeno stališče je, da je v sistemu zdravstvenega varstva potrebno *pri vključevanju ženskega dela upoštevati enakost med spoloma v zdravstveni reformi*, s čimer se uresničuje integracija načela enakosti spolov (žensko gibanje za zdravje). Prepričana je, da tak pristop prispeva k *boljši kakovosti skrbi za ženske in za moške*.

Hitre spremembe sodobne družbe narekujejo tudi nove potrebe po *kompleksnosti zagotavljanja storitev* prebivalcem, povečujejo se potrebe po zdravstveni negi in socialnem varstvu (ICN 2009b), meja med njima je vedno bolj nejasna in vse težje je določiti, kdo naj zagotovi potrebne storitve. *Na preizkusu je strategija poklica medicinske sestre v boju za delo in ustvarjanju vseh drugih pogojev za nastanek novega zdravstveno-negovalnega in socialno-skrbstvenega poklica podprtega s sodobno tehnologijo.*

1.14.6 Kompetence medicinske sestre

Kompetence se spreminjajo pod vplivom tehnologije oz. kot odziv nanjo in so same del tehnološkega procesa zagotavljanja zdravstvene nege.

Narava ekspertnega znanja. Po Machlupu (1980, 108) je znanje sestavljeno iz petih delov:

- praktično znanje (profesionalno oz. ekspertno znanje),
- intelektualno znanje (humanistično in znanstveno znanje, splošna kultura),
- nevažno in razvedrilno znanje (pridobljeno praviloma v stanju pasivne sprostitve od resnih opravil),
- duhovno znanje (vključno z verskimi prepričanji),
- nepotrebno znanje.

Spoznanja o razvoju ekspertnosti so pomembna za izobraževanje vseh poklicev v zdravstvu, pa tudi za poklic medicinske sestre, zato ni naključje, da je bila medicina eno od prvih področij, v katerem so se začele raziskave narave ekspertnega znanja. Obstaja več stališč o naravi ekspertnega znanja. Navedli bomo le dve, ki si med seboj nasprotujeta. Znana je misel staroveškega rimskega pesnika Vergila *Verjemite izkušnemu!* (*Experto credite!*). Lord Salisbury je v to podvomil in zapisal, da nobeno spoznanje ni tako dobro potrjeno z življenjskimi izkušnjami kot tisto, *da nikoli ne smeš verjeti strokovnjaku* (Vizek Vidović in Rovan 2006). Dvom ali verjeti strokovnjaku ali ne, je povezan z vprašanjem, kako prepoznamo strokovnjaka.

Shanteau in sodelavci (2002 v Vizek Vidović in Rovan 2006) so podali pregled tradicionalnih pristopov za identifikacijo strokovnjaka:

- izkušnje (število let profesionalnega dela),
- certifikat (oblika akreditacije ali titule kot dokaz strokovnosti),
- družbeno priznanje (mnenje kolegov),
- konsistentnost (presoje strokovnjakov morajo biti med seboj usklajene),

- konsenz (presoje posameznih strokovnjakov morajo biti usklajene),
- sposobnost razlikovanja (sposobnost razlikovanja tudi malih odtenkov izmed podobnih, vendar ne istih primerov),
- vedenjske značilnosti (skupne značilnosti strokovnjakov, npr. samozavestnost, kreativnost, komunikacijske spretnosti),
- testi znanja,
- razvoj strokovnjaka (strokovno izpopolnjevanje).

Ugotovili so (Shanteau in drugi 2002 v Vizek Vidović in Rován 2006), da nobeden od teh pristopov ni univerzalno uporabljiv, zato so predlagali uporabo indeksa CWS (Cochran-Weiss-Shanteau-CWS je indeks uspešnosti, ki ga je razvila projektna skupina Jim Shanteau, David Weiss in William Cochran). CWS indeks uspešnosti predstavlja nov pristop k ocenjevanju uspešnosti strokovnjakov. Določili so ga kot razmerje sposobnosti razlikovanja in nekonsistentnosti. Uspešnost strokovnjaka na področju stroke je večja, če ima večjo sposobnost razlikovanja in če pri tem izkazuje manj nedoslednosti. Raziskave na področju presojanja in odločanja strokovnjaka so pokazale, da je zanesljivost presoje strokovnjakov, kot so npr. zdravniki, klinični psihologi, sodniki, zelo nizka (Shanteau in drugi 2002).

Povsem drugačno sliko o strokovnjaku srečamo v raziskavah, ki temeljijo na kognitivnih teorijah (Shanteau in drugi 2002 v Vizek Vidović in Rován 2006). Te raziskave so praviloma dokazale, da so strokovnjaki superiorni do začetnikov v vsakem pregledu kognitivnega funkcioniranja.

Za celovito sliko o naravi ekspertnega znanja je potrebno proučevati pridobivanje, organizacijo in uporabo treh temeljnih vrst znanja: proceduralnega, deklarativnega in metakognitivnega (Shanteau in drugi 2002 v Vizek Vidović in Rován 2006).

Raziskave se nanašajo predvsem na proučevanje razlik med strokovnjakom in začetnikom. Glede na proceduralno znanje (uporaba algoritmov) se začetnik in strokovnjak razlikujeta po tem, kako sta sposobna uporabljati proceduralno znanje in kako hitro ga uporabljata.

Začetnik lahko neko načelo ali pravilo pozna, vendar ne prepozna pogojev, v katerih se to lahko koristno uporabi. Strokovnjak pa hitro prepozna vrsto problema in potem izbere strategijo za njegovo reševanje. Pomembna razlika med začetnikom in strokovnjakom je tudi v hitrosti uporabe znanja. Za razvoj višje stopnje strokovnosti je potrebna združitev enostavnih spretnosti tako, da postanejo kompleksne in avtomatizirane. Ugotovljeno je bilo, da se začetnik in

strokovnjak razlikujeta tudi glede na sposobnost strukturiranja deklarativnega znanja (uporaba kodiranja, diagramov, modelov).

Med strokovnjakom in začetnikom obstajajo razlike v količini posebnih znanj in načinu strukturiranja. Strokovnjak pogosto kodira, tj. da si določen material zapomni semantično ali/in slikovno, npr. s pomočjo diagrama ali grafičnega prikaza; to omogoča strnitev informacij brez nepotrebnih detaljev.

Strokovnjak in začetnik se tudi razlikujeta glede metakognitivnih procesov, ki predstavljajo večšine, s katerimi spremljamo lastne miselne procese. Raziskave, ki temeljijo na teoriji ekspertne kompetentnosti, vključujejo značilnosti strokovnjaka in tudi značilnosti nalog, ki jih izvajajo (Shanteau 1988 v Vizek Vidović in Rován 2006).

Značilnosti strokovnjaka so:

- razmišljanje, ki temelji na analiziranju prejšnjih primerov iz prakse (začetnik npr. lahko veliko ve, vendar nima izkušenj);
- osebni slog strokovnjaka (samozavestnost, komunikacijske spretnosti, sposobnost prilagajanja novim situacijam);
- kognitivne veščine (sposobnost koncentracije na temo, občutek za relevantno, sposobnost za delo pod stresom in v nejasnih situacijah);
- širok spekter formalnih in neformalnih strategij odločanja, ki pomagajo pri premoščanju lastnih kognitivnih omejitev (sposobnost, da zapletene probleme razčlenimo na manjše dele in jih rešujemo po korakih, postavljanje hipotez).

Primeri raziskav ekspertnega znanja na področju medicine in zdravstva. V zadnjih 40-ih letih je bilo opravljeno veliko raziskav o odločanju v medicini in zdravstvu, ki so usmerjene v dve smeri (Vizek Vidović in Rován 2006):

- pojasnjevali so kako zdravniki in drugi strokovnjaki v zdravstvu, vključno z medicinskimi sestrami, odločajo v eksperimentalnih pogojih in v *realnem življenju*;
- iznašle načine, da se olajša proces odločanja, vključno z razvojem tehnologij (od navodil na papirju do računalniških tehnologij).

Joseph in Patel (1990 v Vizek Vidović in Rován 2006) sta zahtevala od ekspertov in subekspertov (zdravnik oz. medicinska sestra, ki dela izven področja svoje specializacije), da mislijo na glas in pojasnijo klinične podatke o nekem endokrinološkem problemu. Rezultati so pokazali, da so eksperti zastavili točno delovno diagnozo zelo hitro, preostali čas pa so preverjali

in niansirali diagnoze. Čeprav so tudi subeksperti prišli do pravilne diagnoze, so za to potrebovali več časa. Podobne raziskave s podobnimi rezultati so bile izvedene tudi na področju kardiologije, radiologije, onkologije in intenzivne nege (Vizek Vidović in Rovan 2006).

Za take raziskave so bili razviti tudi računalniški modeli, ki simulirajo reševanje problemov v medicini (Patel, Kaufman in Arocha 2002 v Vizek Vidović in Rovan 2006). V zadnjem času se intenzivno uporablja pristop naturalističnega odločanja v okolju realnega življenja z deskriptivno veljavo modela (Kushinuk 2000 v Vizek Vidović in Rovan 2006). Posebej se uporablja v anesteziologiji, intenzivni negi in triaži v nujnih primerih na daljavo. Značilnosti sprejemanja odločitev na ta način so pogosto v nasprotju s klasično predstavo o racionalnem, zavestnem in analitičnem ekspertu. Med ostalimi vzroki tudi stres, časovna stiska in tveganje zahtevajo razvoj adaptivnih strategij, ki so v skladu z omejitvami v posameznih razmerah. Strategije so lahko produkt posameznika ali pa timov.

Raziskava o tem, kako so medicinske sestre odgovarjale na klic nujne medicinske pomoči, je pokazala na nekaj tipov odgovorov, ki so odvisni od stopnje nujnosti. Če je nujnost največja, se odloča zelo hitro in odločanje običajno sloni na nekem dominantnem simptomu. Drugi obrazec se pojavlja v pogojih zmerne nujnosti in vključuje delno reševanje problema. Če je nujnost nizka, gre za poglobljeno reševanje problema in načrtovanje.

Rezultati raziskav z naturalističnim pristopom pomagajo razumeti zapletene razmere na področju zdravstva (to ni bilo omogočeno drugim pristopom, ki so se prej uporabljali).

Peter Drucker (1998 v Pesut 2000) je napovedal, da bo 21. stoletje pripadalo delavcem, ki bodo pri delu izhajali iz znanja. Daniel J. Pesut (2000) je definiral *na znanju temelječe delo (knowledge-work) v zdravstveni negi* kot aktivno branje, memoriranje, urjenje, pisanje, pregledovanja dosežkov raziskovalnega dela in prakticiranje; cilj je obvladovanje kliničnega besedišča v povezavi s klinično presojo.

Na znanju temelječe delo razvija sposobnost za intelektualno delo. Quinn, Anderson in Finkelstein (1998 v Pesut 2000) ugotavljajo, da deluje intelektualni razum na 4 nivojih:

1. nivo – je kognitivno znanje (vedeti, kaj; know-what), ki predstavlja temeljno obvladovanje zdravstvene nege, kar medicinske sestre dosežejo med izobraževanjem in usposabljanjem. Tako znanje je bistveno, vendar za uspeh ne zadošča.
2. nivo – gre za zahtevnejše spretnosti prevajanja znanja iz knjig v naučeno znanje v učinkovito akcijo (vedeti, kako; know-how). Ta sposobnost uporabe pravil zdravstvene nege

ustvarja rešitve za kompleksne probleme resničnega sveta, dodaja kompleksnim situacijam vrednost, ki je specifična za zdravstveno nego.

3. nivo – gre za sistematsko razumevanje (vedeti, zakaj; know-why) in pomeni temeljito poznavanje vzročno – posledičnih odnosov znotraj zdravstvene nege. To znanje v povezavi z razvojem profesionalnega razuma (intelekta) omogoča medicinski sestri, da preseže samo izvajanje naloge, da bi rešila in rešuje večje in kompleksnejše probleme ter ustvarja dodano vrednost.

4. nivo – predstavlja samomotivirana ustvarjalnost (negovati, zakaj; care-why), ki je sestavljena iz aspiracij, motivacij in prilagodljivosti, to spodbuja uspeh. Če vodje sami ne motivirajo in sami ne regulirajo svoje ustvarjalnosti, postanejo samozadovoljni in izgubijo prednosti, ki jih prinaša na znanju temelječe delo ter intelektualni naboj.

Informacijske kompetence za medicinske sestre. Vodstveni kader na vseh nivojih menedžmenta v zdravstvu poudarja, da medicinske sestre potrebujejo pri izobraževanju informacijsko tehnologijo in informacije. Med priporočili je na prvem mestu izobraževanje in usposabljanje študentov zdravstvene nege in medicinskih sester v praksi (ključne kompetence s področja informatike v zdravstveni negi) (Gassert 1988 v Staggers in drugi 2001a). Ameriško združenje visokih šol za zdravstveno nego (AACN) leta 1997 in Ameriško združenje za medicinsko informatiko (AMIA) leta 1999 sta izdala smernice za menedžment podatkov in tehnologije, predvsem pri pridobivanju kompetenc medicinske sestre s področja zdravstvene informatike. V ZDA je integracija informacij v zdravstveni negi potekala počasi v večini študijskih dodiplomskih programov, vendar pa področje računalniške pismenosti ni bilo ustrezno vključeno. To potrjujejo tudi raziskave (Austin 1999 v Staggers in drugi 2001a). Številni avtorji so objavili članke, v katerih so podrobno opisali znanja in spretnosti, ki jih medicinske sestre potrebujejo s področja informacijske tehnologije ali informatike zdravstvene nege. (Armstrong 1986, Bachman in Panzarine 1998, Bryson 1991, Carter in Axford 1993, Lewis in Watson, 1997, Riley 1996, Saba in Riley 1997, Travis in Flatery–Brennan 1998, Walker in Walker 1994 v Staggers in drugi 2001a). Avtorji seveda nimajo enotnega mnenja o specifičnih zahtevah glede informatike niti o metodah in načinih, kako bi to vključili v študijske programe zdravstvene nege. Dejstvo je, da v tem trenutku ne obstaja celovit seznam kompetenc, ki bi ga bilo mogoče uporabiti kot napotek za vključevanje informatike zdravstvene nege v študijske programe.

Definicija kompetentnosti na področju informatike v zdravstveni negi. Kompetence so v študiji, ki sta jo opravila Agstin in Gravela (1999 v Staggers in drugi 2001b), opredeljene kot

integracija znanja, spretnosti in stališč pri izvajanju različnih aktivnosti, informatike zdravstvene nege, znotraj predpisanih nivojev izvajanja zdravstvene nege.

Kompetence so bile določene na osnovi 35 člankov objavljenih med letoma 1986 in 1998 in iz 14 opisov del medicinskih sester informatikov v Washingtonu D. C. v ZDA. Baza podatkov, ki so jo s tem dobili, je obsegala 1.159 postavk. Po usklajevalnem postopku so strokovnjaki za prakso informatike v zdravstveni negi ugotovili, da je za te kompetence potrebno določiti kontekst zdravstvene nege.

Določili so štiri nivoje medicinskih sester glede na uporabo informacijske tehnologije:

- medicinska sestra začetnica,
- izkušena medicinska sestra,
- specialistka s področja informatike,
- inovator na področju informatike.

Tabela 1.7: Štirje nivoji medicinskih sester glede na uporabo informacijske tehnologije

Medicinska sestra začetnica	
–	Ima osnovna znanja in spretnosti s področja menedžmenta in računalniške tehnologije.
–	Za obravnavanje in opravljanje svojega dela uporablja obstoječe informacijske sisteme in razpoložljive informacije.
Izkušena medicinska sestra	
–	Je usposobljena (izkazuje visoko stopnjo kompetentnosti) na področju javnega zdravstva, izobraževanja, administracije.
–	Je zelo izurjena v uporabi informacijskega menedžmenta in računalniške tehnologije, ki ji služi kot pomoč, podpora pri izvajanju zdravstvene nege.
–	Prepozna odnose med podatkovnimi elementi in presoja na osnovi trendov in vzorcev v okviru teh podatkov.
–	Uporablja informacijske sisteme, vendar sodeluje z medicinsko sestro, ki je specialistka, da bi tako izboljšala sisteme.
Medicinska sestra specialistka za informatiko	
–	Diplomirana medicinska sestra s specialnimi in dodatnimi znanji in spretnostmi, ki so specifični za informacijski menedžment in računalniško tehnologijo.
–	Osredotoča se na informacijske potrebe zdravstvene nege v praksi, ki vključuje izobraževanje, upravljanje, raziskovanje in klinično prakso.
–	Praksa temelji na integraciji in uporabi informacijske znanosti, računalniških znanj in znanosti zdravstvene nege.
–	Uporablja orodja kritičnega mišljenja, procesna znanja in spretnosti, spretnosti upravljanja podatkov (vključno z ugotavljanjem, pridobivanjem, ohranjanjem, agregiranjem, analiziranjem in prenašanjem podatkov), znanja s področja razvoja sistemov in računalniških spretnosti.
Inovator na področju informatike	
–	Z vidika edukacije je usposobljena za raziskovalno delo na področju informatike in razvijanja teorije s področja informatike.
–	Ima vizijo o tem, kar je možno in razvit občutek za čas, potreben, da se zgodijo stvari.
–	Je na čelu razvoja prakse in raziskovalnega dela na področju informatike.
–	Izkazuje stalen in zdrav skepticizem do obstoječe prakse na področju upravljanja s podatki in je ustvarjalna v razvijanju rešitev.
–	Ima sofisticiran nivo razumevanja in spretnosti na področju informacijskega menedžmenta in računalniške tehnologije.
–	Razume medsebojno povezanost sistemov, disciplin in izidov in zna prilagajati situacije tako, da doseže maksimalne učinke.

Vir: Staggers, Gassert in Curran: 2001b. Informatics Competencies for Nurses at four Levels of Practice. Journal of Nursing Education, 40 (7): 306.

Medicinske sestre in vrzel med študijskim programom zdravstvene nege in razvojem informacijske tehnologije. Delo medicinske sestre temelji na znanju, zato so za nudenje storitev zdravstvene nege 21. stoletja nujne tudi kompetence za raziskovalno delo na področju zdravstvene nege. Tako educirana medicinska sestra ima sofisticiran nivo razumevanja in spretnosti na področju informacijskega menedžmenta in računalniške tehnologije, razume medsebojno povezanost sistemov, disciplin in izidov, zna prilagajati razmere tako, da bi dosegla maksimalne učinke. Ob tem pa ima vizijo kaj je možno in razvija občutek za čas.

Ker je raziskovanje temelj za razvoj vsake discipline, nas je zanimalo, kako lahko medicinske sestre na sedanji stopnji razvoja kompetenc pristopijo k iskanju informacijskih virov (Kolenc in drugi 2003).

Izvedli smo iskanja po informacijskih virih, kjer smo trem različno računalniško/informacijsko pismenim uporabnikom zastavili enako iskalno zahtevo. Delitev po računalniški pismenosti smo opredelili s sledečimi kriteriji:

- uporabnik brez računalniško/informacijske edukacije,
- uporabnik z računalniško/informacijsko edukacijo,
- uporabnik z računalniško/informacijsko edukacijo in sodelovanje z ontobrokerjem.

Kot dodatno računalniško ali informacijsko edukacijo smo upoštevali opravljen mednarodni računalniški izpit ECDL (European Computer Driving Licence). Iskalno zahtevo smo opredelili kot potrebo raziskovalke, ki želi pridobiti bibliografijo člankov na temo *Uporaba tehnologije navidezne resničnosti v izobraževalnem procesu medicinskih sester*. Rezultati poizvedb prve skupine so zajeli le nestrukturirane vire in njihovo iskanje ter prekrivanje z rezultati tretje skupine je bilo bolj ali manj naključno. Druga skupina je pokazala precej boljše rezultate. Glede na informacijsko osveščenost in usvojeno znanje pridobljeno v rednem izobraževanju je bilo prisotno iskanje po strukturiranih in nestrukturiranih virih. Pri iskanju je bila opazna uporaba fraznega iskanja, pa tudi deskriptorjev in tezavrov. Tretja skupina je sistematično in strukturirano zajemala poizvedbe po vseh (znanih) in dostopnih virih in s tega stališča predstavlja najpopolnejše iskanje. Osnovna ugotovitev pri vrednotenju pridobljenih rezultatov je, da rezultati poizvedb uporabnika (ki je ali ni računalniško/informacijsko educiran) po kvaliteti bistveno odstopajo od tretje poizvedbe, ki sta jo skupaj opravila računalniško in informacijsko izobražena medicinska sestra in ontobroker.

Na Univerzi v Illinoisu (leta 2002) je razvil Bruce R. Schatz s sodelavci prototip interspace-a. Kot je iz ARPAneta nastal internet in iz laboratorijev, ki jih je financirala vlada, svetovni splet, se bo enako zgodilo tudi z interspaceom čez 10 let. (Leta 2000 je bil razvit prototip avtomatskega semantičnega indeksiranja in iskanja informacij na internetu INTERSPACE, ki ga je po eni strani zahtevala eksponentna rast informacij na internetu, po drugi strani pa omogočila naglo naraščajoča zmogljivost osebnih računalnikov (Schatz 2002).

Šele ko bomo razvili novo iskalno tehnologijo, bo tudi povprečen uporabnik sposoben iskati po interspaceu kot danes lahko počne specializiran strokovnjak, ki smo ga avtorji poimenovali

ontobroker (ONTOlogie-information BROKER). Gre za nov profesionalni profil – posredovalni specialist med nestrukturirano mrežo informacijskih virov in uporabnikom.

Iz ugotovitev raziskave *Vrzel med študijskim programom zdravstvene nege in razvojem informacijske tehnologije* izhaja, da na sedanji stopnji razvoja edukacije medicinskih sester in iskalne tehnologije medicinska sestra nima dovolj kompetenc za iskanje informacijskih virov po interspaceu, zato potrebuje pomoč specializiranega strokovnjaka, ontobrokerja.

Ontologija je beseda, ki jo poznamo iz filozofije: je del metafizike, ki se ukvarja z naravo biti. Tukaj gre za ontologije kot meta-informacije, ki opisujejo strojno procesibilno semantiko podatkov in omogočajo komunikacijo tako med agenti kot tudi med programsko opremo in človekom. Ontologije so bile razvite najprej na področju upravljanja znanja v najširšem pomenu te besede kot pridobivanja, vzdrževanja in dostopanja do znanja.

Zaradi hitre rasti online dostopnih informacij postaja pomembnost ontologij iz dneva v dan večja. Tako brez profesionalnega poznavanja prednosti in pomanjkljivosti posameznih brskalnikov, iskalnih strojev, vmesnikov, predvsem pa ontologij v danem področju, se pri iskanju po svetovnem spletu z vidika uspešnosti ne da doseči dobrih rezultatov. Povprečen uporabnik (pa tudi računalniško in informacijsko pismen uporabnik, ki se zaveda svojih omejenih zmogljivosti) potrebuje za uspešno iskanje po svetovnem spletu pomoč novih strokovnjakov, ki se spoznajo na ontologije v danem področju; tudi za uspešno uporabo strukturiranih baz podatkov (kot so npr. AGRICOLA, CA, EMBASE, INSPEC, MEDLINE; itd.) potrebujemo strokovno pomoč specializiranega informacijskega brokerja.

Zastarevanje znanja in potreba po novih veščinah – reskilling. Nekateri poklici zastarevajo zaradi hitrih in velikih *tehnoloških* prostorskih in družbenih sprememb. Posamezni poklici zastarevajo vsakih 3–5 let. V tem primeru terja profesionalni razvoj poleg rednega, formalnega izobraževanja tudi vseživljenjsko učenje zaradi opravljanja kompetenc.

Uporaba IKT zahteva od medicinskih sester, da obvladajo nove kompetence.

Z računalniško podprto avtomatizacijo dela (npr. industrijskega) izginja potreba po telesnem delu in znanju neposredno zaposlenega delavca, kako nekaj narediti (deskilling), moč informiranja računalniške tehnologije pa povzroča potrebo po novih veščinah (reskilling) (Šercar 2000).

Delitev dela v zdravstvu in uporaba IKT zahtevata nove kompetence medicinskih sester, da bi lahko uspešno nudile storitve s področja zdravstvene nege uporabnikom. Tako nastaja notranja diferenciacija v profesionalni skupini medicinskih sester, kot eni izmed najbolj heteronomnih

(tudi delitev na medicinske sestre, ki so računalniško bolj pismene, in na medicinske sestre, ki so računalniško manj pismene oz. imajo različne kompetence).

Še vedno bodo potrebne medicinske sestre *praktičarke*, ki bodo imele kompetence za nudenje storitev *klientom, neposredno* vendar pa razvoj zdravstvene nege narekuje nov tip medicinske sestre, ki bo imela kompetence tudi s področja sodobne IKT (reskilling).

Pri obeh tipih medicinskih sester gre za poklic, ki je prepleten z altruizmom. Pri medicinski sestri *praktičarki* gre za nudenje storitev, v *skrbi za druge*, torej za osebne storitve, ki jih uporabnik ne more prenesti na druge uporabnike. Medicinske sestre, ki jih zahteva razvoj zdravstvene nege v 21. stoletju, pa pri delu vse bolj prepletajo poleg računalniških znanj tudi informacije, ki so prenosljive na druge uporabnike. Nastaja torej sprememba poklica, ki delno izgublja lastnost nudenja osebnih storitev v skrbi za druge kot neprenosljive storitve.

Zaključno razmišljanje o kompetencah medicinske sestre. Če govorimo o monopolu, so kompetence skupek izkazanih sposobnosti, znanja, spretnosti, vedenja in stališč posameznikov (Svetlik 2005, 7). Pojem kompetenc zamenjuje kvalifikacije, zmožnosti, sposobnosti, znanje, spretnosti, veščine itd. (Svetlik 2005, 13). Kompetence razumemo kot zmožnosti posameznika, da aktivira, uporabi in poveže pridobljeno znanje v kompleksnih, raznovrstnih in nepredvidljivih situacijah (Perrenoud v Svetlik 2005, 13).

Pomemben prispevek h kompetencam predstavlja Pilotni projekt Tuning educational structures in Europe (2008). Usklajevanje izobraževalnih struktur v Evropi je visokošolski projekt, katerega glavni cilj je izgradnja splošnega pristopa za uvajanje bolonjskega procesa v visoko šolstvo na posameznih akademskih področjih.

V Tuningu so kompetence razdeljene na generične ali splošne, ki so skupne vsem študijskim programom, in specifične kompetence za posamezno akademsko področje.

V slovenskem prostoru aktivnosti medicinskih sester v zvezi s kompetencami segajo v leto 1992, ko so sprejele prvi dokument *Razmejitev zdravstvene nege*, ki so ga pripravile medicinske sestre. Poleg *opredelitev zdravstvene in laične nege, potrebnih pripomočkov in materialov*, ki so potrebni za izvajanje zdravstvene nege, predstavlja dokument *prvi poskus delitve dela v zdravstveni negi* (IVZ RS 1993).

Drugi dokument *Razmejitev zdravstvene nege* so v Zbornici zdravstvene nege Slovenije pripravili leta 1997. *Razmejitev* se je nanašala na *delitev dela med medicinsko sestro in*

zdravnikom. Vloga pri izvajanju nalog, postopkov (pristojnost medicinske sestre) in posegov (pristojnost zdravnika), je bila opredeljena kot samostojna ali odvisna. Opredeljena je bila tudi delitev dela med medicinsko sestro in zdravstvenim tehnikom (MZ RS in ZZNS 1997).

14. 10. 2008 je ZZBNS sprejela dokument *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi* (ZZBNS 2008c). Dokument opredeljuje dejavnost zdravstvene in babiške nege, Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter Mednarodni kodeks za babice, tim zdravstvene in babiške nege, poklicne kompetence v zdravstveni in babiški negi ter seznam aktivnosti v zdravstveni in babiški negi.

Aktivnost je opredeljena kot delovanje izvajalcev zdravstvene in babiške nege, odvisno od potreb ljudi, organiziranosti zdravstvenega sistema, dostopnosti do zdravstvene službe, različnih virov ter novih znanj (ZZBNS 2008c, 27).

Gre za obsežen dokument, ki na osnovi strokovne literature, slovenske zakonodaje (Zakon o zdravstveni dejavnosti), Direktiv EU (od septembra 2005 Direktiva 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij, ki združuje vse regulirane poklice, do tedaj urejene s posebnimi področnimi direktivami) in smernic ICN (2004) *opredeljuje poklicne kompetence medicinske sestre in babice kot reguliranega poklica* (kompetence in aktivnosti so zajete tudi za poklic babice, ker so le-te od leta 2005 vključene v ZZBNS), zato je citiran celoten naslov dokumenta.

Drugi del dokumenta vsebuje seznam aktivnosti *v zdravstveni in babiški negi in oskrbi. Oskrba* je opredeljena kot organizirana oblika pomoči pacientom, invalidnim osebam, stanovalcem in uporabnikom storitev oskrbe, ki je izvajana na domu, v institucionalnem varstvu ali v drugi obliki organiziranega varstva. Izvajajo jo bolničarji/negovalci. (ZZBNS 2008c, 10).

Seznam vsebuje *589 splošnih aktivnosti v zdravstveni in babiški negi*.

Dokument vsebuje *tudi druge aktivnosti*, (ki se nanašajo na specialna področja zdravstvene nege): organizacija dela in razvoj stroke, preprečevanje in obvladovanje okužb, psihična in fizična priprava pacienta, dajanje in priprava zdravil, diagnostično terapevtski posegi in aktivnosti na specialnih področjih (splošno); skupaj je navedenih *508 drugih aktivnosti* ter sezname aktivnosti na posameznih specialističnih področjih (oftalmologija, operativne dejavnosti, endoskopske dejavnosti).

Dokument je izjemen prispevek *k pregledu dejanskih in zelenih (predvidenih) storitev medicinske sestre* (aktivnosti v zdravstveni negi) in kompetenc medicinske sestre opredeljenih v

slovenskih zdravstvenih in drugih predpisih, kompetenc določenih z Direktivami EU ter kompetenc ICN (2004).

Iz gradiv in dokumentov Razmejitev zdravstvene nege (IVZ RS 1993), Razmejitev zdravstvene nege (MZ RS in ZZNS 1997), Kompetence medicinske sestre določene z direktivami EU (2005), Zakona o zdravstveni dejavnosti (2005), Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti (2004), Seznam o spremembah in dopolnitvah Seznama poklicev v zdravstveni dejavnosti (2006) in Seznam o dopolnitvi Seznama poklicev v zdravstveni dejavnosti (2008), Globalne kompetence medicinske sestre ICN (2004), Kompetence v zdravstveni negi v okviru Tuning projekta (2006) in Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (ZZBNS 2008c) so razvidne *številne naloge medicinske sestre, pristojnosti za opravljanje posamezne storitve (postopek, poseg), naraščajoči obseg dela, prevzemanje vedno več nalog s področja medicine in kompetence* (predvsem sposobnosti) za uspešno opravljanje dela.

Medicinske sestre so v Razmejitvah zdravstvene nege (IVZ RS 1993) *razmejile profesionalno zdravstveno in laično nego ter opredelile delitev dela med tema dvema področjema*; leta 1997 so v Razmejitvah zdravstvene nege *opredelile delitev dela med medicinsko sestro (postopki) in zdravnikom (posegi) ter tudi delitev dela znotraj profesionalne skupine*; delitev dela med medicinsko sestro in zdravstvenim tehnikom (na tej delitvi dela temelji empirični del doktorske disertacije). Pri zadnjem obsežnem dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi iz leta 2008 pa *pogrešamo delitev dela med medicinsko sestro in zdravnikom, ki bi jasno določala tudi odgovornost medicinske sestre*, medtem ko je delitev dela znotraj profesionalne skupine zelo natančno opredeljena.

Predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije pojasnjuje:

Predružačili smo "terminološki" pristop, kjer besedico "razmejitev" zamenjujemo z aktivnostmi in kompetencami, saj ocenjujemo, da gre za sodelovanje in ne za razmejitev, razrez, razsek, razdeljevanje zdravstvene obravnave posameznika na "našo in vašo stroko" in stroko drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev (Klemenc 2008, 4).

Temu mnenju se pridružuje tudi vodja delovne skupine za pripravo dokumenta (Železnik 2008). Predsednica zbornice nadaljuje: *Gre za združevanje, sinergijo, celostno obravnavo slehernega pacienta. (Prav tam).*

In prav za to gre: za delitev dela med zdravnikom in medicinsko sestro, za delitev dela med *našo in vašo stroko*, torej med zdravstveno nego in medicino, ki je predmet dolgoletnih razprav; je

nedorečena in je povzročila številna nesoglasja glede pristojnosti dela medicinske sestre, odgovornosti, dopuščanja in podpiranja subkontrole zdravnikov nad delom medicinske sestre; to vodi v deprofesionalizacijo, *zato je prav zaradi nedorečene delitve dela nastala pričujoča doktorska disertacija.*

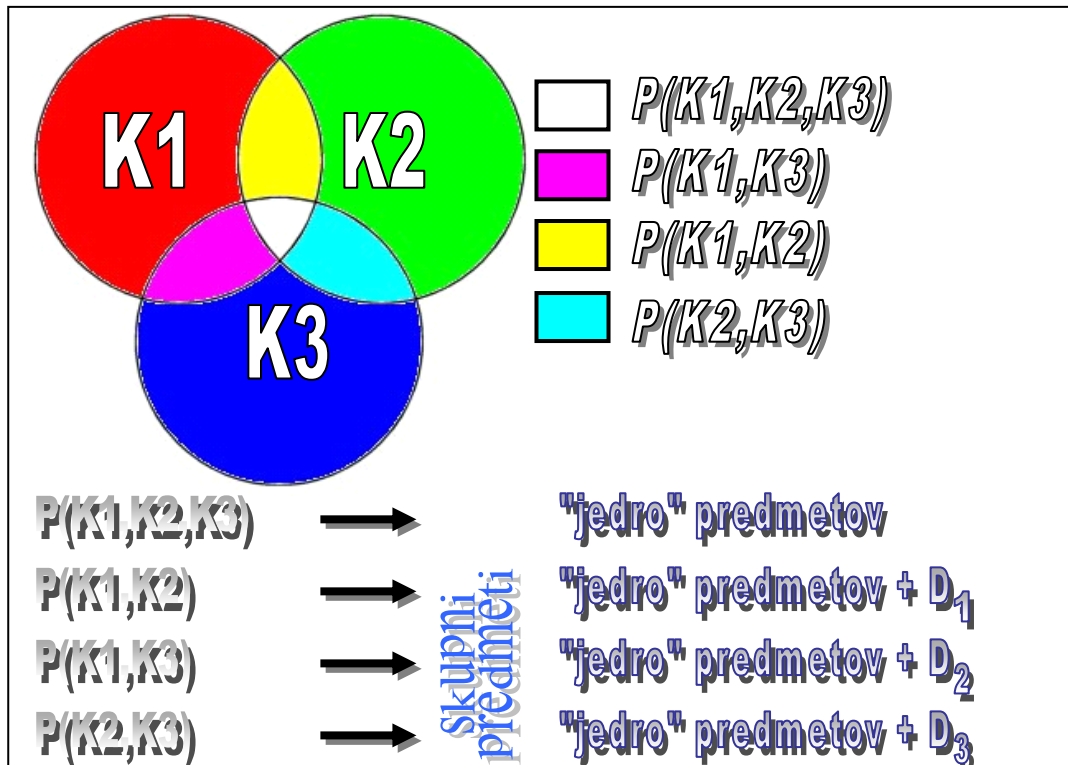
V strokovni terminologiji, in ne v slovenskem izrazoslovju (razmejitev, razrez, razsek, razdeljevanje), pa razmejitve oz. delitve dela med medicinskimi sestrami in zdravniki ne moremo nadomestiti oz. *zamenjati* z aktivnostmi in kompetencami. Bistveno je, da relevantne pojme vsi razumejo enako (Pollard 2006, 66). Kompetence so nujno potrebne za uspešno profesionalno delo medicinske sestre, nedorečena delitev dela in odgovornost pa je vzrok, da se *boj za monopol nad opravljanjem storitev v zdravstvu* nadaljuje.

V Poklicnih aktivnostih in kompetencah v zdravstveni in babiški negi je vgrajena *sodelujoča vloga medicinske sestre*, ki jo je zaznamovala tudi sodobna tehnologija z informatizacijo zdravstva in zdravstvene nege, biomedicinsko tehnologijo in tehnologijo znanja. Sodelujoča vloga medicinske sestre z drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci v zdravstveni negi in zdravniki, in seveda klienti, je pri doseganju skupnih ciljev sicer profesionalna, vendar zamegljuje potrebo po delitvi dela in s tem tudi individualni odgovornost, kot osnovnemu pogoju za profesionalizacijo poklica medicinske sestre.

Natančen vpogled v nagovor predsednice zbornice: *Kompetence v tem trenutku niso izvedljive v vseh okoljih in deloviščih ... ne dajmo si jih vzeti!* (Klemenc 2008, 4) in vodje delovne skupine za pripravo dokumenta: *dokument je obširen posnetek našega strokovnega delovanja, tako izkustvenega kot vizije za naprej* (Železnik 2008, 10) ter pripravljenost predsednika Slovenskega zdravniškega društva za prenos določenih aktivnosti na drugo poklicno skupino, na medicinske sestre in babice (Železnik 2008, 10), nakazuje možnost za dogovor o delitvi dela za dobro sodelovanje.

Model prekrivanja kompetenc. Oblikovali smo model kompetenc medicinske sestre prikazan v shemi 1.1 (Kolenc 2006).

Shema 1.1: Model prekrivanja kompetenc



- Kompetence K1, ki jih pridobi medicinska sestra z zaključenim študijem zdravstvene nege.
- Kompetence K2, ki so K1 + dodatne kompetence (D), za opravljanje dela medicinske sestre na določenem delovnem mestu (medicinska sestra, ki dela na določenem delovnem mestu v visoko tehnološkem okolju, npr. v kirurški intenzivni terapiji, ima kompetence za rokovanje, vzdrževanje in uporabo biomedicinske tehnologije); kompetence K2 se pridobivajo predvsem z opravljanjem dela v določenem poklicnem prostoru in se pridobivajo v vsakdanji praksi; medicinske sestre specialiste npr. biomedicinske tehnologije pa skozi formalno izobraževanje (specializacijo, S) pridobivajo nove specialne kompetence (K1 + K in/ali D + S).
- Kompetence K3 so del K1 in so potrebne za opravljanje določene naloge, ki jo vključuje velika večina delovnih mest (npr. aplikacija zdravil in predvsem profesionalna etika ter sodobna tehnologija). Za usvajanje kompetenc K3 so razen formalnega izobraževanja potrebne tudi delovne izkušnje, po katerih se medicinska sestra uveljavlja kot strokovnjakinja.

Razlika med K2 (K1 + K in/ali D + S) in K3 je v tem, da so kompetence K2 potrebne za profesionalno delo v visoko tehnološkem okolju zdravstva, kompetence K3 pa so del kompetenc K1, kot standardne storitve zdravstvene nege medicinske sestre za opravljanje profesionalnega dela na večini delovnih mest.

Kompetence za medicinsko sestro so opredeljene v naslednjih dokumentih:

1. ICN je leta 2004 (ICN 2004) objavil smernice oz. okvir kompetenc za medicinsko sestro, ki je dovolj širok, da se lahko uporablja v vseh državah, vendar tudi dovolj specifičen, da zagotavlja vodilo državam pri razvijanju nacionalnih kompetenc. ICN je kompetence za medicinske sestre določil v treh sklopih:
 - a) poklicna, etična in pravna praksa,
 - b) upravljanje in zagotavljanje zdravstvene nege,
 - c) razvoj poklica.
2. Kompetence medicinske sestre v Sloveniji so določene v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (2004). Določene so za vsak poklic v zdravstveni negi posebej (profesorica zdravstvene vzgoje, diplomirana in višja medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege in srednja medicinska sestra).
3. Kompetence opredeljene v direktivah EU (2005) so določene za medicinsko sestro (in babico) kot regulirani poklic, za katerega mora posameznik, ki želi opravljati poklic medicinske sestre izpolnjevati z zakonom in drugimi predpisi določene pogoje.
4. Nacionalne kompetence medicinske sestre v Sloveniji so določene v dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (ZZBNS 2008c). V dokumentu so zajeta določila in smernice vseh zgoraj navedenih dokumentov in določene kompetence za posamezne poklice v zdravstveni negi. Glede odgovornosti, ki jo medicinska sestra pri opravljanju dela ima, pa dokument napotuje na Zakon o zdravstveni dejavnosti.

ZZBNS je v tem dokumentu določila naslednje kompetence za diplomirane in višje medicinske sestre:

- *promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja;*
- *organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege;*
- *vodenje negovalnega tima;*
- *izvajanje zdravstvene nege po PZN;*
- *sodelovanje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvajanje diagnostično terapevtskih programov;*
- *spremljanje izidov in učinkov intervencij zdravstvene nege in dokumentiranje;*
- *interdisciplinarno in multisektorsko povezovanje za zagotavljanje kakovostne obravnave pacienta;*
- *ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnosti;*
- *pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra;*
- *raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovosti.*

Iz pregleda ni razvidno, da bi bile v dokumentu določene kompetence za opravljanje dela medicinske sestre podprte s sodobno tehnologijo. Prav tako medicinski sestri ni jasno naloženo varovanje zaupnosti podatkov o pacientu v dokumentaciji in informacijskih sistemih, ki jih omogoča IKT (v kodeksu etike medicinskih sester je ta dolžnost naložena organizaciji ne pa neposredno medicinski sestri) ter ustrezno ravnanje z informacijami, ki jih omogoča

biomedicinska tehnologija (npr. genske karte ipd.). Pogrešamo tudi kompetence za interprofesionalno sodelovanje, za sodelovalno prakso v zdravstvu, komunikacijo in delovanje skladno z etiko skrbi.

SINTEZA: 1. KOLIKO SE JE TEHNOLOGIJA DELA MEDICINSKE SESTRE SPREMENILA?

Tehnologija dela medicinske sestre se je spreminjala, s splošnim tehnološkim razvojem pa je naraščal tudi delež tehnologije, ki je vgrajen v delo medicinske sestre in je delo tudi spreminjal.

Vsi postopki (pristojnost medicinske sestre) in posegi (pristojnost zdravnika), ki so izpopolnjeni in olajšani zaradi boljše tehnologije, se izvajajo danes *drugače* ali boljše (naj bi se) zaradi uporabe metode PZN (v Sloveniji uveden leta 1982; v izobraževanje), dokumentiranja ter boljših materialnih pogojev.

Posledice uvedbe informacijsko podprte biomedicinske tehnologije (sistemi za fiziološki monitoring, za diagnostične preiskave, za kontrolo dajanja zdravil, terapevtski sistemi, ventilatorji, uporaba vsadkov, avtomatski defibrilatorji, genska terapija, uporaba robotov) so naslednje:

- Nova funkcionalnost je prispevala h kakovosti dela zdravnikov (za klienta).
- Delo medicinske sestre je postalo bolj zapleteno in terja nova znanja, spretnosti (reskilling), ki jih pridobi z opravljanjem dela v določenem poklicnem prostoru na delovnem mestu in v vsakdanji praksi ($K2=K1+KD$), s pomočjo vseživljenjskega učenja, specializacije iz biomedicinske tehnologije ($K2=K1+KS$) in $K3$, ki so del $K1$ (Kolenc 2006) in so standardni del dela medicinske sestre v vseh okoljih.
- Terja specialista biomedicinske tehnologije (odmik od poslanstva medicinske sestre in soodvisna vloga v odnosu do informatika in računalničarja).
- Terja spremembe v organizaciji dela.
- Terja spremembe v organiziranosti profesije (profesionalno združenje, študijski programi, ki jih usposablja za delo izven osnovne domene profesije medicinske sestre).
- Ustvarja lahko občutek alienacije, saj depersonalizira medicinske sestre.
- Spreminja odnose med zdravstvenimi delavci in odnose med zdravnikom in pacientom ter medicinsko sestro in pacientom na slabše.
- Medicinska sestra postane *priključek stroju*.
- Medicinska sestra nima strokovne avtonomije, njeno delo kontrolirajo zdravnik, informatik ali tehnolog.
- Posledice biomedikalizacije so devolucija zdravstvene nege, rutinizacija in znižanje storitev na minimum.
- Digitalizacija in miniaturizacija, je omogočila povsem nove tehnologije, uporaba pa je povsem spremenila biomedicinske posege in postopke v zdravstvu.

- Na spremembo dela (poleg računalniške obdelave podatkov o pacientu, vključno z genomskimi in fiziološkimi podatki) vplivajo tudi diagnostične tehnologije, ki so omogočile telemedicino.

Na delo medicinske sestre je vplivala uvedba računalnikov v 60-ih letih prejšnjega stoletja, interneta (inter-network) leta 1990, www (World Wide Web) leta 1995. Program EU o širjenju informatike v medicini Advanced Informatics in Medicine (AIM), ki je potekal od leta 1989 do 1994, je prispeval k medsebojnemu povezovanju sistemov za pomoč pri odločanju s sistemi v zdravstveni informatiki in razvoj telemedicinskega koncepta. Nadaljevanje projekta AIM je projekt GEHR – izgradnja evropskega okvira za shranjevanje in dostop do informacij na področju zdravstva.

Razvoj IKT je prispeval k informatizaciji zdravstva, ki je povečala učinkovitost storitev in zmanjšala stroške pri zagotavljanju informacijske podpore:

- za razvoj zdravstvene nege,
- za znanstveno (zahodno, na dokazih temelječo) medicino,
- za zdravje uporabnikov zdravstvenih storitev,
- za primarno zdravstveno varstvo,
- za aktivnosti pogajanj in nakupa.

V zdravstvu se medicinske sestre srečujejo z eksplozijo informacij, ki jih pri svojem delu potrebujejo, zato je prispevek IKT v zdravstvu izjemen in se kaže: v izboljšavi organizacije in upravljanja v zdravstvu, v razvoju računalniško podprtih *zdravstvenih kartonov*, ki zajemajo vse podatke in slike za vsakega pacienta, razvoju telematskih povezav med zdravniki, laboratoriji, bolnišnicami in zavodi za zdravstveno zavarovanje. Vse to omogoča učinkovito in zanesljivo upravljanje zdravstvenega sistema, zmanjšuje potrebo po tradicionalnih medijih na papirju ter preprečuje podvajanja dragih in nevarnih medicinskih preiskav.

IKT podpira delo medicinske sestre in ga spreminja, tako da:

- olajšuje delo, saj omogoča spremljanje bolezni, iskanje in hitro digitalno komunikacijo;
- zagotavlja hitre in natančne podatke za strokovno presojo, v različnih časovnih obdobjih na celotni klinični populaciji in v različnih okoljih ter geografskih področjih;
- terja nove kompetence za uporabo IKT;
- terja specialiste informatike za področje zdravstvene nege.

Problem je v tem, da medicinska sestra potrebuje nove kompetence in znotraj njih nove spretnosti (reskilling) za uporabo IKT, medtem ko je programiranje in kreiranje znanja (razvoj, evalvacija, sistemsko upravljanje zdravstvenih informacij, ponudbe zdravstvenih storitev, kompleksnost zdravstvenih informacij) za podporo in odločanje v matičnem področju druge znanstvene discipline (informatike) in v domeni druge profesije (informatika).

Medicinska sestra je pri opravljanju dela informacijsko podprte zdravstvene nege zgolj uporabnica znanja druge profesije (informatike); medicinske sestre so različno računalniško in informacijsko pismene oz. imajo različne informacijske kompetence. Posledica tega je odmik od osnovnega poslanstva poklica medicinske sestre, ki naj bi skrbela za klienta neposredno, velik del časa pa se ukvarja z (zapleteno) uporabo IKT.

Še večji odmik od osnovnega poslanstva profesije predstavljajo specialisti informatike zdravstvene nege, ki so sicer nujno potrebni za učinkovito uporabo IKT in upravljanje z informacijami v zdravstveni negi in zdravstvu. Med drugim, bi brez njih velike naložbe v IKT zdravstva, ostale neizkoriščen mrtev kapital.

Čeprav se zdi, da uporaba IKT v zdravstveni negi prispeva k profesionalizaciji poklica, saj terja nove kompetence in olajšuje delo medicinske sestre, pa v bistvu povzroča deprofesionalizacijo poklica. Medicinske sestre na področju IKT ne morejo doseči avtonomije in monopola, če pa specialisti zdravstvene nege to dosežejo, prestopijo v drugo profesijo (informatika).

Tehnologija znanja in znotraj nje ekspertni sistemi so bili najprej razviti v medicini, medicinske sestre pa jo postopoma pričenjajo uporabljati.

Posledice uporabe baz znanja so sledeče:

- odločitve so hitrejše, kakovostnejše in bolj profesionalne;
- omogočajo izvajanje na dokazih temelječe zdravstvene nege;
- zagotavljajo osnovo za raziskovalno delo;
- terjajo nove kompetence za uporabo baz znanja;
- olajšujejo delo, omogočajo nove funkcionalnosti.

PZN kot metode dela v Sloveniji je bil (v izobraževanje) uveden leta 1982 in je povečal kakovost dela medicinske sestre.

Nove zahteve dela v zdravstveni negi terjajo na znanju temelječe delo medicinske sestre. Biomedicinska tehnologija, IKT in tehnologija znanja, ki omogočajo nove funkcionalnosti, nadomeščajo prejšnje delo ali olajšujejo delo, vplivajo na delo medicinske sestre tako, da je delo vedno bolj zapleteno, vedno bolj obsežno. Medicinske sestre prevzemajo vedno več rutinskega dela od zdravnikov, ki zahteva nove kompetence, vsebinsko pa prihaja do odmika od osnovnega poslanstva medicinske sestre – nastaja *devolucija zdravstvene nege* in *deprofesionalizacija poklica medicinske sestre*.

Fizična tehnologija (instrumenti, naprave) spreminja odnos med medicinsko sestro in klientom tako, da postaja vedno manj neposreden *v skrbi za druge* in vedno bolj tehnološko posredovalen, kar vodi v *dehumanizacijo emocionalnega dela medicinske sestre*. Zato si medicinske sestre

morajo prizadevati za čimprejšnjo pridobitev *specifičnega znanja in kompetenc za tehnološko podprto delo, za čimprejšnjo transparentnost tehnologije*, ki bi jim omogočala izvajanje zdravstvene nege in razvijala poklic medicinske sestre v skrbi za druge, pri čemer tehnologija postane zunanji dejavnik, ki to delo podpira.

SINTEZA: 2. VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA PROFESIONALIZACIJO POKLICA MEDICINSKE SESTRE

V teoretičnem delu smo opisali vrste tehnologije (biomedicinska, IKT, tehnologije znanja), ki se v zdravstvu uporabljajo.

Vpliv sodobne tehnologije na:

1. Razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege. IKT podpira teorije zdravstvene nege tako, da olajšuje dostop do teorij, če so na svetovnem spletu, uporabo publikacij v elektronski obliki, rezultatov raziskav za uvajanje na dokazih temelječe zdravstvene nege in raziskav v zdravstveni negi. Uporaba ekspertnih sistemov, ki podpirajo induktive in deduktivne miselne procese medicinske sestre in uporaba baz podatkov olajšujejo pregled in primerjavo teorij ter različnih tehnik v zdravstveni negi.

Biomedicinska tehnologija omogoča nove funkcionalnosti v zdravstvu in zdravstveni negi.

Sodobna tehnologija ne vpliva na razvoj teorij zdravstvene nege, za njeno uporabo so potrebna osnovna znanja teorij in tehnik drugih znanstvenih disciplin (informatike, biologije, fizike, kemije, matematike) in tudi kompetence za opravljanje dela v zdravstvu izven področja zdravstvene nege.

2. Razvitost monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege. Vprašanje monopola nad strokovno dejavnostjo zdravstvene nege je v bistvu vprašanje monopola nad znanjem zdravstvene nege, ki si postavlja cilj kako rešiti probleme. Uspešno reševanje problemov, ki ga omogoča razvit sistem znanja s področja zdravstvene nege, prispeva k večji avtonomiji v odnosu do zdravnikov in višjemu statusu v družbi.

Uporaba sodobne tehnologije terja nova znanja, ki so nujno potrebna za uspešno opravljanje dela medicinske sestre; so predmet drugih znanstvenih disciplin, ki so te tehnologije ustvarile in na katerih ne morejo doseči monopola, ker ga kontrolira razvita dominantna profesija zdravnikov, pa tudi informatikov, biologov, fizikov in drugih tehnologov.

Znanje s področja zdravstvene nege je zato le del osnovnega znanja s področja drugih disciplin, potrebnega za delo medicinske sestre. Zaradi tega je oteženo pridobivanje monopola nad znanjem zdravstvene nege, ki ga ne priznavata zdravniška profesija niti država; posledica so relativno slabe plače in status v družbi.

Sodobna tehnologija torej vpliva na potrebo po dodatnem osnovnem znanju iz drugih znanstvenih disciplin, ne vpliva pa na monopol nad drugim znanjem in spretnostmi izven področja zdravstvene nege.

Znanje in spretnosti za uporabo tehnologij so del monopola medicinske sestre le v odnosu do zdravnika, ne prispeva pa k večji stopnji monopola za opravljanje specifične dejavnosti medicinske sestre, tj. s področja zdravstvene nege.

3. Prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev. Danes je vsak poklic do določene mere informatiziran, zato medicinska sestra, ki dela z računalnikom, ni prav nič bolj razpoznavna od drugih profesij. Tudi uporaba biomedicinske tehnologije ne vpliva na javno prepoznavnost medicinske sestre, saj to tehnologijo upravljajo tudi drugi poklici.

4. Organiziranost profesije medicinske sestre. Sodobna tehnologija vpliva na organiziranost vsake profesije, vendar ne specifično.

Organiziranost profesije medicinske sestre podpira IKT, brez katere si ni moč zamisliti npr. izvajanja strokovnih izobraževalnih programov. Uporaba IKT je del univerzalne nove paradigme, po kateri je vsako strokovno in znanstveno delo povezano z uporabo sodobne računalniške IKT.

Kot vsako drugo *sredstvo za proizvodnjo* vpliva tudi uporaba biomedicinske tehnologije na oblikovanje in organiziranost družbenih odnosov v poklicnem prostoru (institucij, v katerih so medicinske sestre zaposlene). Če npr. v bolnišnici ni EKG ali npr. CT ni, ni niti potrebe po organiziranosti dela, ki ga terja uporaba te tehnologije.

Pri organiziranosti profesionalnih združenj medicinskih sester se uporablja sodobna tehnologija v obliki računalniško podprtega poslovanja društva, baz podatkov o članstvu, licencah in drugih potrebnih evidenc.

Uporaba sodobne tehnologije torej spreminja delo medicinske sestre v profesionalnih organizacijah (zdravstvene delovne organizacije, profesionalna združenja, izobraževalne institucije), vendar ne prispeva k nastajanju novih oblik organiziranosti poklica, s pomočjo katerih ocenjujemo stopnjo organiziranosti poklica in s tem tudi njegovo profesionalizacijo.

5. Profesionalna etika medicinske sestre. Uporaba tehnologij vključuje tudi ustrezna etična načela in presoje. Tako uporaba IKT zahteva razvoj posebne informacijske etike, biomedicinska tehnologija pa razvoj bioetike, ki naj postanejo sestavni del etičnega delovanja medicinske sestre *v skrbi za druge*.

Tehnologija deluje kot *vmesni dejavnik* v odnosu med medicinsko sestro in klientom, in sicer z vsemi posledicami, ki jih tak vedno bolj *posredujevalen* način dela povzroča, hkrati pa ne prispeva k razvoju profesionalne etike medicinske sestre, ki je usmerjena v etiko skrbi.

2 METODE IN TEHNIKE RAZISKOVANJA

2.1 NAČRT RAZISKAVE

V teoretskem delu doktorske disertacije je predstavljena profesionalizacija poklicev kot proces, profesionalizacija poklica medicinske sestre po teoriji profesij Turner-Hodgea in Šporerjeve,⁷ sodobna tehnologija, ki se uporablja v zdravstvu, in kompetence medicinske sestre.

Ker smo domnevali, da sodobna tehnologija vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre, čeprav predhodna literatura te domneve ne podpira v celoti, bomo v empiričnem delu doktorske disertacije (a) *predstavili raziskovalne hipoteze, metode in tehnike zbiranja podatkov ter vzorec in rezultate raziskave*, (b) *ugotovili stopnjo razvitosti posameznih dimenzij*, ki karakterizirajo profesijo na *osnovi raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji*, (c) *ocenili dejansko in želeno profesionalizacijo in frustracijo poklica medicinske sestre*, (d) *izmerili vpliv tehnologije in tehnike na profesionalizacijo poklica medicinske sestre*, (e) *primerjali nekatere rezultate raziskav o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji z rezultati nekaterih primerljivih raziskav o medicinskih sestrah v Sloveniji* in (f) *analizirali tipično tehnologijo, delo, delitev dela, kompetence, potrebno znanje, učenje in usposabljanje za razvoj kompetenc medicinske sestre (nekoč, danes, jutri) in (g) ocenili vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre in hkrati na spreminjanje dela medicinske sestre*.

Izvirni prispevek doktorske disertacije je v *preverjanju profesionalizacije poklica medicinske sestre v Sloveniji* in sicer po dodatnih dimenzijah glede na tiste, ki smo jih že uporabili v magistrskem delu² (prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev). To so: razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege, monopol nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege, organiziranost profesije in razvitost profesionalne etike.

Glavna neodvisna spremenljivka je uporaba sodobne tehnologije, ki se v zdravstvu uporablja in njen vpliv na stopnjo profesionalizacije poklica medicinske sestre in hkrati na spreminjanje dela medicinske sestre.

Za povečanje veljavnosti izidov doktorske disertacije ***smo uporabili triangulacijo***. ***Triangulacija*** je najpogosteje uporabljen pojem v družboslovnih metodoloških razpravah (Crano 2000, Erzberger in Kelle 2003 v Lobe 2006) in *najpogosteje uporabljen koncept za označevanje kombinacije kvantitativnih in kvalitativnih metod* (Bryman 1992 v Lobe 2006). Zaradi svojih

značilnosti pa je tudi najpogosteje uporabljena za označevanje ostalih načrtov združenih metod (Lobe 2006, 62).

Webb s sodelavci in Denzin (Lobe 2006, 62) zagovarjajo dejstvo, da je hipoteza preverjena z več kot eno metodo, bolj veljavna od tiste, ki je preverjena le z eno metodo. Prvotnemu pomenu triangulacije, ki vključuje le kombinacijo različnih metod je Denzin dodal še kombinacijo raziskovalcev in teoretskih vidikov. Razlikuje med štirimi vrstami triangulacije:

1. *Metodološka triangulacija* (uporaba različnih metod v eni raziskavi ali ponavljajočo se uporabo ene same metode ob različnih priložnostih v eni raziskavi).

V doktorski disertaciji so uporabljene naslednje metode:

- metoda analize konteksta (analiza virov, ki smo jih izbrali kot relevantne (individualni pristop k iskanju in selekciji informacij) glede na temo (kontekst) in cilje (motive) doktorske disertacije),
- metoda zgodovinske in kritične analize,
- statistične metode: hi-kvadrat testi, kontingenčni koeficienti,
- interpretacija in pojasnjevanje kvantitativnih podatkov,
- metoda ocenitve stopnje profesionalizacije po modelu, ki smo ga izdelali.

2. *Triangulacija podatkov* (uporaba različnih vrst podatkov, kvalitativnih in kvantitativnih, ki so zbrani z različnimi ali z eno samo metodo).

V doktorski disertaciji so zbrani podatki:

- iz literature, ki smo jo izbrali kot relevantno podlago za ocenitev kazalnikov stopnje razvitosti profesionalizacije poklica medicinske sestre in vpliva sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica in spreminjanje dela medicinske sestre (prikazani in interpretirani v razpravi);
- Statističnega urada Republike Slovenije;
- z individualnim strukturiranim intervjujem (medicinske sestre in uporabniki zdravstvenih storitev) in pisno anketo (študenti), ki so bili osnova za: (a) statistične izračune hi-kvadrat testov in kontingenčnih koeficientov, (b) ocenitev stopnje profesionalizacije poklica medicinske sestre po modelu ocenitve, ki smo ga izdelali in (c) za ocenitev vpliva sodobne tehnologije na spreminjanje dela in profesionalizacijo poklica medicinske sestre;
- za analizo tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja, učenja in usposabljanja za razvoj kompetenc medicinske sestre nekoč, danes, jutri.

3. *Triangulacija raziskovalcev* (sodelovanje različnih raziskovalcev, ki vsak s svojim specifičnim pogledom in pristopom k raziskovalnemu problemu doprinesejo k analizi in interpretaciji podatkov).

V doktorski disertaciji so sodelovali:

- ekspertna skupina v sestavi visokošolskih učiteljev s področja medicine in zdravstvene nege za pregled Analize tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja in pridobivanja znanja ter usposabljanja za razvoj kompetenc v zgodovinski perspektivi;
- dva dodatna raziskovalca: višja predavateljica s področja zdravstvene nege in doktorandka študija zdravstvene nege Univerze v Oulu na Finskem ter asistent s področja zdravstvene informatike sta bila v raziskavo vključena zaradi zanesljivosti ocenitve stopnje profesionalizacije poklica medicinske sestre.

4. *Teoretska triangulacija podatkov* (označuje različne teoretske vidike, na podlagi katerih raziskovalci pri proučevanju določenega pojava oblikujejo različne hipoteze).

V doktorski disertaciji so prikazani različni teoretski interdisciplinarni pristopi. Med njimi sta osnovni teoriji profesij *Turner-Hodgea*, dopolnjena s *Šporerjevo profesionalno etiko* in *Abbottova teorija profesionalizma in prihodnost profesij*, ki se v razpravi konfrontirata; rezultat teh, slovenskih in mednarodnih virov ter avtoričinih idej in sklepanj je *prispevek doktorske disertacije*.

Osnovna hipoteza

H: Sodobna tehnologija vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre.

Da bi lahko verificirali osnovno hipotezo, bomo *najprej izmerili stopnjo razvitosti poklica medicinske sestre* in ocenili dejansko in želeno profesionalizacijo ter stopnjo frustracije medicinskih sester.

V prvem sklopu bomo izpeljali naslednje raziskovalne hipoteze:

H1a: Stopnja razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege je nizka.

H1b: Stopnja razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege je nizka.

H1c: Stopnja prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev je nizka.

H1d: Stopnja organiziranosti poklica medicinske sestre je nizka.

H1e: Stopnja razvitosti profesionalne etike medicinskih sester je nizka.

H1f: Predpostavljamo, da je poklic medicinske sestre v Sloveniji, po teoriji profesij Turner-Hodgea in Šporerjeve, relativno slabo razvit.

H1g: Predpostavljamo, da gre pri poklicu medicinske sestre za visoko stopnjo frustracije.

H1h: Spolna segregacija vpliva na status in plače medicinskih sester v EU in v Sloveniji.

V drugem sklopu bomo izmerili vpliv tehnologije in tehnike na profesionalizacijo poklica medicinske sestre po posameznih dimenzijah profesije. Hipotezi sta:

H2a: Uporaba tehnike (uporaba računalnika) vpliva na stopnjo razvitosti vseh petih dimenzij, ki karakterizirajo profesijo.⁷

H2b: Uporaba tehnologije (uporaba PZN) vpliva na stopnjo razvitosti vseh petih dimenzij, ki karakterizirajo profesijo.⁷

Tretji sklop predstavlja preverjanje hipotez po teoriji profesij Turner-Hodgea, dopolnjeni s profesionalno etiko (Šporer).

Da bi lahko verificirali osnovno hipotezo (sodobna tehnologija vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre), smo o vplivu sodobne tehnologije postavili naslednje hipoteze:

H3a: Sodobna tehnologija vpliva na stopnjo razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

H3b: Sodobna tehnologija vpliva na stopnjo razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

H3c: Sodobna tehnologija vpliva na stopnjo prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev.

H3d: Sodobna tehnologija vpliva na stopnjo organiziranosti poklica medicinske sestre.

H3e: Sodobna tehnologija vpliva na stopnjo razvitosti profesionalne etike medicinske sestre.

H3f: Predpostavljamo, da sodobna tehnologija vpliva na razvoj poklica medicinske sestre v Sloveniji (po teoriji profesij Turner-Hodgea in Šporerjeve).⁷

Četrta sklop predstavlja analitičen prikaz tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja in pridobivanje znanja ter usposabljanja za razvoj kompetenc v zgodovinski perspektivi. Hipoteze so:

H4a: Sodobna tehnologija spreminja delo medicinske sestre.

H4b: Sodobna tehnologija vpliva na razvoj novih kompetenc za uporabo le-te.

H4c: Sodobna tehnologija vpliva na nadaljnjo delitev dela v zdravstvu in zdravstveni negi.

H4d: Sodobna tehnologija vpliva na delitev dela in vertikalno diferenciacijo medicinske sestre.

H4e: Sodobna tehnologija vpliva na profesionalno delo medicinske sestre.

Namen in predmet raziskave

1. Ugotoviti stopnjo razvitosti posameznih dimenzij po teoriji profesij Turner-Hodgsea in Šporerjeve,⁷ ki karakterizirajo profesijo.

Podatke smo pridobili z *individualnim strukturiranim intervjujem in pisno anketo*. Raziskava je bila *geografsko omejena* na območje SV Slovenije (Štajerska, Koroška, Prekmurje) in je potekala med 22. in 25. majem 1998. Respondenti so bili *višje medicinske sestre in višji zdravstveni tehniki* (n=168), *potencialni uporabniki zdravstvenih storitev* (prebivalci, n=168), *študenti in absolventi zdravstvene nege UM VZŠ* (n=82). Anketarji so bili študenti 2. letnika UM VZŠ, generacije 1996/1997.

Anketarje smo usposabljali tako, da smo jim predstavili probleme raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre, pojasnili vprašalnike in posamezne formulacije vprašanj. Študenti so igrali vloge anketarjev in anketirancev, dobili pa so splošna navodila, kako pristopiti, voditi razgovor in vzpostaviti kontakt. Pripravili smo jim tudi pisna navodila za anketiranje.

Vsebinska predstavitev raziskave, metod in tehnik dela ter usposabljanje anketarjev, vključno s šifriranjem in vnosom podatkov, je trajala 25 ur za skupino, sodelovalo je 94 študentov, razdelili smo jih v 3 skupine.

Respondente smo pisno zaprosili za sodelovanje, kratko smo jim predstavili problem raziskave (odklonitev ni bilo), podali smo pisna zagotovila o varovanju osebnih in zbranih podatkov ter pisna zagotovila o anonimnosti podatkov respondentov. Pisno smo zaprosili za dovoljenje za izvajanje raziskave 8 zdravstvenih in socialnih zavodov (odklonitev ni bilo), saj so intervjuji z medicinskimi sestrami pogosto potekali na delovnem mestu.

Kljub pripombi anketarjev, da je bil vprašalnik za medicinske sestre preobsežen, saj je intervju v povprečju trajal eno uro, so anketarji zelo motivirano in natančno opravili svoje delo.

Neveljavnih vprašalnikov ni bilo, zato so vsi obdelani.

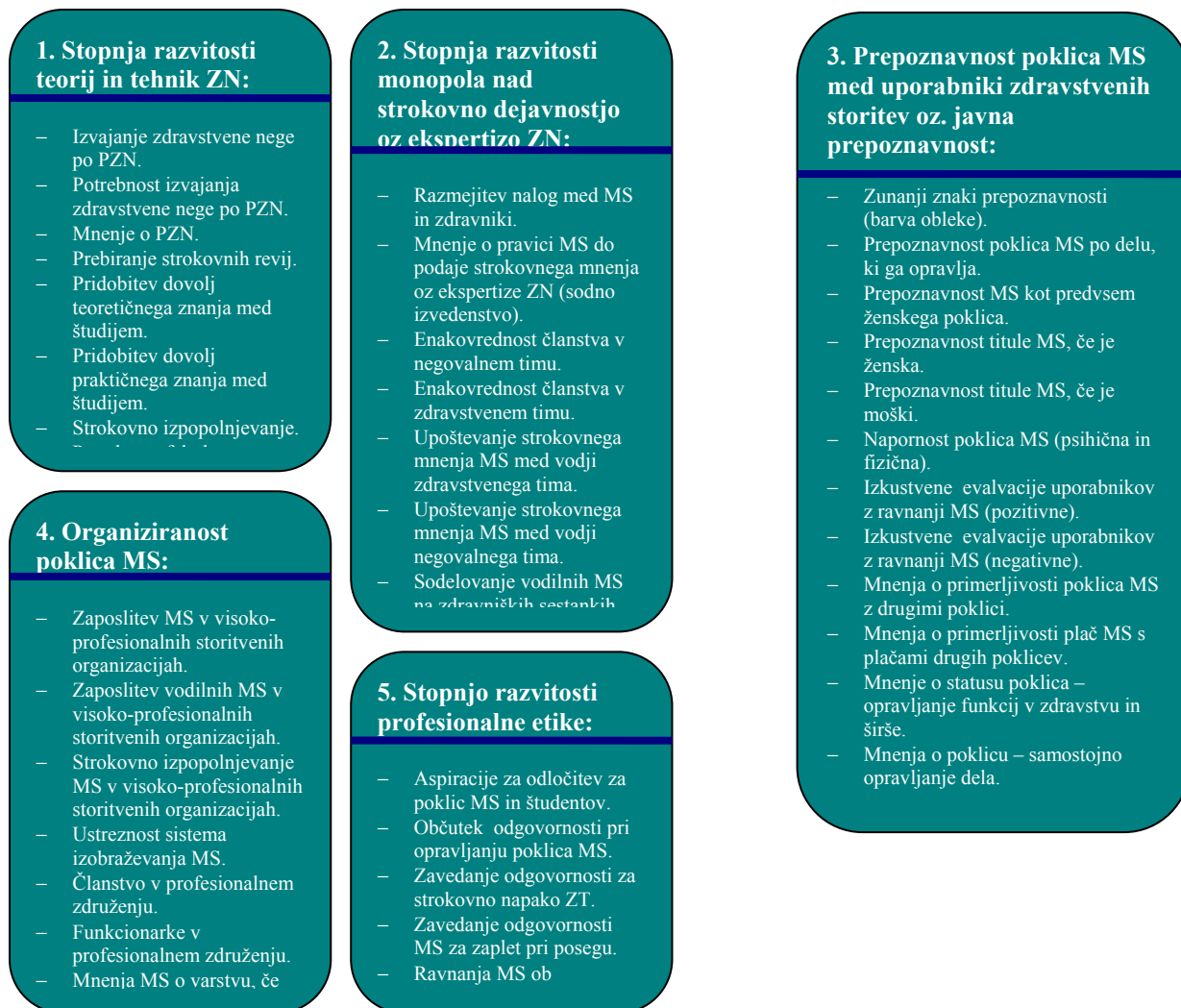
En študent je zavrnil odgovor.

En respondent je zavrnil odgovor.

Stopnjo razvitosti posameznih dimenzij, ki karakterizirajo profesijo, smo ugotavljali s statističnimi izračuni hi-kvadrat testov in kontingenčnih koeficientov.

Razvitost posameznih dimenzij, ki karakterizirajo poklic medicinske sestre, smo operacionalizirali s pomočjo kazalcev po naslednjem modelu (glej shemo 2.2):

Shema 2.2: Model operacionalizacije s pomočjo kazalcev, po katerih je ocenjena stopnja razvitosti posamezne dimenzije profesionalizacije poklica medicinske sestre



2. Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre

Oceno dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre smo opravili s pomočjo rezultatov raziskave o profesionalizacije poklica medicinske sestre v SV Sloveniji po vseh petih dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo.

Natančnejša metoda ocenitve na to temo bo pojasnjena in tabelarno predstavljena v poglavju 3.2 Rezultati.

3. Vpliv tehnologije in tehnike na profesionalizacijo poklica medicinske sestre

Vpliv tehnologije (uporaba PZN) in tehnike (uporaba računalnika) na profesionalizacijo poklica medicinske sestre smo ugotavljali s hi-kvadrat testi in kontingenčnimi koeficienti po vseh petih dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo.

4. Primerjava nekaterih rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji z rezultati nekaterih primerljivih raziskav o medicinskih sestrah v Sloveniji.

Primerjali smo nekatere rezultate raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji iz leta 1998 z rezultati nekaterih primerljivih raziskav o medicinskih sestrah v slovenskem prostoru (1997, 2001, 2003, 2005 in 2006).

5. Analitični prikaz tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja, učenja in usposabljanja za razvoj kompetenc medicinske sestre (nekoč, danes in jutri).

Podatke za preteklost smo pridobivali s pomočjo ustrezne literature, ocen na podlagi lastnega poznavanja dela in lastnih izkušenj ter poznavanja poklicev v zdravstvu.

Podatke o obstoječem stanju smo pridobili iz strokovne literature s področja zdravstvene nege in druge pomembne literature na to temo ter lastnega poznavanja dela.

Podatke, ki so nam omogočili napovedi/predvidevanja za prihodnost, smo pridobili iz ustrezne znanstvene in strokovne literature na to temo.

Izbrali smo metodo analize konteksta. Kontekstna analiza v tem primeru pomeni analizo virov, ki smo jih izbrali kot ustrezne (individualni pristop k iskanju in selekciji informacij) glede na temo (kontekst) in cilje (motive) doktorske disertacije.

Analizo tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja in pridobivanja znanja ter usposabljanja za razvoj kompetenc v zgodovinski perspektivi je pregledala ekspertna skupina. Skupino so sestavljali visokošolski učitelji s področja zgodovine medicine in zdravstvene nege.¹⁰

5.1. Vpliv sodobne tehnologije na spreminjanje dela medicinske sestre in profesionalizacijo poklica medicinske sestre bomo prikazali s pomočjo Analize tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja, učenja in usposabljanja za razvoj kompetenc medicinske

¹⁰ Zasl. prof. dr. Viljem Brumec, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, viš. predav. dr. Bojana Filej, viš. med. ses., univ. dipl. org. dela, viš. predav. mag. Ana Habjanič, viš. med. ses., univ. dipl. org. dela in predav. Antonija Ivanuša, viš. med. ses., univ. dipl. org. dela. Ekspertna skupina za pregled Analitičnega prikaza tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja in pridobivanja znanja ter usposabljanja za razvoj kompetenc v doktorski disertaciji Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre. Univerza v Mariboru Medicinska fakulteta in Fakulteta za zdravstvene vede.

sestre (nekoč, danes in jutri) in ustrezne znanstvene in strokovne literature ter drugih virov vključno z najnovejšimi. Uporabili bomo metodo zgodovinske in kritične analize.

2.2 METODE IN TEHNIKE ZBIRANJA PODATKOV

Upravičenost uporabe individualnega strukturiranega intervjuja in pisne ankete za pridobivanje podatkov: mnenja, predlogi in izkušnje respondentov so verodostojen vir podatkov, zato je z njihovo pomočjo mogoče posamezne dimenzije profesionalizacije jasno operacionalizirati.

Raziskovalne instrumente za globinske individualne intervjuje in pisano anketo je pripravila avtorica na osnovi študija relevantne javno dostopne literature s področja sociologije dela in sociologije profesij, zdravstvene nege in metodologije družboslovnega raziskovanja. Upoštevana so bila raziskovalna metodološka določila, vsebinski in strukturni ter vizualni vidik. *Vprašalniki in posamezne formulacije vprašanj so bili preverjeni v šoli anketarjev, ki jo je avtorica izvedla s 94 študenti, ki so v raziskavi sodelovali.*

Vprašalnik za medicinske sestre je vsebinsko zajemal vprašanja o medicinski sestri, delovni karieri in urejenosti strokovnega področja. *Vprašalnik za uporabnike zdravstvenih storitev* je zajemal podatke o respondentu, prepoznavnosti poklica medicinske sestre (zunanji znaki, prepoznavnost storitev, izkustvene evalvacije, primerljivost poklica in plač z drugimi poklici). *Vprašalnik za študente* je zajemal splošne podatke o študentu, aspiracijah za odločitev za poklic, o mnenjih o izvajanju pedagoškega procesa in o mnenjih o tem, kako študenti drugih fakultet cenijo študente zdravstvene nege (Priloge A, B in C).

Ker smo si zadali cilj, da bomo izmerili stopnjo razvitosti poklica po dimenzijah, ki po izbrani teoriji karakterizirajo profesijo smo *izbrali le nekatere kazalnike*, saj bi sicer bila raziskava preobširna glede na osrednjo temo doktorske disertacije (statistični rezultati so kot priloga sestavni del doktorske disertacije). Pri ocenitvi stopnje razvitosti posamezne dimenzije profesionalizacije je avtorica še z dvema dodatnima raziskovalcema ocenjevala posamezne kazalnike, pri čemer so bili *upoštevani statistični izračuni hi-kvadrat testov tudi drugih kazalnikov, ki so kot priloga sestavni del magistrskega dela² in doktorske disertacije, ki so služili za ocenitev kazalnikov, ki smo jih v raziskavo vključili.*

Vprašalnik za medicinske sestre je vseboval 93 vprašanj, od tega 58 (62,4 %) zaprtih, 23 (24,7 %) polodprtih in 12 (12,9 %) odprtih vprašanj.

Vprašalnik za potencialne uporabnike zdravstvenih storitev (prebivalce) je vseboval 22 vprašanj, od tega 10 (45,4 %) zaprtih, 6 (27,3 %) polodprtih in 6 (27,3 %) odprtih vprašanj.

Pisna anketa za študente zdravstvene nege na UM VZŠ je vsebovala 20 vprašanj, od tega 15 (75,0 %) zaprtih, 3 (15,0 %) polodprtih in 2 (10,0 %) odprtih vprašanj.

Stopnje obdelave podatkov:

- šifriranje na podlagi plana šifer iz obstoječih šifrantov krajev, šol, poklicev;
- šifriranje z na novo oblikovanimi šifranti:
 - vprašalnikov,
 - odgovorov na vsa zaprta vprašanja,
 - odgovorov na polodprta in odprta vprašanja;
- osnovno štetje, tj. frekvenčna distribucija za vse dimenzije, ki so v raziskavo vključene;
- izvajanje postopkov za vrednotenje že urejenih podatkov;
- vnos podatkov v računalnik;
- izračuni statističnih signifikantnosti s pomočjo hi-kvadrat testov in kontingenčnih koeficientov nekaterih sociodemografskih znakov.

Orodja za računalniško obdelavo podatkov: program SPSS, verzija 12.0 in Microsoft Excel.

2.3 VZOREC

Kriteriji vzorčenja niso bili vnaprej strogo določeni, gre za slučajni (verjetnostni) vzorec. Anketarji so v domačem okolju izbrali za intervju dva respondenta, po možnosti zaposlena v preventivni in/ali kurativni zdravstveni dejavnosti. *Vrnjeni in obdelani so bili vsi vprašalniki.*

2.3.1 Medicinske sestre

V Sloveniji je bilo konec leta 1997 v zdravstvu zaposlenih višjih medicinskih sester in višjih zdravstvenih (medicinskih) tehnikov (v nadaljevanju medicinske sestre) skupaj 3.187 (SURS 1998), naš vzorec predstavlja 5,3 % (n=168) celotne populacije v zdravstvu zaposlenih medicinskih sester v Sloveniji, omejen pa je na SV Slovenijo.

Naj kot primer navedemo, da je v raziskavo Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki leta 2005 bilo od skupnega števila 3.536 v zdravstvu zaposlenih medicinskih sester v Sloveniji, v raziskavo vključenih 261 (Pahor in Vrbovšek 2006, 216) ali 7,4 % medicinskih sester, v vzorcu raziskave pa medicinske sestre predstavljajo 17,9 % delež (Vrbovšek 2006, 76).

Leta 2003 je bilo v raziskavo Zdravstvena nega v luči etike od skupnega števila v zdravstvu zaposlenih medicinskih sester v Sloveniji 3.404 (SURS 2003) v raziskavo vključenih 223 (Kvas 2003, 209) ali 6,6 % vseh medicinskih sester.

V letu 2001 je bilo v raziskavo Medicinske sestre v Sloveniji, od skupnega števila 3.221 v zdravstvu zaposlenih medicinskih sester v Sloveniji (SURS 2002) v raziskavo vključenih 403 (Kvas in Seljak 2004, 66) ali 12,5 % medicinskih sester.

Od vseh v zdravstvu zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji pa je bilo v raziskavo zajetih medicinskih sester: leta 2005, 261 ali 1,7 % (SURS 2005); leta 2003, 223 ali 1,5 % (SURS 2003); leta 2001 403 ali 2,9 % (SURS 2002) in leta 1998 168 ali 1,3 % (SURS 1998).

Po teh kriterijih je naš vzorec primerljiv z vzorci navedenih raziskav, še najbolj z vzorcem iz leta 2003, omejen pa je na SV Slovenijo.

Število medicinskih sester (višjih in diplomiranih) je od leta 1998 do 2005 naraslo za 349, leta 2006 je bilo v zdravstvu zaposlenih 3.804 medicinskih sester ali 617 več kot v času naše raziskave (SURS 2008), samo v študijskem letu 2007/2008 pa je diplomiralo 423 medicinskih sester, v tem obdobju je bilo skupaj tudi 563 absolventov (IVZ RS 2007). Pričakovati je povečano rast števila medicinskih sester tudi zaradi naraščajočega števila šol za zdravstveno nego.

Po zadnjih podatkih (SURS 2008) je bilo leta 2006 skupaj 15.505 v zdravstvu zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege, od tega 3.804 ali 24,5 % (1940 diplomiranih in 1864 višjih medicinskih sester) medicinskih sester. V obdobju med letom 1998 in 2006 se je za 14,8 % povečalo število vseh v zdravstvu zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege v prid medicinskih sester (delež povečanja števila medicinskih sester znaša 16,2 %, zdravstvenih tehnikov pa 13,5 %).

Sociodemografski znaki

Spolna struktura medicinskih sester. V raziskavo je bilo vključenih 168 medicinskih sester, od tega 160 (95,2 %) medicinskih sester in 8 (4,8 %) višjih zdravstvenih tehnikov, kar odgovarja spolni strukturi te profesionalne skupine v času naše raziskave.

V raziskavi Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki (Pahor in Vrbovšek 2006, 211) je bilo vključenih 92,5 % žensk in 7,5 % moških (podatek se nanaša le na medicinske sestre).

V tem obdobju je na visokih zdravstvenih šolah študiralo 89,8 % žensk in 10,2 % moških (Vrbovšek 2006, 75).

Starostna struktura medicinskih sester kaže, da je 46 (27,4 %) medicinskih sester starih od 41–50 let, 45 (26,8 %) starih od 31–40 let, 42 (25,0 %) starih od 21–30 let in 35 (20,8 %) medicinskih sester starih od 51–60 let. Povprečna starost anketiranih medicinskih sester je 38,9 let. Primerljivost ni možna, saj SURS ni objavil statističnih podatkov o povprečni starosti medicinskih sester. Po zadnjih znanih podatkih za leto 2008 je bilo v Sloveniji skoraj 40 % medicinskih sester starejših od 45 let, nadaljnjih 28 % pa jih je bilo razvrščenih v starostni razred od 35 do 44 let. Priliv mladih s tem poklicem je premajhen, da bi zadostil vsem potrebam v zdravstveni dejavnosti (SURS 2009a). Ta podatek žal ni primerljiv, saj se nanaša ne vse izvajalce zdravstvene nege³ in ne le na medicinske sestre, je pa zaskrbljujoč.

Podatki kažejo, da je bil največji delež intervjuvanih medicinskih sester leta 1998, 48,2 % starih med 41 in 60 let, v raziskavi Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki (Pahor in Vrbovšek 2006, 212) pa je največji delež medicinskih sester 65,0 % v starostnih razredih med 25 in 44 leti, starejših od 45 let je 25,2 %. Žal povprečne starosti ne moremo primerjati, ker so bili v navedeni raziskavi (Pahor in Vrbovšek 2006) poleg medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov zajeti tudi zdravniki.

Zaposlitev. Največ medicinskih sester 77 (45,8 %) je zaposlenih v bolnišnici, 66 (39,3 %) v zdravstvenem domu in 25 (14,9 %) v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih.

V Sloveniji je bilo leta 1998 v bolnišnicah in specialnih zavodih zaposlenih 1795 (56,3 %) medicinskih sester (primerjava ni povsem možna, ker se naši podatki nanašajo le na bolnišnico), v zdravstvenih domovih 1.018 (31,9 %), tudi podatki o drugih zdravstvenih in socialnih zavodih niso primerljivi, ker so kriteriji zajemanja podatkov različni (SURS 1998).

V raziskavo Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki (Pahor in Vrbovšek 2006, 215) je bilo leta 2005, vključenih 56,3% medicinskih sester zaposlenih v bolnišnicah in 26,1 % zaposlenih v zdravstvenih domovih. Ostali podatki o zaposlitvi niso primerljivi zaradi različnega zajemanja.

Delovno mesto. V raziskavi je sodelovalo 100 (59,5 %) nevodilnih in 68 (40,5 %) vodilnih medicinskih sester.

Podatki raziskave Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki (Pahor in Vrbovšek 2006, 215) kažejo, da je 40,0 % medicinskih sester imelo vodstveno oz. vodilno delovno mesto.

Glede na to da nismo razmejevali vodstvenih mest in vodilnih funkcij medicinskih sester se naši podatki ujemajo z rezultati raziskave leta 2005 o medpoklicnem sodelovanju.

Delovna doba v zdravstvu. Največ medicinskih sester 59 (35,1 %) ima do 10 let delovne dobe, 50 (29,8 %) od 21–30 let, 38 (22,6 %) od 11–20 let in 21 (12,5 %) od 31 in več let delovne dobe v zdravstvu.

Več kot polovica (52,4%) intervjuvanih medicinskih sester ima med 11 in 30 let delovne dobe, povprečna delovna doba v zdravstvu je 17,0 let.

Zdravniško oz. zdravstveno tradicijo ima v bližnjem in daljnem sorodstvu dobra tretjina medicinskih sester (39,9 %), od tega 21 (12,5 %) v bližnjem in 46 (27,4 %) v daljnem sorodstvu.

2.3.2 Prebivalci, potencialni uporabniki zdravstvenih storitev

Kriteriji vzorčenja niso bili vnaprej strogo določeni, gre za slučajni (verjetnostni) vzorec, raziskava pa je omejena na SV Slovenijo. Anketarji so dobili dva vprašalnika in navodila, da vsak anketar v svojem domačem kraju izbere dva respondenta različnega spola, starosti, izobrazbe in zaposlitve.

Anketarji so vrnilo izpolnjene vse vprašalnike, neveljavnih ni bilo, zato so *vsi obdelani*.

Sociodemografski znaki

Spolna struktura. V raziskavo je bilo vključenih 168 respondentov, od tega 65 (38,7 %) moških in 103 (61,3 %) ženske.

Starostna struktura. Po starostni strukturi je bilo v raziskavo vključenih starih do 20 let 7 (4,2 %), od 21 do 30 let 52 (31,0 %), od 31 do 40 let 22 (13,1 %), od 41 do 50 let 41 (24,4 %), od 51 do 60 let 25 (14,9 %) in nad 60 let 21 (12,5 %) respondentov.

Povprečna starost respondentov je bila 40,8 let. Povprečna starost prebivalcev v Sloveniji je konec leta 1997 znašala 37,5 let (SURS 1998).

Izobrazbena struktura. Strokovna izobrazba respondentov je naslednja: osnovnošolska izobrazba 29 (17,3 %), srednješolska 109 (64,8 %) in višja ter visokošolska 30 (17,9 %).

Zaposlitvena struktura. Respondenti so zaposleni v pridobitni 69 (41,3 %) in nepridobitni dejavnosti 27 (16,1 %), kmetje so 3 (1,7 %), nezaposlenih je 36 (21,4 %) in drugo 33 (19,5 %).

Na vodilnih delovnih mestih je zaposlenih 23 (13,7 %) respondentov.

Opisna analiza rezultatov raziskave glede na prepoznavnost poklica med uporabniki zdravstvenih storitev je predstavljena v magistrskem delu.²

2.3.3 Študenti

Študenti 3. letnika in absolventi dodiplomskega študijskega programa zdravstvene nege so sodelovali v anonimni pisni anketi. Sodelovalo je 82 študentov UM VZŠ.

Sociodemografski znaki

Spolna struktura. V raziskavi je sodelovalo 73 (89,0 %) žensk in 9 (11,0 %) moških.

V študijskem letu 2007/2008 je bilo na UL VŠZ v Ljubljani in UM FZV v Mariboru vpisanih v vse letnike skupaj 1.094 od tega 85,7 % žensk in 14,3 % moških v rednih študij in 880 od tega 81,1 % žensk in 18,9 % moških na izredni študij. Absolventov je bilo 319 od tega 87,5 % žensk in 12,5 % moških na rednem in 244 od tega 91,0 % žensk in 9,0 % moških na izrednem študiju. Diplomiralo je 204 od tega 91,2 % žensk in 8,8 % moških na rednem in 219 od tega 88,6 % žensk in 11,4 % moških na izrednem študiju (IVZ RS 2007). Za leto 1998 žal niso zajeti podatki posebej za visokošolsko izobraževanje za zdravstveno nego, zato primerjava ni možna.

Število oseb v gospodinjstvu kaže, da 32 (39,0 %) študentov živi v gospodinjstvu z 1 do 3 člani; 50 (61,0 %) v gospodinjstvu s 4 člani in več.

Stopnja strokovne izobrazbe očeta kaže, da ima 22 (27,2 %) osnovnošolsko, 49 (60,5 %) očetov študentov srednješolsko in 10 (12,3 %) višjo-oz. visokošolsko izobrazbo.

Stopnja strokovne izobrazbe matere kaže, da ima 20 (24,7 %) osnovnošolsko, 45 (55,6 %) mater študentov srednješolsko izobrazbo in 16 (19,8 %) višjo-oz. visokošolsko izobrazbo.

Zdravniško oz. zdravstveno tradicijo v družini ima slaba polovica 48,8 % študentov, od tega 13 (15,9 %) študentov v bližnjem in 27 (32,9 %) v daljnem sorodstvu.

Skoraj polovica študentov in dobra tretjina medicinskih sester, ki so v raziskavi sodelovali ima zdravniško oz. zdravstveno tradicijo v bližnjem oz. daljnem sorodstvu.

Dohodki gospodinjstva kažejo da velika večina študentov 71 (86,6 %) živi v gospodinjstvu, ob upoštevanju vseh zaslužkov (pokojnine, štipendije in drugi dohodki), preden vplačajo davke in druge dajatve, z dohodki med 100.000 SIT (417,3 EUR) in 239.000 SIT (979,3 EUR).

11 (13,4 %) jih živi v gospodinjstvu z do 99.000 SIT (414,2 EUR) in nihče v gospodinjstvu z dohodkom, ki je višji kot 240.000 SIT (1004,2 EUR).

V letu 1998 je znašala povprečna mesečna bruto plača v Sloveniji 158.069 SIT (659,6 EUR) in neto 99.919 SIT (416,9 EUR) (SURS 1999).

3 REZULTATI

3.1 REZULTATI RAZISKAVE O PROFESIONALIZACIJI POKLICA MEDICINSKE SESTRE V SV SLOVENIJI PO TEORIJI PROFESIJ TURNER-HODGEA⁷

Rezultati so prikazani po dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo.⁷

Razvitost posameznih dimenzij, ki karakterizirajo profesijo in se izražajo v različnih stopnjah, smo operacionalizirali s pomočjo kazalcev, ki jih vsebujejo posamezna vprašanja in določili dejansko oziroma želeno stopnjo razvitosti posamezne dimenzije. Rezultati so razvidni iz sheme 3.3.

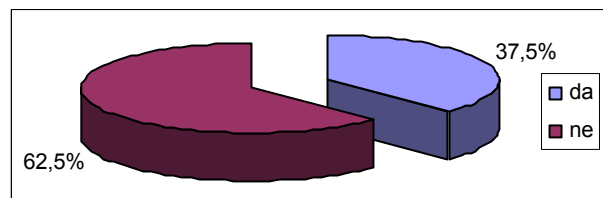
1. Stopnja razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege

Stopnjo razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege bomo operacionalizirali s pomočjo naslednjih kazalcev:

a) Izvajanje zdravstvene nege po PZN

H1: V čim večji meri se zdravstvena nega izvaja po PZN, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Graf 3.3: Izvajanje zdravstvene nege po PZN



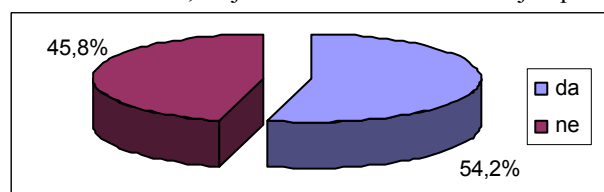
Zdravstveno nego izvaja po PZN le dobra tretjina (37,5 %) medicinskih sester.

Izvajanje zdravstvene nege po PZN kaže na *nizko* stopnjo *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

b) Potrebnost izvajanja zdravstvene nege po PZN

H2: V čim večji meri je izraženo mnenje o potrebnosti PZN, tem višja je stopnja *želene* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Graf 3.4: Ali menite, da je PZN kot metoda dela nujno potreben?



Več kot polovica (54,2 %) medicinskih sester meni, da je PZN kot metoda dela v zdravstveni negi nujno potreben.

Zveze med mnenji medicinskih sester o tem, ali je PZN kot metoda dela v zdravstveni negi nujno potreben, so statistično pomembne glede na:

- starost ($p = 0,009$); največji delež, dve tretjini medicinskih sester tako meni v starostni kategoriji od 21 do 30 let (66,7 %), nato od 41–50 let (65,2 %) ter od 51 in 60 let (48,6 %), najmanjši delež v starostni kategoriji od 31 do 40 let (35,6 %).

Mnenja o potrebnosti izvajanja zdravstvene nege po PZN, kažejo na *visoko* stopnjo *zelene* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

c) Mnenje o PZN

H3: V čim večji meri je izraženo mnenje, da je PZN normalen potek vsakega intelektualnega dela in je tudi nova metoda v zdravstveni negi, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Tabela 3.8: Mnenja o PZN

Mnenje	%
Normalen potek vsakega intelektualnega dela	39,0
Nova metoda dela v zdravstveni negi	32,9
Je le teoretizacija zdravstvene nege	23,8
Drugo	4,3

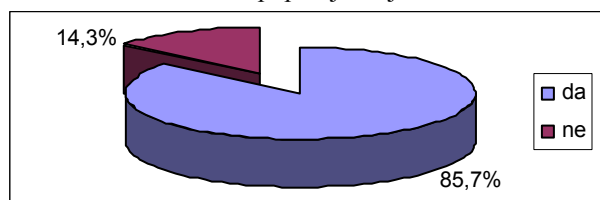
Iz podatkov v tabeli je razvidno, da več kot tretjina medicinskih sester (39,0 %) meni, da je PZN normalen potek vsakega intelektualnega dela in (32,9 %) da je nova metoda v teoriji zdravstvene nege, kar kaže na visoko stopnjo razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Mnenja o PZN kažejo na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

d) Strokovno izpopolnjevanje

H4: V čim večji meri se medicinske sestre strokovno izpopolnjujejo, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Graf 3.5: Strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester



Med zaposlitvijo se velika večina (85,7 %) medicinskih sester strokovno izpopolnjuje, kar kaže na visoko stopnjo razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Zveze med strokovnim izpopolnjevanjem medicinskih sester so statistično pomembne z nekaterimi sociodemografskimi znaki glede na:

- starost ($p = 0,011$): iz podatkov je razvidno, da s starostjo narašča delež medicinskih sester, ki so se strokovno izpopolnjevale; v starostnih kategorijah od 31–40 let (86,7 %) in od 41–50 let (89,1 %) so te razlike zelo male, medtem ko je v starostni kategoriji po 51. letu delež tistih, ki so se strokovno izpopolnjevale, večji (97,1 %), v starostni kategoriji od 21–30 let pa manjši (71,4 %);
- delovno mesto ($p = 0,034$): delovno mesto vpliva na strokovno izpopolnjevanje; večji delež vodilnih medicinskih sester (92,6 %) kot nevodilnih (81,0 %) se je strokovno izpopolnjevalo;
- delovno dobo v zdravstvu ($p = 0,01$): z daljšo delovno dobo v zdravstvu narašča delež medicinskih sester, ki so se strokovno izpopolnjevale; najmanjši je pri medicinskih sestrah z do 10 let delovnih izkušenj v zdravstvu (71,2 %), nato narašča, in sicer medicinske sestre z delovno dobo v zdravstvu od 11–20 let (92,1 %), od 21–30 let (94,0 %) in od 31 let in več (95,2 %).

Strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester kaže na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

e) Prebiranje strokovnih revij

H5: V čim večji meri medicinske sestre prebirajo strokovne revije z interdisciplinarnih področij, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

V polodprtem vprašanju smo ponudili 11 strokovnih revij in medicinske sestre zaprosili, da pri vsaki reviji odgovorijo, ali jo prebirajo redno, občasno ali jih ne prebirajo. Revije, ki jih prebirajo, pa jih nismo navedli v vprašanju, so navedle same. Navedle so dodatno 13 revij. Revije smo združili v pet vsebinskih sklopov.

Med strokovne revije smo na prvo mesto uvrstili Utrip, glasilo Zbornice zdravstvene nege; ker pa je v tem času Utrip bil le informativni bilten in ne strokovna revija, smo jo iz nadaljnje obdelave izločili. Podatki kažejo, da Utrip prebirajo skoraj vse medicinske sestre članice društev (98,8 %), in tudi tiste (11,4 %), ki niso članice profesionalnega združenja medicinskih sester.

Tabela 3.9: Prebiranje strokovnih revij

Revija	Branje	Redno	Občasno	Ne prebiram
		%	%	%
Revije s področja ZN		31,0	28,6	40,4
Revije s področja medicine		22,6	55,4	22,0
Revije s področja informatike		5,4	29,2	65,5
Revije s področja zdravst. varstva		29,2	48,8	22,0
Zdravstveno vzgojne revije		36,9	29,8	33,3

Iz podatkov v tabeli je razvidno, da slabi dve tretjini (63,4 %) *medicinskih sester prebira strokovne revije redno ali občasno*. Redno jih prebira četrtnina (25,0 %) in občasno dobra tretjina (38,4 %), tretjina (36,6 %) pa revij ne prebira.

Največ jih prebira revije s področja medicine in zdravstvenega varstva (78,0 %), dve tretjini (66,7 %) zdravstveno vzgojne revije, več kot polovica (59,6 %) revije s področja zdravstvene nege in več kot tretjina (34,6 %) revije s področja zdravstvene informatike.

Strokovne revije s *področja zdravstvene nege* prebira redno slaba tretjina (31,0 %) ali občasno (28,6 %) medicinskih sester.

Velika večina medicinskih sester (89,3 %) prebira *Obzornik zdravstvene nege*, le dobra desetina (10,5 %) *Nursing Times*.

Rezultati kažejo na visoko stopnjo razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Prebiranje strokovnih revij kaže na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

f) Pridobitev dovolj znanja med študijem

H6: V čim večji meri so medicinske sestre pridobile teoretično znanje med študijem, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

H7: V čim večji meri so medicinske sestre pridobile praktično znanje med študijem, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Tabela 3.10: Ali ste med študijem dobili dovolj teoretičnega in praktičnega znanja?

Mnenje		4	3	2	1	0
		Bistveno preveč %	Preveč %	Dovolj %	Premalo %	Bistveno premalo %
1	Teoretično znanje	1,8	10,2	74,3	12,0	1,8
2	Praktično znanje	0,0	1,8	42,2	41,6	14,5

Da so *teoretičnega* znanja dobile *dovolj*, *preveč* ali *bistveno preveč*, meni velika večina medicinskih sester (86,2 %).

Še največji delež medicinskih sester se s to trditvijo strinja (87,7 %) od 31–40 let, več kot polovica (57,8 %) v starostni kategoriji 41–50 let (43,5 %), od 51–60 let (44,1 %), oz. manj kot polovica.

Več kot polovica (56,1 %) medicinskih sester trdi, da je med študijem dobila *premalo in bistveno premalo praktičnega* znanja.

Z daljšo delovno dobo v zdravstvu se zmanjšuje delež medicinskih sester, ki trdijo, da so med študijem pridobile *premalo praktičnega znanja* ($p = 0,08$).

Da so med študijem dobile *premalo in bistveno premalo praktičnega znanja*, trdi več kot tri četrtine (75,9 %) medicinskih sester z delovno dobo do 10 let, od 11–20 let (44,7 %), od 21–30 let 49,0 % in od 31 in več let 38,1 %.

Da so med študijem dobile *dovolj praktičnega znanja* trdi največji delež, in sicer več kot polovica (57,1 %) medicinskih sester z delovno dobo od 31 let in več, nato 11–20 let 55,3 %, od 21–30 let 51 % in najmanjši delež zaposlenih do 10 let 17,1 %.

Da so dobile med študijem *preveč praktičnega znanja*, trdi 4,8 % medicinskih sester zaposlenih v zdravstvu 31 let in več in 3,4 % zaposlenih do 10 let.

Za uspešno delo medicinske sestre je poleg teoretičnega nujno tudi praktično znanje. Študenti zdravstvene nege pridobivajo praktično znanje najprej v specialnih učilnicah za zdravstveno nego v šolah in šele po uspešnem preverjanju znanja lahko nadaljujejo klinične vaje v zdravstvenih zavodih ob pacientih. Vedno bolj pa se v študijski proces uvajajo simulacije v simulacijskih centrih na šolah, ki pa žal zahtevajo velika finančna sredstva.

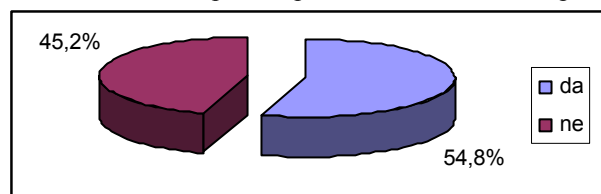
Pridobitev dovolj teoretičnega znanja med študijem kaže na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Pridobitev premalo praktičnega znanja med študijem kaže na *nizko* stopnjo *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

g) Potreba po fakultetno izobraženi medicinski sestri

H8: V čim večji meri je izraženo mnenje o potrebi po fakultetno izobraženi medicinski sestri, tem višja je stopnja *zelene* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Graf 3.6: Mnenja medicinskih sester o potrebi po fakultetno izobrazbi s področja zdravstvene nege



Več kot polovica (54,8 %) medicinskih sester meni, da potrebujejo fakultetno izobrazbo s področja zdravstvene nege.

Zveze med mnenji medicinskih sester o tem, ali medicinska sestra potrebuje fakultetno izobrazbo s področja zdravstvene nege so statistično pomembne glede na:

- starost ($p = 0,048$): razlike med mnenji o tem, da medicinska sestra potrebuje fakultetno izobrazbo s področja zdravstvene nege, so v starostnih kategorijah velike; s starostjo narašča delež tistih, ki trdijo, da medicinske sestre potrebujejo fakultetno izobrazbo s področja zdravstvene nege; v starostnih kategorijah od 21 do 30 let je najmanjši delež medicinskih sester, ki to trdijo, manjši (40,5 %), nato od 31 do 40 let (51,1 %) od 41 do 50 let (58,7 %) in od 51 do 60 let pa večji (71,4 %);
- zaposlitev ($p = 0,015$): da medicinske sestre potrebujejo fakultetno izobrazbo s področja zdravstvene nege, trdi največji delež zaposlenih v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (80,0 %), več kot polovica (54,5 %) zaposlenih v zdravstvenem domu in manj kot polovica zaposlenih v bolnišnici (46,8 %).

Mnenja o potrebi po fakultetno izobraženi medicinski sestri kažejo na *visoko* stopnjo *želene* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

h) Uporaba računalnika pri izvajanju zdravstvene nege

H9: V čim večjem deležu uporabljajo medicinske sestre računalnik za načrtovanje, evidentiranje in računalniško podporo izvajanja zdravstvene nege, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Tabela 3.11: Uporaba računalnika v zdravstveni negi

	Uporaba	%
Vnos zdravstvenih storitev in druga administrativna opravila		73,2
Načrtovanje in evidentiranje zdravstvene nege		4,2
Računalniška podpora izvajanja zdravstvene nege		1,8
	Ne uporabljam	20,8

Podatki kažejo, da skoraj tri četrtine (73,2 %) medicinskih sester uporablja računalnik za vnos zdravstvenih storitev in drugih administrativnih opravil, le 4,2 % ga uporablja za načrtovanje in evidentiranje zdravstvene nege, še najmanj, 1,8 % pa računalnik uporablja pri izvajanju zdravstvene nege.

Uporaba računalnika za podporo izvajanja zdravstvene nege kaže na *nizko* stopnjo *dejanske* razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.

Opisna analiza rezultatov – povzetek

Čeprav je v času naše raziskave le dobra tretjina medicinskih sester izvajala zdravstveno nego po metodi PZN, pa izjave, predvsem mlajših medicinskih sester, kažejo na pozitiven odnos do te

metode, prepričane so tudi, da je PZN normalen potek vsakega intelektualnega dela, iz česar verjetno lahko sklepamo, da gre za relativno dobro intelektualno usposobljenost, razmišljanje in refleksijo medicinskih sester.

Uvedba tehnologije dela v zdravstveni negi (PZN) je prispevala k racionalnemu in metodičnemu delu medicinske sestre. Pri izvajanju zdravstvene nege po metodi PZN (ugotavljanje stanja, določanje negovalnih diagnoz, načrtovanje, izvajanje, vrednotenje in dokumentiranje) mora medicinska sestra znati, razumeti in uporabljati koncepte, teorije, teoretične okvire in teoretične modele zdravstvene nege in jih aplicirati v klinično prakso. Čeprav že od konca 20. stoletja PZN podpira IKT, ki omogoča upravljanje zbirk podatkov in podpira odločitve medicinske sestre (ICNP), pa rezultati naše raziskave kažejo, da leta 1998 dobra petina medicinskih sester računalnika sploh ni uporabljala, manj kot tri četrtine pa so ga uporabljale le za vnos zdravstvenih storitev in drugih administrativnih del, le 6,0 % za načrtovanje in podporo izvajanja zdravstvene nege. Uvedba tehnologije dela (PZN) je zahtevala uporabo teorij in tehnik zdravstvene nege, in tako prispevala k razvoju na znanju temelječega dela.

Na znanju temelječe delo medicinske sestre, razvoj zdravstvene nege, razvoj sodobne tehnologije in vedno bolj osveščeni uporabniki/klienti zahtevajo od medicinske sestre nove kompetence, ki si jih medicinske sestre pridobivajo tudi na strokovnem izpopolnjevanju in s prebiranjem strokovnih revij.

Rezultati raziskave kažejo, da se med zaposlitvijo strokovno izpopolnjuje velika večina medicinskih sester, predvsem imajo več možnosti tiste z daljšo delovno dobo v zdravstvu, starejše in na vodilnih delovnih mestih. Dve tretjini medicinskih sester prebira strokovne revije, največ s področja medicine in zdravstvenega varstva, nato zdravstveno vzgojne revije, revije s področja zdravstvene nege in zdravstvene informatike. Ta pestra izbira prebiranja revij kaže na potrebo po informacijah in znanjih z različnih interdisciplinarnih področij, ki medicinskim sestram omogoča uspešno opravljanje poklica.

Ker pridobi medicinska sestra kompetence z zaključenim študijem zdravstvene nege, nas je zanimalo, ali so v teku študija pridobile dovolj znanja za opravljanje poklica. Več kot polovica medicinskih sester, predvsem tistih s krajšo delovno dobo trdi, da je med študijem pridobila premalo praktičnega znanja, velika večina pa meni, da je teoretskega znanja pridobila dovolj. Menijo tudi, da medicinske sestre potrebujejo fakultetno izobrazbo s področja zdravstvene nege, to prepričanje s starostjo narašča in je najbolj prisotno pri medicinskih sestrah, ki so zaposlene v socialnih zavodih, najmanj pa pri tistih, ki so zaposlene v bolnišnicah.

Medicinske sestre, ki so v raziskavi sodelovale so študirale po višješolskem študijskem programu; po diplomi so imele obvezno pripravništvo, kjer so se dodatno usposabljele in so po strokovnem izpitu lahko samostojno opravljale delo. Po uskladitvi izobraževanja z direktivami EU je v dodiplomskih študijskih programih povečano število ur iz 2.250 na 4.600, od tega je 50 % praktičnega izobraževanja, pripravništvo ni potrebno.

Rezultati kažejo na izjemno slabo poznavanje strokovne terminologije zdravstvene nege.

Uporaba tehnologije dela (PZN) je od medicinskih sester zahtevala nove kompetence, dobro poznavanje in aplikacijo teorij in tehnik zdravstvene nege v klinično okolje, kar je v času naše raziskave (predvsem gre za teorije zdravstvene nege) predstavljalo relativno velik problem za medicinske sestre. Uporaba PZN je v izvajanju zdravstvene nege vnesla *sistematičnost*, medicinske sestre so *prevetrile* svoja znanja s področja teorij zdravstvene nege in odgovorile na vprašanje, kako uporabiti znanje za reševanje problemov v kontekstu resničnega sveta. Nadalje je z dokumentiranjem storitev zdravstvena nega postala vidna, kar je posledično prispevalo k večji strokovni avtonomiji in vedno bolj od medicine neodvisni vlogi. Povzamemo lahko, da so teorije in tehnike zdravstvene nege *relativno dobro razvite*.

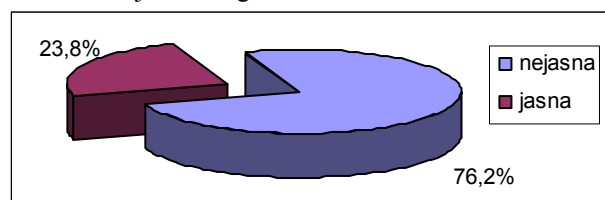
2. Stopnja razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege

Stopnjo monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege bomo operacionalizirali s pomočjo naslednjih kazalcev:

a) Razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki

H1: V čim večjem deležu je izraženo mnenje, da je razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki povsem jasna, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

Graf 3.7: Razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki



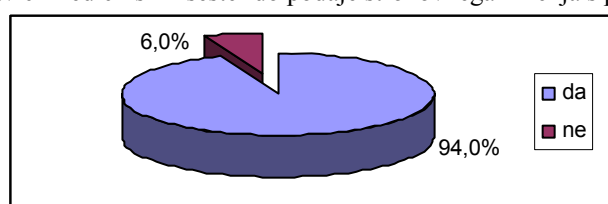
Več kot tri četrtine medicinskih sester (76,2 %) meni, da razmejitev dela med medicinskimi sestrami in zdravniki ni povsem jasna. Zveza med mnenjem o tem, ali je razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki povsem jasna, je statistično pomembna glede na delovno mesto ($p = 0,012$). Večji delež nevodilnih medicinskih sester (83,0 %) meni, da razmejitev dela ni povsem jasna, kot vodilnih (66,2 %).

Mnenja o nejasni razmejitvi nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki kažejo na *nizko* stopnjo *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

b) Pravica medicinskih sester o podaji strokovnega mnenja oz. ekspertize s področja zdravstvene nege (sodno izvedenstvo)

H2: V čim večji meri je izraženo mnenje, da naj bi medicinske sestre imele pravico, da kot samostojne strokovnjakinje podajo strokovno mnenje oz. ekspertizo s področja zdravstvene nege, tem višja je stopnja *želene* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

Graf 3.8: Mnenja o pravici medicinskih sester do podaje strokovnega mnenja s področja zdravstvene nege



Velika večina (94,0 %) medicinskih sester meni, da naj bi imele pravico, da kot samostojne strokovnjakinje podajo strokovno mnenje oz. ekspertizo s področja zdravstvene nege.

Mnenja medicinskih sester o pravici do podaje strokovnega mnenja oz. ekspertize s področja zdravstvene nege kažejo na *visoko* stopnjo *želene* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

c) Enakovrednost članstva v negovalnem in zdravstvenem timu

H3: V čim večji meri so potrjene izkustvene evalvacije o povsem enakovrednem članstvu v negovalnem timu, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

H4: V čim večji meri so potrjene izkustvene evalvacije o povsem enakovrednem članstvu v zdravstvenem timu, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

Tabela 3.12: Enakovrednost članstva v timu

Tim	Mnenja	2	1	0
		Povsem %	Delno %	Sploh ne %
Negovalni tim		81,8	16,9	1,4
Zdravstveni tim		35,0	57,1	8,0

Pet respondentov (11,9 %) na vprašanje ni odgovorilo, zato smo jih iz nadaljnje statistične obravnave izločili.

Medicinske sestre se čutijo *povsem in delno enakovredne* članice *negovalnega tima* v 98,7 %, v *zdravstvenem timu* pa nekoliko manj 92,0 %.

Zveza med mnenji medicinskih sester, ali se čutijo, da so enakovredne članice zdravstvenega tima, so statistično pomembne glede na:

- zaposlitev ($p = 0,017$): delež medicinskih sester, ki se čutijo delno enakovredne članice zdravstvenega tima, je večji pri zaposlenih v bolnišnici (63,2 %) kot pri zaposlenih v zdravstvenem domu (56,5 %), medtem ko je delež medicinskih sester, ki se čutijo povsem enakovredne, večji pri zaposlenih v zdravstvenem domu (37,1 %) kot v bolnišnici (25,0 %); največji je delež medicinskih sester, zaposlenih v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (60,0 %), ki se čutijo v zdravstvenem timu povsem enakovredne.

Vse medicinske sestre (100,0 %), ki so zaposlene v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih, se čutijo enakovredne v zdravstvenem timu, v zdravstvenem domu 93,6 % in v bolnišnici 88,2 %;

- glede na starost ($p = 0,029$): s starostjo narašča delež medicinskih sester, ki se čutijo *povsem* enakovredne članice zdravstvenega tima. V starostni kategoriji od 21–30 let (14,3 %), od 31–40 let (32,6 %), od 41–50 let (45,5 %) in od 51–60 let (50,0 %).

Delno enakovredne članice tima se čuti večji delež mlajših, ki s starostjo upada, tako je v starostni kategoriji od 21–30 let največji (76,2 %) in najmanjši v starostni kategoriji od 51–60 let (8,8 %).

Izkustvene evalvacije medicinskih sester o povsem enakovrednem članstvu v negovalnem timu kažejo na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

Izkustvene evalvacije medicinskih sester o povsem enakovrednem članstvu v zdravstvenem timu kažejo na *nizko* stopnjo *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

d) Upoštevanje strokovnega mnenja medicinske sestre med vodji zdravstvenega tima

H5: V čim večji meri vodje zdravstvenih timov upoštevajo strokovno mnenje medicinskih sester, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

Tabela 3.13: Upoštevanje strokovnega mnenja medicinske sestre med vodji timov

Mnenja Tim	4	3	2	1	0
	Vedno %	Pogosto %	Občasno %	Redko %	Nikoli %
Negovalni tim	36,1	47,2	10,4	4,9	1,4
Zdravstveni tim	13,7	37,9	34,8	9,9	3,7

Iz podatkov v tabeli je razvidno, da vodja *negovalnega tima* upošteva strokovno mnenje medicinskih sester v 98,6 %.

Da vodja *zdravstvenega tima* upošteva njihovo strokovno mnenje, menijo skoraj vse medicinske sestre (96,3 %).

Zveza med medicinskimi sestrami, ki menijo, da vodja *zdravstvenega tima* upošteva njihovo strokovno mnenje je statistično pomembna glede na:

- zaposlitev (0,004): med mnenji medicinskih sester o tem, da vodja zdravstvenega tima *upošteva* njihovo strokovno mnenje, ni večjih razlik. Največji je delež medicinskih sester, zaposlenih v zdravstvenem domu (96,7 %), ki s to trditvijo soglaša, v bolnišnici (96,1 %) in v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (95,8 %). Da vodja zdravstvenega tima *pogosto in vedno* upošteva njihovo strokovno mnenje, meni največji delež medicinskih sester zaposlenih v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (83,4 %), nato v zdravstvenem domu (59,0 %) in najmanjši delež medicinskih sester zaposlenih v bolnišnici (35,5 %). Da nikoli ne upošteva njihovega strokovnega mnenja, pa meni največji delež medicinskih sester zaposlenih v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (4,29 %), nato v bolnišnici (3,9 %) in zdravstvenih domovih (3,3 %);
- delovno dobo v zdravstvu ($p = 0,006$): daljša kot je delovna doba v zdravstvu, bolj vodja zdravstvenega tima upošteva strokovno mnenje medicinske sestre. Vse medicinske sestre, zaposlene v zdravstvu od 21 do 30 let in od 31 let in več s to trditvijo soglašajo (100 %), nekoliko nižji je delež zaposlenih v zdravstvu od 11–20 let (94,4 %) in do 10 let (93,2 %).

Da vodja zdravstvenega tima upošteva njihovo strokovno mnenje *pogosto in vedno*, meni največji delež medicinskih sester z delovno dobo v zdravstvu od 31 let in več (68,4 %), nato od 11–20 let (61,1 %), od 21–30 let (59,5 %) in najmanjši delež zaposlenih do 10 let (33,9 %).

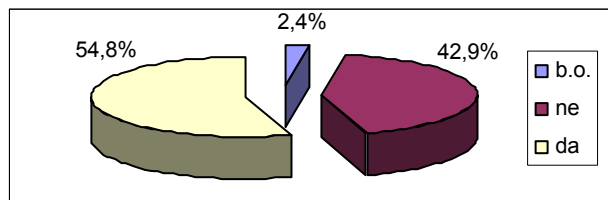
Upoštevanje strokovnega mnenja medicinske sestre med vodji negovalnih timov kaže na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

Upoštevanje strokovnega mnenja medicinske sestre med vodji zdravstvenih timov kaže na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

e) Sodelovanje vodilnih medicinskih sester na zdravniških sestankih

H6: V čim večji meri vodilne medicinske sestre sodelujejo na zdravniških sestankih, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

Graf 3.9: Sodelovanje vodilnih medicinskih sester na zdravniških sestankih



Podatki kažejo, da več kot polovica (54,8 %) vodilnih medicinskih sester sodeluje na zdravniških sestankih.

Sodelovanje vodilnih medicinskih sester na zdravniških sestankih kaže na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

H7: V čim večji meri vodilne medicinske sestre na zdravniških sestankih poročajo o potrebah po zdravstveni negi in zdravstvenem stanju pacientov, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

Tabela 3.14: Vsebina sodelovanja vodilnih medicinskih sester na zdravniških sestankih

Vsebina sodelovanja	%
Poroča o ugotovljenih potrebah po zdravstveni negi	45,7
Poroča o zdravstvenem stanju pacientov na oddelku	44,6
Poroča o zdravstvenem stanju pacientov (posameznih)	27,2
Predstavi PZN pri zahtevnejših pacientih	20,7
Poroča v ambulanti socialnega zavoda	4,3
Poroča o tekoči problematiki	3,3
Ne ve	3,3
Poroča o finančnem stanju	1,1
Prisotna vendar o ničemer ne poroča	1,1

Vodilne medicinske sestre na zdravniških sestankih poročajo predvsem o ugotovljenih potrebah po zdravstveni negi in zdravstvenem stanju pacientov na oddelku ter o zdravstvenem stanju posameznih pacientov in o zdravstveni negi pri zahtevnejših pacientih.

Vsebina sodelovanja vodilnih medicinskih sester na zdravniških sestankih kaže na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

f) Dodeljevanje rutinskega dela medicinski sestri s področja medicine

H8: V čim manjši meri dodeljujejo zdravniki medicinskim sestram rutinska dela iz svoje pristojnosti, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

Tabela 3.15: Naloge, ki jih iz svoje pristojnosti zdravniki najpogosteje dodeljujejo medicinskim sestram

Posegi	Pogostost	Vedno %	Pogosto %	Občasno %	Redko %	Nikoli %
1 I.v. aplikacija zdravil		53,7	9,8	2,4	30,5	3,7
2 I.m. aplikacija zdravil		64,5	4,8	29,5	0,6	0,6
3 Oralna in druga terapija		58,8	29,7	4,8	3,6	3,0
4 Vstavitev in menjava urinskega katetra pri moškem		41,9	10,6	5,0	11,3	31,3
5 Odstranitev šivov		57,1	17,6	11,8	7,6	5,9
6 Prevez ran		75,8	17,5	4,2	0,0	2,5

Iz podatkov je razvidno, da zdravniki iz svoje pristojnosti medicinskim sestram dodeljujejo naštetе naloge v 89,9 %.

Najpogosteje zdravniki dodeljujejo iz svoje pristojnosti medicinskim sestram *intramuskularno aplikacijo* zdravil (99,4 %), nato oralno in drugo terapijo (97,0 %), *intravenozno aplikacijo* zdravil (96,3 %) in le v (68,7 %) *vstavitev in menjavo urinskega katetra pri moških, odstranitev šivov* (94,1 %) in *prevez ran* (97,5 %).

11,7 % medicinskih sester na vprašanje ni odgovorilo, oz. so se odločile za odgovor Ne vem, zato smo jih iz nadaljnje obravnave izločili.

Zdravniki iz svoje pristojnosti dodeljujejo *intravenozno aplikacijo* zdravil medicinskim sestram *vedno* in *pogosto* v (63,5 %), občasno in redko (32,9 %), nikoli pa v (3,7 %), nasploh pa v 96,3 %.

Zveza med dodeljevanjem intravenozne aplikacije zdravil, ki jo zdravniki iz svoje pristojnosti dodeljuje medicinskim sestram, je statistično pomembna glede na:

- zaposlitev ($p = 0,003$): da intravenozno terapijo iz svoje pristojnosti dodeljujejo zdravniki medicinskim sestram, trdijo vse medicinske sestre zaposlene v bolnišnici in drugih zdravstvenih ter socialnih zavodih (100,0 %) in skoraj vse (90,5 %) zaposlene v zdravstvenem domu.

Da zdravniki *intravenozno terapijo* dodeljujejo *pogosto in vedno*, trdi največji delež medicinskih sester zaposlenih v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (70,9 %), nato zaposlenih v bolnišnici (64,9 %) in najmanjši delež zaposlenih v zdravstvenem domu (58,7 %).

Zdravniki iz svoje pristojnosti dodeljujejo *intramuskularno aplikacijo* zdravil medicinskim sestram *vedno* v 64,5 %, *nikoli* v 0,6 %, *nasploh* pa v 99,4 %. Statistično pomembnih zvez ni.

Zdravniki iz svoje pristojnosti dodeljujejo *oralno in drugo terapijo* medicinskim sestram *vedno* v 58,8 %, *nikoli* v 3,1 %, *nasploh* pa v 99,4 %. Statistično pomembnih zvez ni.

Zdravniki iz svoje pristojnosti *nikoli* ne dodeljujejo *vstavitve in menjave urinskega katetra pri moškem* v 30,8 %, *vedno* v 42,1 %, *nasploh* pa v 69,2 %.

Da občasno in redko dodeljujejo zdravniki to nalogo medicinskim sestram trdi največji delež medicinskih sester zaposlenih v bolnišnici (81,9 %), tretjina (33,3 %) medicinskih sester zaposlenih v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih in najmanjši pri zaposlenih v zdravstvenem domu (11,7 %).

Da *nikoli* te naloge zdravniki ne dodeljujejo medicinskim sestram, trdi največji delež medicinskih sester, zaposlenih v zdravstvenem domu (54,0 %), nato zaposlenim v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (37,5 %) in najmanjši delež v bolnišnici (18,4 %).

Zdravniki dodeljujejo *vstavitev in menjavo urinskega katetra pri moškem* pri največjem deležu v bolnišnicah v (81,6 %), nato v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (62,5 %) in najmanj v zdravstvenem domu (54,0 %).

Zdravniki iz svoje pristojnosti *nasploh* dodeljujejo *odstranitev šivov* v 94,1 %. Statistično pomembnih zvez ni.

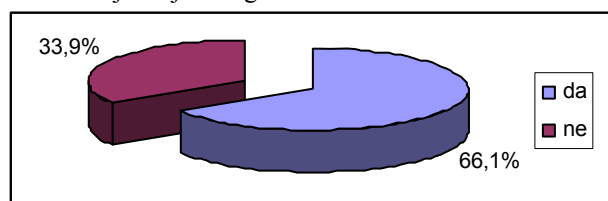
Podatki kažejo, da zdravniki iz svoje pristojnosti medicinskim sestram *vedno in pogosto* (93,3 %) dodeljujejo *prevez ran, občasno in redko* (4,2 %), *nikoli* v (2,5 %), *na splošno* pa v 97,5 %. Statistično pomembnih zvez ni.

Dodeljevanje rutinskih medicinskih nalog s strani zdravnikov medicinskim sestram kaže na *nizko* stopnjo *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

g) Dodeljevanje nalog zdravstvenemu tehniku iz delokroga medicinske sestre

H9: V čim manjši meri medicinske sestre iz svojega delokroga dodeljujejo naloge zdravstvenemu tehniku, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

Graf 3.10: Dodeljevanje nalog medicinske sestre zdravstvenemu tehniku



Medicinske sestre dodeljujejo naloge iz svojega delokroga zdravstvenim tehnikom v 66,1 %.

Dodeljevanje nalog medicinske sestre zdravstvenemu tehniku kaže na *nizko* stopnjo *dejanske* razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

Opisana analiza rezultatov – povzetek

Podatki kažejo na nedorečeno delitev dela predvsem med medicinskimi sestrami in zdravniki, pa tudi znotraj profesionalne skupine med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami. Medicinske sestre izvajajo zdravstveno nego v negovalnih in zdravstvenih timih, pri čemer se čutijo enakovredne članice bolj negovalnega kot zdravstvenega tima. Trdijo, da vodje timov upoštevajo njihovo strokovno mnenje in več kot polovica medicinskih sester sodeluje na zdravniških sestankih, kjer poročajo vsebinsko o ugotovljenih potrebah po zdravstveni negi, zdravstvenem stanju pacientov na oddelku ter o posameznih pacientih in o zdravstveni negi pri zahtevnejših pacientih. Prepričane so, da bi morale medicinske sestre podajati strokovno mnenje oz. ekspertizo s področja zdravstvene nege (sodno izvedenstvo), če pride do strokovne napake; sedaj si to pravico lastijo zdravniki.

Zdravniki v veliki večini dodeljujejo medicinsko-tehnične posege iz svoje pristojnosti medicinskim sestram, ob tem pa jih le dobra polovica izda pisno pooblastilo. Več kot polovica medicinskih sester dodeljuje naloge iz svoje pristojnosti zdravstvenim tehnikom.

Stopnja razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege v Sloveniji je v času naše raziskave bila *relativno nizka*.

Medicinske sestre si prizadevajo za povečanje monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege, pri čemer jih ovira nejasna delitev dela v zdravstvu, opravljanje rutinskih del s področja medicine, kot posredovalna dejavnost ne rešuje vedno samostojno problemov s področja zdravstvene nege, kar jim med drugim preprečuje, da bi se izkazale kot eksperti zdravstvene nege.

3. Stopnja prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javna prepoznavnost

Stopnjo prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev bomo operacionalizirali s pomočjo naslednjih kazalcev: zunanji znaki prepoznavnosti; prepoznavnost poklica medicinske sestre po delu, ki ga opravlja; prepoznavnost poklica medicinske sestre kot predvsem ženskega poklica; prepoznavnost titule medicinske sestre; napornost poklica medicinske sestre; stališča o vlogah medicinskih sester; primerljivost poklica medicinske sestre z

drugimi poklici; primerljivost plač medicinskih sester s plačami drugih poklicev in stališča o poklicu medicinske sestre.

Rezultati in opisna analiza so predstavljeni v magistrskem delu,² zato bomo na tem mestu predstavili le **glavne ugotovitve**:

V naši raziskavi smo ugotovili, da je prepoznavnost poklica medicinske sestre med drugimi poklici v zdravstvu med uporabniki zdravstvenih storitev dobra, saj so jo zelo dobro prepoznali. Poizvedbe po literaturi na temo prepoznavnosti poklica v zdravstvenih institucijah, ki smo jih opravili v ustreznih bazah podatkov, kažejo, da tovrstnih raziskav še ni bilo oz. so bile opravljene le delne raziskave te dimenzije profesije.

Naši respondenti so medicinsko sestro glede na zunanje znake prepoznavnosti najbolj prepoznali po uniformi. Primerjava z drugimi raziskavami ni mogoča, saj so bile druge raziskave na temo uniform medicinskih sester usmerjene bolj v to, kako jih bolniki/klienti doživljajo, katere barve in modeli so jim bolj všeč.

Medicinsko sestro je velika večina prepoznala po opravilih, ki sodijo v njen delokrog. Podobnih raziskav nismo zasledili. Enako velja za znake prepoznavnosti, kot so tituliranje, status in napornost poklica, stališča o poklicu ter vlogah medicinskih sester.

Titula medicinske sestre je zelo dobro prepoznavna, kadar gre za žensko, in skoraj neprepoznavna, kadar gre za moškega, ki opravlja poklic medicinske sestre.

Glede statusa poklica so respondenti prepričani, da medicinska sestra lahko opravlja vodilne funkcije predvsem v zdravstvu.

Glede zavzemanja stališč respondentov do samostojnosti poklica jih je več kot polovica prepričanih, da je medicinska sestra pri svojem delu samostojna.

Glede strinjanj oz. nestrinjanj s trditvami o ravnanju medicinskih sester na osnovi izkušenj, ki so jih respondenti z medicinskimi sestrami imeli, glede primerljivosti poklica medicinske sestre z drugimi poklici in primerljivosti plač s plačami v drugih poklicih, se naši rezultati ujemajo z rezultati podobnih raziskav.

V povprečju ima skoraj dve tretjini respondentov pozitivne izkušnje z ravnanji medicinskih sester.

Med negativnimi izkušnjami pa izstopa indiferenten odnos do bolnikov/klientov, saj več kot polovica respondentov trdi, da imajo medicinske sestre tak odnos.

Uporabniki zdravstvenih storitev primerjajo poklic medicinske sestre s poklici, ki sodijo v polprofesije. Enakega mnenja so tudi, kar zadeva primerljivost plač.

Plače pa so nujni pogoj za polno profesijo. Poklic medicinske sestre je prešel vse faze profesionalizacije, vendar zaradi nizkih plač in ugleda ni postal polnovredna profesija in verjetno tudi ne bo (Santrić 1990).

4. Stopnja organiziranosti poklica medicinske sestre

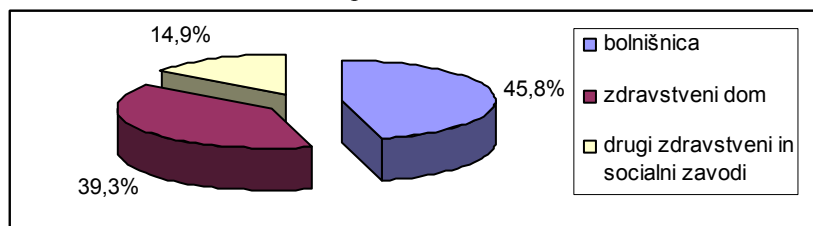
Stopnjo organiziranosti poklica medicinske sestre bomo operacionalizirali s pomočjo naslednjih kazalcev:

Organizacije, kjer so medicinske sestre zaposlene

a) Zaposlitev medicinskih sester v visoko-profesionalnih storitvenih organizacijah

H1: V čim večjem deležu so medicinske sestre zaposlene v visoko-profesionalnih storitvenih organizacijah (bolnišnice, zdravstveni domovi), tem višja je stopnja *dejanske* organiziranosti poklica medicinske sestre.

Graf 3.11: Zaposlitev medicinskih sester

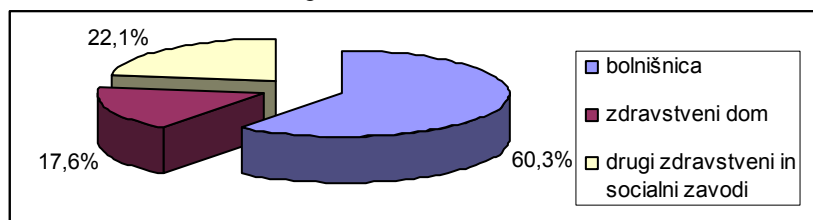


Zaposlitev medicinskih sester v visoko-profesionalnih storitvenih organizacijah kaže na *visoko* stopnjo *dejanske* organiziranosti poklica.

b) Zaposlitev vodilnih medicinskih sester v visoko-profesionalnih storitvenih organizacijah

H2: V čim večjem deležu so vodilne medicinske sestre zaposlene v visoko-profesionalnih storitvenih organizacijah (bolnišnice, zdravstveni domovi), tem višja je stopnja *dejanske* organiziranosti poklica medicinske sestre.

Graf 3.12 : Zaposlitev vodilnih medicinskih sester



Vodilnih medicinskih sester v visoko-profesionalnih storitvenih organizacijah (bolnišnice, zdravstveni domovi) je zaposlenih 77,9 %.

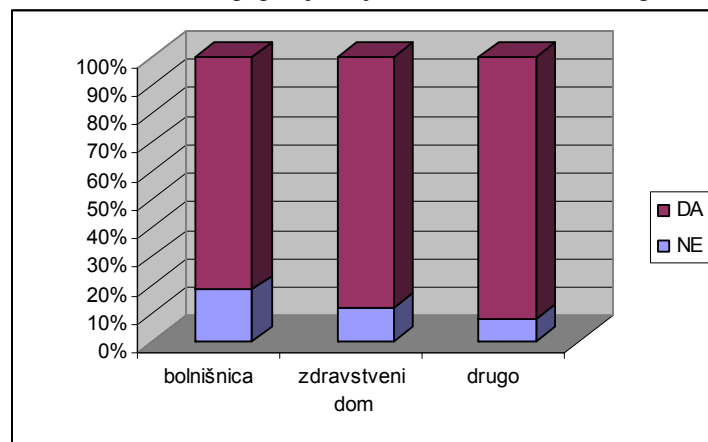
Zaposlitev vodilnih medicinskih sester v visoko-profesionalnih storitvenih organizacijah kaže na *visoko* stopnjo *dejanske* organiziranosti poklica medicinske sestre.

c) Strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester v visoko-profesionalnih storitvenih organizacijah

H3: V čim večji meri se medicinske sestre v visoko-profesionalnih storitvenih organizacijah strokovno izpopolnjujejo, tem višja je stopnja *dejanske* organiziranosti poklica medicinske sestre.

V visoko-profesionalnih storitvenih organizacijah ima zdravstvena nega svojo strokovno hierarhijo, ki medicinskim sestram zagotavlja pravico in materialno podporo za strokovno izpopolnjevanje.

Graf 3.13: Strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester v organizacijah



Rezultati kažejo, da strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester v visoko-profesionalnih storitvenih organizacij kaže, da ni boljše organizirano kot v drugih zavodih.

Organiziranje poklica medicinske sestre za strokovno izpopolnjevanje v visoko-profesionalnih storitvenih organizacij kaže na *nizko* stopnjo *dejanske* organiziranosti poklica.

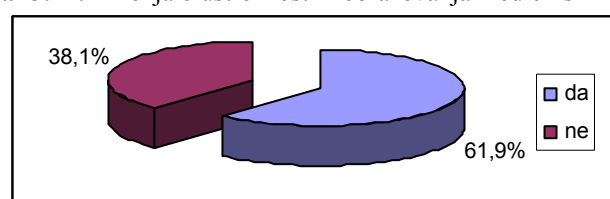
Izobraževalne institucije

d) Mnenja o ustreznosti sistema izobraževanja medicinskih sester

H4: V čim večjem deležu je izraženo mnenje, da je sistem izobraževanja medicinskih sester ustrezen, tem višja je stopnja *dejanske* organiziranosti poklica medicinske sestre.

Zanimalo nas je mnenje medicinskih sester o ustreznosti sistema izobraževanja za poklic medicinske sestre od srednje in višje šole do stalnega strokovnega izobraževanja.

Graf 3.14: Mnenja o ustreznosti izobraževanja medicinskih sester



Slabi dve tretjini (61,9 %) medicinskih sester meni, da je sistem izobraževanja medicinskih sester ustrezen.

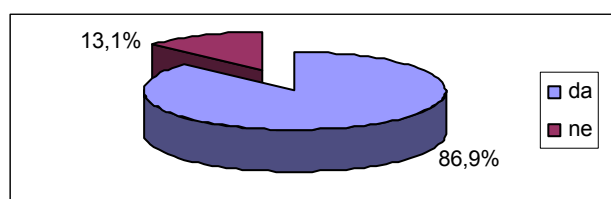
Ustreznost izobraževanja medicinskih sester kaže na *visoko* stopnjo *dejanske* organiziranosti poklica medicinske sestre.

Profesionalno združenje

e) Članstvo v profesionalnem združenju

H5: V čim večji meri so medicinske sestre vključene v svoje profesionalno združenje, tem višja je stopnja *dejanske* organiziranosti poklica medicinske sestre.

Graf 3.15: Članstvo v društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov



Podatki kažejo, da je velika večina (86,9 %) medicinskih sester članic profesionalnega združenja.

Zveza med članstvom v društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je statistično pomembna glede na:

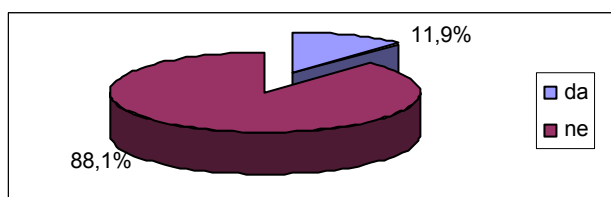
- število oseb v gospodinjstvu ($p = 0,008$): večji je delež medicinskih sester, članic društva, ki živijo v gospodinjstvu z več kot 4 člani (94,1 %), kot delež tistih, ki živijo v gospodinjstvu z manj kot 4 člani (80,5 %).

Glede na visoko vključenost medicinskih sester v profesionalno združenje gre za *visoko* stopnjo *dejanske* organiziranosti poklica.

f) Opravljanje funkcij v profesionalnem združenju

H6: V čim večji meri so medicinske sestre funkcionarke v profesionalnem združenju, tem višja je stopnja *dejanske* organiziranosti poklica medicinske sestre.

Graf 3.16: Funkcionarke v društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov



Med članicami je 11,9 % funkcionark v profesionalnem združenju medicinskih sester.

Glede na relativno veliko število funkcionark v profesionalnem združenju gre za *visoko* stopnjo dejanske organiziranosti poklica.

g) Mnenja o varstvu, če pride do strokovne napake

H7: V čim večji meri je izraženo mnenje, da bi medicinske sestre, če bi prišlo do strokovne napake pri posegu, varstvo poiskale pri profesionalnem združenju, tem višja je stopnja *zelene* organiziranosti poklica medicinske sestre.

Tabela 3.16: Mnenja o varstvu, če pride do strokovne napake pri posegu

Ravnanje	%
Pri zdravniku, ki je poseg naročil	49,4
Pri glavni medicinski sestri	17,5
Pri vodilni medicinski sestri	10,2
Pri odvetniku	9,0
Pri društvu MS in ZT	7,2
Pri direktorju zavoda	4,2
Drugo	2,4

Če bi prišlo do strokovne napake, ki bi se pripetila medicinski sestri pri posegu, za katerega ni bila pristojna, da ga samostojno opravi, bi varstvo le 7,2 % medicinskih sester poiskalo pri profesionalnem združenju.

Zveza med tem, kje bi poiskale varstvo, če bi se zgodila strokovna napaka pri posegu, za katerega niso bile pristojne, da ga samostojno opravijo, je statistično pomembna glede na:

- *zaposlitev* ($p = 0,026$): da bi varstvo poiskale *pri zdravniku*, meni največji delež medicinskih sester, ki so zaposlene v bolnišnici (55,3 %), polovica zaposlenih medicinskih sester v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (50,0 %) in manj kot polovica zaposlenih v zdravstvenem domu (42,4 %).

Da bi varstvo poiskale *pri glavni medicinski sestri*, meni največji delež medicinskih sester, ki so zaposlene v bolnišnici (22,4 %), nekoliko manjši je delež, zaposlenih v zdravstvenem domu (15,2 %) in najmanjši v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (8,3 %).

Da bi varstvo poiskale *pri odvetniku*, meni skoraj enak delež medicinskih sester, ki so zaposlene v bolnišnici in zdravstvenem domu (9,2 % in 9,1 %), nekoliko manjši je delež zaposlenih v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (8,3 %).

Da bi varstvo poiskale *pri društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov*, meni največji delež medicinskih sester, ki so zaposlene v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (12,5 %), nekoliko manjši je delež zaposlenih v zdravstvenem domu (10,6 %), najmanjši pa zaposlenih v bolnišnici (2,6 %).

Da bi varstvo poiskale pri *vodilni medicinski sestri*, meni največji delež medicinskih sester v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (16,7 %), nato zaposlenih v bolnišnici (10,5 %) in najmanjši delež zaposlenih v zdravstvenem domu (7,6 %).

Da bi varstvo poiskale *pri direktorju zavoda*, meni dobra desetina (10,6 %) zaposlenih v zdravstvenem domu.

Da bi varstvo poiskale *drugje*, meni 2,4 % medicinskih sester.

Glede na izraženo mnenje o iskanju varstva pri profesionalnem združenju, gre za za *nizko* stopnjo *zelene* organiziranosti poklica.

Opisna analiza rezultatov – povzetek

Rezultati raziskave kažejo, da je velika večina medicinskih sester članic profesionalnega združenja, med njimi je 11,9 % funkcionark. Velika večina je zaposlenih v visoko-profesionalnih organizacijah kot so bolnišnice in zdravstveni domovi, kjer jih velik delež opravlja vodilno funkcijo. Omogočeno jim je strokovno izpopolnjevanje in timsko delo, sodelujejo pa tudi na zdravniških sestankih, vsaj enkrat tedensko, kjer poročajo predvsem o potrebah po zdravstveni negi in stanju pacientov.

Visoko-profesionalne storitvene organizacije (npr. bolnišnice, zdravstveni domovi) medicinskim sestram omogočajo profesionalno socializacijo in profesionalni razvoj. Čeprav je velika večina medicinskih sester članic profesionalnega združenja, pa bi v primeru strokovne napake le 7,2 % medicinskih sester varstvo poiskalo v profesionalnem združenju, skoraj polovica bi varstvo poiskala pri zdravniku, kot viru moči in subkontrole.

Ugotovimo lahko, da je stopnja organiziranosti poklica medicinske sestre dobro razvita, kar zadeva profesionalnih delovnih organizacij, zdi pa se, da v tem času profesionalno združenje, čeprav dobro organizirano, s številnimi strokovnimi sekcijami in častnim razsodiščem ni svojim članicam nudilo dovolj strokovne podpore s področja odgovornosti. To je na nek način razumljivo, saj v času naše raziskave razprave s področja odgovornosti medicinskih sester niso bile zelo pogoste. To pravno in etično vprašanje je osrednjega pomena za izvajanje zdravstvene nege, saj morajo medicinske sestre kot strokovnjakinje prevzeti odgovornost za svoje delo. Pri tem se srečujejo z vrsto problemov in dilemami, ki jih povzročajo nejasna delitev dela, slabo definirano polje zdravstvene nege, zahteve po novih kompetencah za opravljanje specifičnih tehnološko podprtih nalog izven področja zdravstvene nege. Izobraževalne institucije, profesionalne organizacije, kjer so zaposlene, profesionalno združenje in sindikat so v času

raziskave *bile na poti k* zagotavljanju pogojev za utrjevanje in uresničevanje profesionalnega razvoja medicinskih sester.

5. Stopnja razvitosti profesionalne etike

Stopnjo razvitosti profesionalne etike bomo operacionalizirali s pomočjo naslednjih kazalcev:

a) Aspiracije za odločitev za poklic medicinske sestre

H1: V čim večji meri se medicinske sestre odločajo za poklic medicinske sestre zaradi pomoči in veselja do dela z ljudmi, tj. *v skrbi za druge*, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

Tabela 3.17: Odločitev za poklic medicinske sestre

Razlog	%
Vesolja do dela z ljudmi, rada delam in pomagam ljudem	75,3
Zanimiv, human, cenjen in dobro plačan poklic	18,7
Ker so me k temu pregovorili sorodniki oz. znanci	9,6
Drugo	9,6

Iz podatkov izhaja, da se je tri četrtine (75,3 %) medicinskih sester za poklic odločilo zaradi nudenja pomoči in veselja do dela z ljudmi, tj. *v skrbi za druge*.

H2: V čim večji meri se študenti zdravstvene nege odločajo za poklic medicinske sestre zaradi pomoči in veselja do dela z ljudmi, tj. *v skrbi za druge*, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

Tabela 3.18: Odločitev za poklic medicinske sestre (študenti)

Razlog	%
Rada delam in pomagam ljudem, vesolja do dela z ljudmi	73,2
Drugo	42,7
Human, zanimiv, pester poklic	15,9
Ker so me k temu pregovorili sorodniki oz. znanci	11,0
Ker mi je bil študij dosegljiv	8,5
Zanesljiva zaposlitev	4,9

Podatki kažejo, da se je največ študentov (73,2 %) za poklic medicinske sestre odločilo, ker radi delajo in pomagajo ljudem in zaradi veselja do dela z ljudmi.

Aspiracije za odločitev za poklic medicinske sestre kažejo na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

Aspiracije za odločitev študentov za študij zdravstvene nege oz. poklic medicinske sestre kažejo na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

b) Občutek odgovornosti pri opravljanju poklica medicinske sestre

H3: V čim večji meri se medicinske sestre čutijo odgovorne za naloge pri opravljanju poklica, tem višja je stopnjo *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

Tabela 3.19: Občutek odgovornosti medicinskih sester pri opravljanju poklica

Naloge	%
Za postopke ZN	93,5
Za medicinsko-tehnične posege	85,7
Drugo	8,3

Skoraj vse medicinske sestre (93,5 %) se pri svojem delu čutijo odgovorne za postopke (pristojnost medicinske sestre) in nekoliko manj (85,7 %) za medicinsko tehnične posege (pristojnost zdravnika).

Občutek odgovornosti za naloge pri opravljanju poklica kaže na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

c) Mnenja o odgovornosti za strokovno napako zdravstvenega tehnika, ki mu medicinska sestra dodeli naloge iz svoje pristojnosti

H4: V čim večji meri je izraženo mnenje, da je za strokovno napako zdravstvenega tehnika pri nalogah iz pristojnosti medicinske sestre odgovorna medicinska sestra, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

Tabela 3.20: Mnenja o odgovornosti za strokovno napako zdravstvenega tehnika

	Odgovornost	%
Medicinska sestra, ker bi postopek morala opraviti sama		52,4
Zdravstveni tehnik, ki je postopek opravil		38,7
Nadrejena medicinska sestra		7,7
Zdravnik		0,0
Direktor zavoda		0,0
Drugo		1,2

Iz podatkov izhaja, da se *več kot polovica medicinskih sester (52,4 %) zaveda odgovornosti za strokovno napako ob dodeljevanju nalog iz svoje pristojnosti zdravstvenemu tehniku.*

Mnenja medicinskih sester o odgovornosti za strokovno napako zdravstvenega tehnika kažejo na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

d) Mnenja medicinskih sester o odgovornosti za zaplet

H5: V čim večji meri je izraženo mnenje, da je za zaplet pri posegu odgovorna medicinska sestra, tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

Tabela 3.21: Mnenja o odgovornosti za zaplet pri posegu

	Mnenja	%
Medicinska sestra, ki je poseg opravila		53,9
Zdravnik, ker bi poseg moral opraviti sam		39,5
Nadrejena medicinska sestra		1,8
Šef oddelka		1,8
Direktor zavoda		1,8
Drugo		1,2

Podatki kažejo, da več kot polovica (53,9 %) medicinskih sester meni, da je za zaplet odgovorna medicinska sestra, ki je poseg opravila.

Zveza med odgovornostjo za zaplet je statistično pomembna glede na:

- zaposlitev ($p = 0,019$): da je za zaplet *odgovorna medicinska sestra*, ki je poseg opravila, v največjem deležu menijo medicinske sestre, ki so zaposlene v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (66,7 %), nato zaposlene v bolnišnici (61,0 %) in v najmanjšem deležu zaposlene v zdravstvenem domu (40,9 %).

Da je za zaplet *odgovoren zdravnik*, ker bi poseg moral opraviti sam, meni največ medicinskih sester, ki so zaposlene v zdravstvenem domu (48,5 %), nekoliko manjši je delež tistih, zaposlenih v bolnišnici (35,1 %), najmanjši pa delež zaposlenih v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (29,2 %).

Medicinske sestre, ki so zaposlene v bolnišnici v največjem deležu (61,0 %) menijo, da so za zaplet *odgovorne same* in da je za zaplet odgovoren zdravnik (35,1 %) ali šef oddelka (3,9 %); medicinske sestre zaposlene v zdravstvenem domu so prepričane, da je za zaplet odgovoren zdravnik (48,5 %), nadrejena medicinska sestra (4,5 %), direktor zavoda (4,5 %), da so same odgovorne, jih meni le (40,9 %), pod drugo pa (1,5 %).

Mnenja medicinskih sester o odgovornostih za zaplet kažejo na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

e) Ravnanja medicinskih sester ob sprejemanju rutinskih nalog s področja medicine

H6: V čim večjem deležu medicinske sestre pri sprejemanju rutinskih nalog s področja medicine nalogo opravijo, ker se zavedajo, da je to potrebno bolniku (čeprav niso urejene pravno formalne zadeve), tem višja je stopnja *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

Tabela 3.22: Ravnanje medicinskih sester ob sprejemanju nalog, ki niso v njihovi pristojnosti

Ravnanje	%
Nalogo opravi, ker ve, da je to nujno potrebno bolniku	49,7
Zahteva pisno pooblastilo	22,0
Molči, ker nima smisla diskutirati	15,0
Odkloni nalogo	7,2
Drugo	6,0

Ker ve, da je to nujno potrebno za bolnika, skoraj polovica medicinskih sester (49,7 %) opravi nalogo po naročilu zdravnika, 15 % jih molči, ker meni, da nima smisla diskutirati.

Ravnanja medicinskih sester ob sprejemanju nalog s področja medicine kažejo na *visoko* stopnjo *dejanske* razvitosti profesionalne etike.

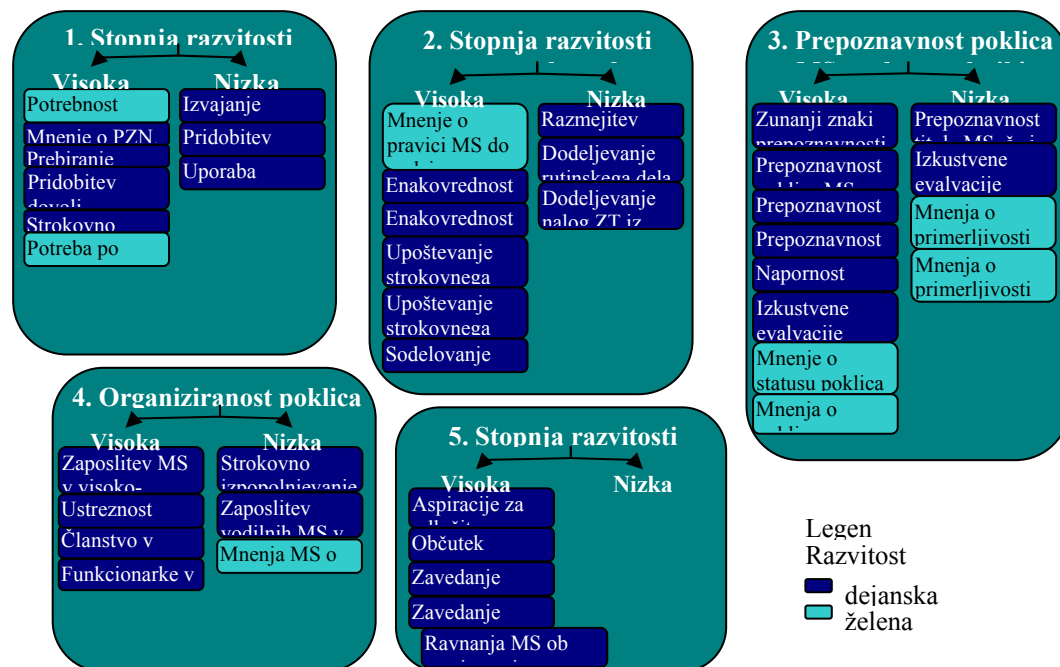
Opisna analiza rezultatov – povzetek

Iz rezultatov raziskave izhaja, da so se medicinske sestre za poklic odločile zato, ker jih delo z ljudmi veseli in ker rade pomagajo ljudem; za poklic v *skrbi za druge*, podobno so menili tudi študenti. Spodbude za relativno visoko raven aspiracij kot pomembnega vidika motivacije za odločitev za poklic medicinske sestre in aspiracij za študij zdravstvene nege, ki je skladno s poslanstvom poklica, verjetno lahko iščemo tudi v osebnih izkušnjah respondentov, v zdravniški oz. zdravstveni tradiciji v sorodstvu (dobra tretjina medicinskih sester in slaba polovica študentov ima to tradicijo), možnostih izobraževanja in zaposlitve.

Pri medicinskih sestrah gre za visoko stopnjo zavedanja odgovornosti za delo s področja medicine in zdravstvene nege, prav tako pa več kot polovica medicinskih sester prevzema tudi odgovornost za strokovno napako, ki bi se pripetila zdravstvenemu tehniku, ki mu je dodelila naloge iz svoje pristojnosti in za zaplet pri medicinsko tehničnem posegu.

Iz povedanega izhaja nepoznavanje odgovornosti pri zapletih (ki nastanejo zaradi različnih vzrokov in niso nujno posledica nepravilnega ravnanja zdravstvenih strokovnjakov, saj na to nimajo vpliva) in strokovnih napakah, ki se pripetijo zdravstvenemu tehniku pri opravljanju dela. Proces profesionalne socializacije medicinske sestre je prepleten z dolžnostmi o tem, kaj *medicinska sestra mora*; to bi lahko veljalo tudi za skoraj polovico medicinskih sester, ki so odgovorile, da pri sprejemanju nalog iz zdravnikove pristojnosti nalogo opravijo, ker vedo, da je to nujno potrebno za bolnika; za 15,0 % medicinskih sester, ki molčijo in nalogo opravijo, ker menijo, da nima smisla diskutirati. Izvajanje zdravstvene nege, ki je nad osebnim interesom izvajalke, v tem primeru ne drži, kajti ureditev pooblastil za opravljanje nalog ni osebni temveč profesionalni interes. Medicinske sestre so obremenjene z vedno več novimi nalogami, povečanim obsegom dela, zaradi česar dodeljujejo naloge iz svoje pristojnosti zdravstvenim tehnikom, obremenjene pa so tudi z vsemi vrstami odgovornosti in prepovedmi ter strahom pred zapleti in sankcijami. To je relativno slabo urejeno področje; predvsem nejasna pristojnost in odgovornost dodatno obremenjujejo medicinske sestre, kar pogosto vodi, poleg osebnih dejavnikov v stres, razne vrste odvisnosti in v čustveno in telesno izgorelost (burnout sindrom).

Shema 3.3: Rezultati raziskave s pomočjo katerih je ocenjena stopnja razvitosti posamezne dimenzije profesionalizacije poklica medicinske sestre



3.2 OCENITEV DEJANSKE IN ŽELENE PROFESIONALIZACIJE POKLICA MEDICINSKE SESTRE

Ocenitev dejanske in zelene profesionalizacije poklica medicinske sestre smo podali na podlagi rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji po dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo;⁷ opravili smo jo med medicinskimi sestrami, uporabniki zdravstvenih storitev in študenti.

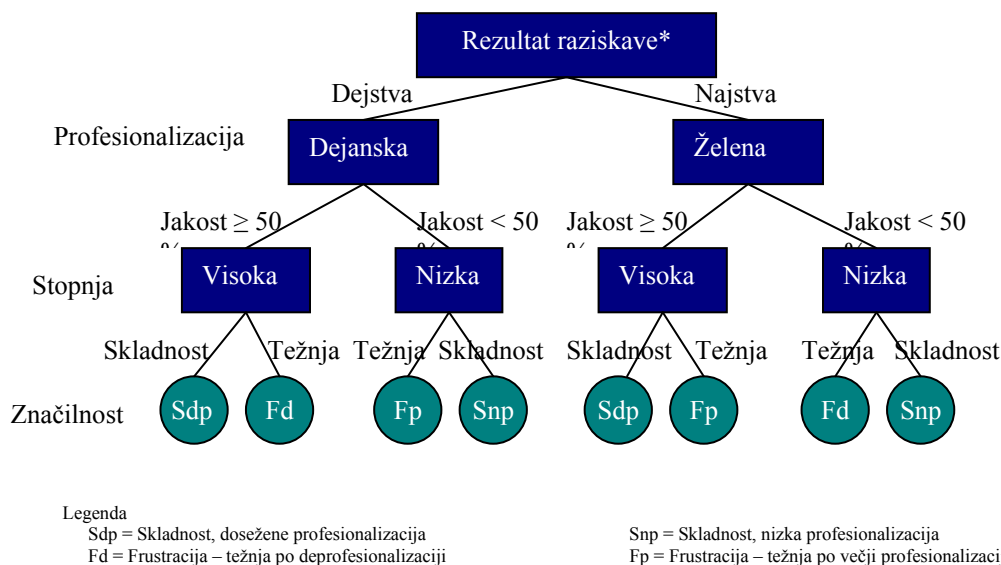
Ocenitev smo opravili tako, da smo pri vsakem rezultatu v posamezni dimenziji ugotovili, ali gre za dejansko (dejstva) ali želeno (najstva) profesionalizacijo in tako preverili avtoričino opredelitev. Nato smo znotraj teh opredelili visoko oziroma nizko profesionalizacijo ali pa frustracijo (težnjo po deprofesionalizaciji ali težnjo po večji profesionalizaciji).

Ocenitev je potekala po modelu ocenitve dejanske in zelene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po vseh dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo⁷ (shema 3.4). Zaradi zanesljivosti sta bila v ocenitev vključena dodatna raziskovalca (Polit in drugi 2001), višja predavateljica s področja zdravstvene nege in doktorandka študija zdravstvene nege Univerze v Oulu na Finskem ter asistent s področja zdravstvene informatike. Pri vsakem kazalcu posameznega vprašanja smo se vprašali, kaj nam kazalci povedo. Avtoričine ocene smo skupaj prediskutirali (upoštevali tudi rezultate raziskave, ki niso bili neposredno vključeni v analizo, so pa obdelani in so kot priloga magistrskega dela² in doktorske disertacije podkrepili posamezne odločitve), se uskladili ter jih po navedenem modelu uvrstili v ustrezno rubriko tabele.

Ocenitev posameznih rezultatov raziskave je potekala po korakih in je izhajala iz umestitve v dejanske ali zelene izide o razvitosti poklica, jakosti rezultata in uvrstitve glede na značilnost izida v skladnost dosežene profesionalizacije, skladnost nizke profesionalizacije in frustracije (težnjo po deprofesionalizaciji ali težnjo po večji profesionalizaciji), ki je razvidna iz sheme 3.4.

Oblikovali smo model, po katerem je potekala ocenitev dejanske in zelene profesionalizacije in frustracije.

Odstotek dosežene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po vseh petih dimenzijah smo dobili tako, da smo kvantitativno sešteli vse ocenitve dosežene dejanske in zelene profesionalizacije in frustracije.

Shema 3.4: Model ocenitve dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre

Pri rezultatih v posameznih dimenzijah je bila možna le ena izmed zgoraj navedenih ocen, ki smo jih uvrstili v tabele (3.23, 3.24, 3.25, 3.26 in 3.27).

Izračunali smo odstotek, ki ga predstavlja profesionalizacija glede na vse ocenitve.

Pridobljene ocenitve dejanske in želene profesionalizacije poklica medicinske sestre in frustracije po petih dimenzijah smo združili v tabeli 3.28 in jo bomo tam tudi komentirali.

Stopnja ocenjene profesionalizacije poklica medicinske sestre in frustracij medicinskih sester je razvidna iz grafa 3.17 in jo bomo tam tudi komentirali.

Tabela 3.23: Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave o razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege

Rezultati raziskave glede na razvitosti teorij in tehnik ZN		Dejanska				Želena			
		Visoka		Nizka		Visoka		Nizka	
		Sdp	Fd	Fp	Snp	Sdp	Fp	Fd	Snp
1.1 ZN izvaja po PZN le dobra tretjina MS.					X				
1.2 Več kot polovica MS meni, da je PZN kot metoda dela nujno potreben. O tem so najbolj prepričane mlajše MS.						X			
1.3 MS menijo, da je PZN normalen potek vsakega intelektualnega dela in je tudi nova metoda.		X							
1.4 Strokovno izpopolnjevanje MS med zaposlitvijo je zelo dobro (predvsem MS z daljšo delovno dobo in vodilnih MS, pa tudi velik delež MS v vseh starostnih skupinah).		X							
1.5 Prebiranje strokovnih revij je zelo prisotno (s področij medicine in zdravstvenega varstva, zdravstvene vzgoje, zdravstvene nege in zdravstvene informatike), bolj prebirajo strokovne revije vodilne in starejše MS ter MS z daljšo delovno dobo v zdravstvu, bolj prebirajo v zdravstvenih domovih kot v bolnišnicah.		X							
1.6	1.6.1 MS menijo, da so med študijem pridobile dovolj teoretičnega znanja.	X							
	1.6.2 Več kot polovica MS trdi, da je med študijem pridobila premalo praktičnega znanja, predvsem MS s krajšo delovno dobo.			X					
1.7 Več kot polovica MS meni, da potrebujejo fakultetno izobrazbo.						X			
1.8 Računalnik uporablja za podporo ZN le 6,0 % MS.					X				

Legenda
 MS = Medicinska sestra
 ZN = Zdravstvena nega
 PZN = Proces zdravstvene nege

Sdp = Skladnost, dosežene profesionalizacija
 Snp = Skladnost, nizka profesionalizacija
 Fd = Frustracija – težnja po deprofesionalizaciji
 Fp = Frustracija – težnja po večji profesionalizaciji

Iz tabele 3.23 je razvidna ocenitev odgovorov medicinskih sester in študentov o razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege, ki kažejo zelo visoko stopnjo razvitosti te dimenzije. Ocenjeno je, da dosejata skladnost dosežene dejanske in zelene profesionalizacije ter skladnost nizke dejanske in zelene profesionalizacije glede razvitosti teorij in tehnik 88,9 %.

Frustracija – težnja po večji profesionalizaciji ali težnja po deprofesionalizaciji znaša 11,1 %.

Tabela 3.24: Ocenitev dejanske in zelene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave o monopolu nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege

Rezultati raziskave glede na monopol nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo ZN		Dejanska				Želena			
		Visoka		Nizka		Visoka		Nizka	
		Sdp	Fd	Fp	Snp	Sdp	Fp	Fd	Snp
2.1	Več kot tri četrtine MS meni, da razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki ni povsem jasna, bolj so o tem prepričane nevodilne kot vodilne MS.			X					
2.2	Večina MS meni, da naj bi imele pravico, da kot samostojne strokovnjakinje podajo mnenje s področja ZN.					X			
2.3	2.3.1 MS se čutijo enakovredne članice negovalnega tima, bolj v zdravstvenem domu kot v bolnišnici in starejše.	X							
	2.3.2 MS se čutijo manj enakovredne članice zdravstvenega tima, bolj v zdravstvenem domu kot v bolnišnici in starejše.			X					
2.4	2.4.1 Upoštevanje strokovnega mnenja MS v negovalnem timu je zelo dobro.	X							
	2.4.2 Upoštevanje strokovnega mnenja MS v zdravstvenem timu je zelo dobro, najboljše je pri MS z daljšo delovno dobo in zaposlenih v zdravstvenem domu.	X							
2.5	Več kot polovica vodilnih MS sodeluje na zdravniških sestankih, vsaj enkrat tedensko.	X							
2.6	Na zdravniških sestankih vodilne MS poročajo o ugotovljenih potrebah po ZN ter zdravstvenem stanju pacientv	X							
2.7	Zdravniki iz svoje pristojnosti v veliki večini dodeljujejo naloge MS		X						
2.8	MS v 66,1 % dodeljujejo naloge ZT			X					

Legenda

MS = Medicinska sestra
ZT = Zdravstveni tehnik
ZN = Zdravstvena nega

Sdp = Skladnost, dosežene profesionalizacija
Snp = Skladnost, nizka profesionalizacija
Fd = Frustracija – težnja po deprofesionalizaciji
Fp = Frustracija – težnja po večji profesionalizaciji

Iz tabele 3.24 je razvidna ocenitev odgovorov medicinskih sester o stopnji razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo, ki je razmeroma nizka. Ocenjeno je, da dosejata skladnost dosežene in zelene profesionalizacije ter skladnost nizke dejanske in zelene profesionalizacije po dimenziji razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo 50,0 %.

Frustracija – težnja po dejanski in želeni profesionalizaciji ter težnja po deprofesionalizaciji je prav tako 50,0 %.

Iz tabele 3.25 je razvidna ocenitev odgovorov uporabnikov zdravstvenih storitev glede na javno prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javno prepoznavnost, ki kaže visoko stopnjo razvitosti. Ocenjeno je, da dosejata skladnost dosežene dejanske in zelene profesionalizacije ter skladnost nizke dejanske in zelene profesionalizacije 100,0 %.

Frustracija (težnja po dejanski profesionalizaciji in težnja po deprofesionalizaciji) je 0,0 %.

Tabela 3.25: Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije po rezultatih raziskave o javni prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev

Rezultati raziskave glede na javno prepoznavnost poklica MS med uporabniki zdravstvenih storitev		Dejanska				Želena			
		Visoka		Nizka		Visoka		Nizka	
		Sdp	Fd	Fp	Snp	Sdp	Fp	Fd	Snp
3.1	Zunanji znaki prepoznavnosti, po barvi obleke	X							
3.2	3.2.1 Javna prepoznavnost poklica MS po zdravstvenih storitvah je zelo visoka, poklic je prepoznan po postopkih.	X							
	3.2.2 Javna prepoznavnost poklica MS po zdravstvenih storitvah je zelo visoka, poklic je prepoznan po posegih.	X							
	3.2.3 Javna prepoznavnost poklica MS po zdravstvenih storitvah je zelo visoka, poklic je prepoznan po administrativnem delu.	X							
3.3	Več kot polovica uporabnikov meni, da je poklic MS ženski poklic	X							
3.4	3.4.1 Prepoznavnost titule MS, če poklic opravlja ženska, je zelo visoka.	X							
	3.4.2 Titula MS, če poklic opravlja moški, je skoraj neprepoznavna.				X				
3.5	3.5.1 Poklic MS je prepoznan kot psihično bolj naporen.	X							
	3.5.2 Poklic MS je prepoznan kot fizično manj naporen	X							
3.6	3.6.1 Izkustvene evalvacije uporabnikov kažejo, da kar zadeva pozitivne izkušnje, MS opravljajo delo z zadovoljstvom, interesom, jih zanimajo težave bolnikov, so bolj pozorne in vedo kaj delajo.	X							
	3.6.2 Med negativnimi izkušnjami, ki so jih uporabniki z MS imeli, ko so bili deležni zdravstvenih storitev, pa navajajo: neljubeznivost, nedostopnost, da svoje delo opravljajo brezvoljno in površno in da se ne želijo pogovarjati z bolniki.				X				
3.7	Uporabniki so poklic MS v primerjavi z drugimi poklici prepoznali kot polprofesijo.								X
3.8	Uporabniki so plače MS v primerjavi s plačami drugih poklicev prepoznali kot slabe.								X
3.9	Velika večina uporabnikov meni, da bi MS lahko opravljale vodilne funkcije predvsem v zdravstvu in ZN.	X							
3.10	3.10.1 Velika večina uporabnikov meni, da je MS pri svojem delu samostojna.	X							
	3.10.2 Manj kot polovica uporabnikov meni, da MS potrebuje nasvet zdravnika.				X				

Legenda:

MS = Medicinska sestra
ZN = Zdravstvena nega
PZN = Proces zdravstvene nege

Sdp = Skladnost, dosežena profesionalizacija
Snp = Skladnost, nizka profesionalizacija
Fd = Frustracija – težnja po deprofesionalizaciji
Fp = Frustracija – težnja po večji profesionalizaciji

Tabela 3.26: Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave o organiziranosti profesije medicinskih sester

Rezultati raziskave glede na organiziranost profesije MS		Dejanska				Želena			
		Visoka		Nizka		Visoka		Nizka	
		Sdp	Fd	Fp	Snp	Sdp	Fp	Fd	Snp
4.1	Večina MS (85.1 %) je zaposlenih v visoko–profesionalnih organizacijah (bolnišnica in ZD).	X							
4.2	Velika večina vodilnih MS je zaposlenih v visoko–profesionalnih organizacijah (bolnišnica in ZD).	X							
4.3	MS zaposlene v visoko–profesionalnih storitvenih organizacijah niso boljše organizirane glede strokovnega izpopolnjevanja			X					
4.4	Več kot polovica MS meni, da je sistem izobraževanja ustrezen	X							
4.5	4.5.1 Velika večina MS je članic profesionalnega združenja ZDMSZTS.	X							
	4.5.2 Le 11,9 % MS opravlja različne funkcije v profesionalnem združenju ZDMSZTS.	X							
4.6	V primeru strokovne napake bi le 7,2 % MS varstvo poiskalo pri profesionalnem društvu.								X

Legenda

MS = Medicinska sestra
ZD = Zdravstveni dom
ZN = Zdravstvena nega
ZDMSZTS = Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sdp = Skladnost, dosežena profesionalizacija

Snp = Skladnost, nizka profesionalizacija
Fp = Frustracija – težnja po večji profesionalizaciji
Fd = Frustracija – težnja po deprofesionalizaciji

Iz tabele 3.26 je razvidna ocenitev odgovorov medicinskih sester in študentov o organiziranosti profesije medicinskih sester, ki kaže na razmeroma visoko stopnjo razvitosti. Ocenjeno je, da dosega skladnost dejanske in želene profesionalizacije ter skladnost nizke dejanske in želene profesionalizacije 85,7 %.

Frustracija (težnja po večji dejanski in želeni profesionalizaciji) je 14,3 %.

Tabela 3.27: Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave o razvitosti profesionalne etike medicinskih sester

Rezultati raziskave glede na razvitost profesionalne etike MS		Dejanska				Želena			
		Visoka		Nizka		Visoka		Nizka	
		Sdp	Fd	Fp	Snp	Sdp	Fp	Fd	Snp
5.1	5.1.1 Več kot tri četrtine MS se je za poklic odločilo, zaradi veselja do dela z ljudmi in ker rade delajo in pomagajo ljudem	X							
	5.1.2 Skoraj tri četrtine študentov se je za poklic odločilo, zaradi veselja do dela z ljudmi in ker radi delajo in pomagajo ljudem	X							
5.2	5.2.1 Visoka stopnja občutka odgovornosti pri opravljanju dela s področja medicine.	X							
	5.2.2 Visoka stopnja občutka odgovornosti pri opravljanju dela s področja ZN	X							
5.3	Visoka stopnja zavedanja odgovornosti za strokovno napako pri nalogah s področja ZN, tudi kadar jih delegirajo ZT.	X							
5.4	Visoka stopnja odgovornosti za zaplet		X						
5.5	Ravnanje MS ob sprejemanju nalog, ki niso v pristojnosti MS, je nad osebnimi interesi, usmerjeno k bolniku, ne glede na to, da je pri tem vprašljiva zaščita njene odgovornosti z vsemi posledicami, ki iz tega izhajajo.		X						

Legenda

MS = Medicinska sestra

ZD = Zdravstveni dom

ZN = Zdravstvena nega

ZDMSZTS = Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Sdp = Skladnost, dosežena profesionalizacija

Snp = Skladnost, nizka profesionalizacija

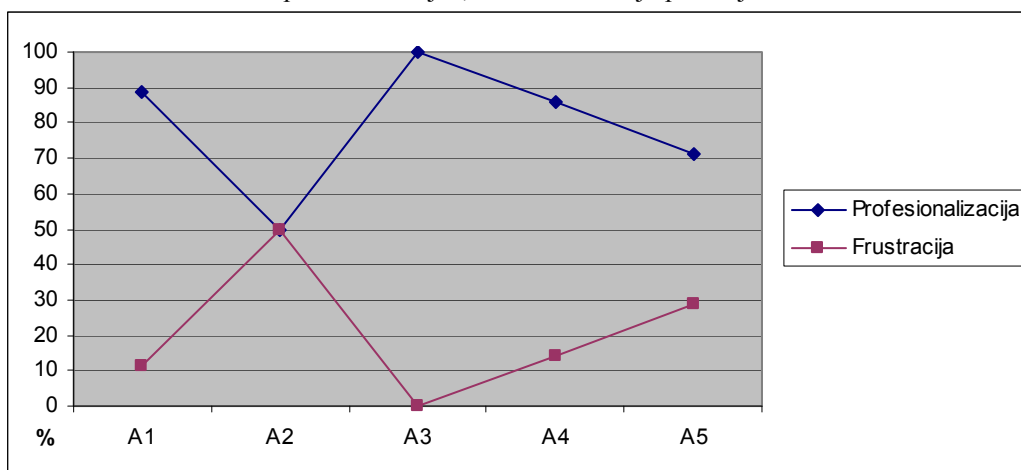
Fd = Frustracija – težnja po deprofesionalizaciji

Fp = Frustracija – težnja po večji profesionalizaciji

Iz tabele 3.27 je razvidna ocenitev odgovorov medicinskih sester o razvitosti profesionalne etike, ki kaže na razmeroma visoko stopnjo razvitosti. Ocenjeno je, da dosega skladnost dejanske in želene profesionalizacije 71,4 %.

Frustracija (težnja po večji dejanski profesionalizaciji in težnja po željeni deprofesionalizaciji) je 28,6 %.

Graf 3.17: Stopnja ocenjene dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po vseh petih dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo



Opravljen ocenitev dejanske in želene profesionalizacije poklica medicinske sestre v SV Sloveniji kaže, da je poklic dobro razvit, hkrati pa kaže tudi na visoko stopnjo frustracije, ki je posledica želje, da bi se poklic medicinske sestre bolj profesionaliziral.

Ocenitev je pokazala, da:

- višja kot je stopnja razvitosti posamezne dimenzije profesije, nižja je stopnja prisotnosti frustracije medicinske sestre;
- nižja kot je stopnja razvitosti posamezne dimenzije profesije, višja je stopnja prisotnosti frustracije medicinske sestre.

Najvišjo stopnjo profesionalizacije dosega prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javne prepoznavnosti (100,0 %) in razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege (88,9 %), najnižjo stopnjo profesionalizacije pa dosega monopol nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege (50,0 %).

Frustracija je največja pri monopolu nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege (50,0 %) in pri profesionalni etiki medicinskih sester (28,6 %).

Za ocenitev dejanske in želene profesionalizacije poklica medicinske sestre smo v zbirni tabeli 3.28 predstavili ocenitve razvitosti dimenzije profesije², ki v vsakem kvadrantu predstavljajo skupaj 100 %.

Izračunali smo delež vrednosti vsakega kvadranta v odnosu do vseh vrednosti ocenitev med vsemi rezultati, in sicer: skladnost dosežene profesionalizacije, skladnost nizke profesionalizacije, frustracije – težnje po večji profesionalizaciji in frustracije – težnje po deprofesionalizaciji.

Izračunali smo razmerje med visoko in nizko profesionalizacijo in razmerje med frustracijo (težnjo po večji profesionalizaciji) in frustracijo (težnjo po deprofesionalizaciji).

Tabela 3.28: Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave po posameznih dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo poklica medicinske sestre² (tabele 3.29, 3.30 in 3.31 so sestavni del doktorske disertacije v prilogi F)

		Želena	
		visoka	nizka
visoka	visoka	Skladnost, dosežena profesionalizacija $A1 = D4 (12,5\%) + \check{Z}2 (6,3\%) = 6 (18,8\%)$ $A2 = D5 (15,6\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 5 (15,6\%)$ $A3 = D11 (34,4\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 11 (34,4\%)$ $A4 = D5 (15,6\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 5 (15,6\%)$ $A5 = D5 (15,6\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 5 (15,6\%)$ $S = D30 (93,8\%) + \check{Z}2 (6,3\%) = 32 (100,0\%)$ $R = D30 (61,2\%) + \check{Z}2 (4,1\%) = 32 (65,3\%)$ $RVNP = D30 (75,0\%) + \check{Z}2 (5,0\%) = 32 (80,0\%)$	Frustracija, težnja po deprofesionalizaciji $A1 = D0 (0,0\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 0 (0,0\%)$ $A2 = D1 (33,3\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 1 (33,3\%)$ $A3 = D0 (0,0\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 0 (0,0\%)$ $A4 = D0 (0,0\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 0 (0,0\%)$ $A5 = D2 (66,7\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 2 (66,6\%)$
	nizka	Frustracija, težnja po večji profesionalizaciji $A1 = D1 (16,7\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 1 (16,7\%)$ $A2 = D3 (50,0\%) + \check{Z}1 (16,7\%) = 4 (66,7\%)$ $A3 = D0 (0,0\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 0 (0,0\%)$ $A4 = D1 (16,7\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 1 (16,7\%)$ $A5 = D0 (0,0\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 0 (0,0\%)$ $S = D5 (83,3\%) + \check{Z}1 (16,7\%) = 6 (100,0\%)$	Skladnost, nizka profesionalizacija $A1 = D2 (25,0\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 2 (25,0\%)$ $A2 = D0 (0,0\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 0 (0,0\%)$ $A3 = D3 (37,5\%) + \check{Z}2 (25,0\%) = 5 (62,5\%)$ $A4 = D0 (0,0\%) + \check{Z}1 (12,5\%) = 1 (12,5\%)$ $A5 = D0 (0,0\%) + \check{Z}0 (0,0\%) = 0 (0,0\%)$ $S = D5 (62,5\%) + \check{Z}3 (37,5\%) = 8 (100,0\%)$
Dejanska			

Legenda

A1 = Stopnja razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege
 A2 = Stopnja razvitosti monopola na strokovno dejavnost oz. ekspertizo zdravstvene nege
 A3 = Stopnja prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev
 A4 = Stopnja organiziranosti profesije medicinskih sester in
 A5 = Stopnja razvitosti profesionalne etike
 D = Dejanska
 Ž = Želena
 S = Skupaj
 R = Delež % med vsemi rezultati
 RVNP = Razmerje med visoko in nizko profesionalizacijo
 FVP = Frustracija – večja profesionalizacija glede na deprofesionalizacijo

Rezultati ocenitve dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po vseh petih dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo in so bili opravljeni s pomočjo rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji, kažejo:

- poklic medicinske sestre je razmeroma visoko profesionaliziran (81,6 %), in sicer ima največji delež skladnost dosežene profesionalizacije (80,0 %). Razmerje med visoko in nizko profesionalizacijo 4 : 1.
- Pri poklicu medicinske sestre gre za visoko stopnjo frustracije, saj podatki kažejo, da je skoraj petina (18,4 %) medicinskih sester frustriranih.
- Delež frustracije medicinskih sester po večji profesionalizaciji oz. deprofesionalizaciji je enak in znaša 2 : 1.
- Razmerje med profesionalizacijo in frustracijo je 4 : 1.

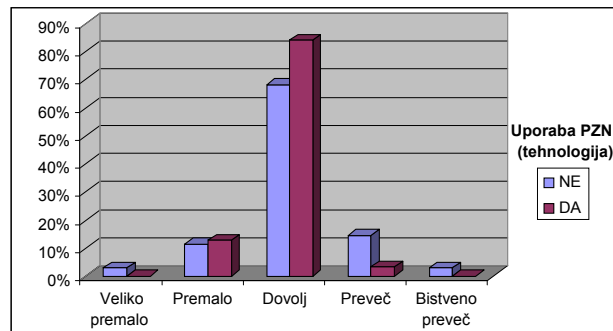
Opravljen analiza rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji in ocenitev dosežene dejanske in želene profesionalizacije in frustracije kaže sicer na

razmeroma visoko stopnjo profesionalizacije, pa tudi na visoko stopnjo frustracije, ki je posledica nenehnega dokazovanja medicinskih sester in želje po večji profesionalizaciji.

3.3 VPLIV TEHNOLOGIJE IN TEHNIKE NA PROFESIONALIZACIJO POKLICA MEDICINSKE SESTRE

Vpliv tehnologije (uporaba PZN) in tehnike (uporaba računalnika) na profesionalizacijo poklica medicinske sestre smo preverjali s hi-kvadrat testi in izračunali kontingenčne koeficiente o jakosti povezave med tehnologijo, tehniko in rezultati raziskave. Pri tem smo upoštevali rezultate raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji.²

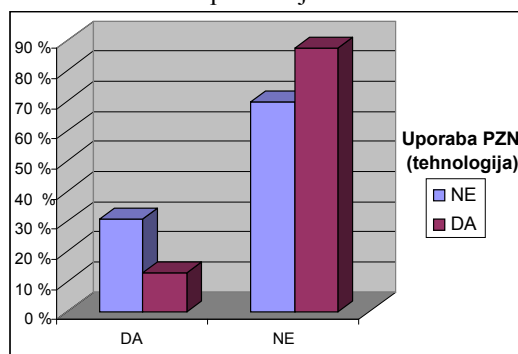
Graf 3.18: Vpliv tehnologije (uporaba PZN) na stališča medicinskih sester o pridobitvi dovolj teoretičnega znanja med študijem za opravljanje poklica



Velika večina (84,1 %) medicinskih sester, ki uporabljajo PZN, meni, da so med študijem pridobile dovolj teoretičnega znanja za opravljanje poklica, manj pa so o tem prepričane medicinske sestre, ki ne uporabljajo PZN (68,3 %).

Kontingenčni koeficient je pokazal, da povezava med medicinskimi sestrami, ki uporabljajo PZN, in tistimi, ki ga ne, ni posebej močna ($C = 0,236$); zveza je statistično značilna ($p = 0,042$).

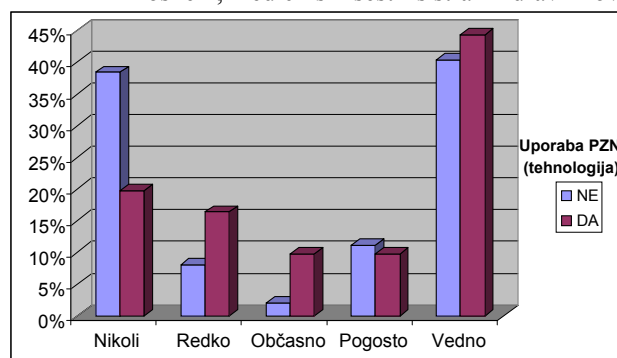
Graf 3.19: Vpliv tehnologije (uporaba PZN) na trditev, da razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki ni povsem jasna



Velika večina medicinskih sester (87,3 %), ki uporabljajo PZN, meni, da razmejitev dela med medicinskimi sestrami in zdravniki ni povsem jasna, nekoliko manj so o tem prepričane medicinske sestre, ki ne uporabljajo PZN 69,5 %.

Kontingenčni koeficient je pokazal, da je povezava med medicinskimi sestrami, ki uporabljajo PZN statistično pomembna ($p=0,009$), vendar šibka ($C = 0,198$).

Graf 3.20: Vpliv tehnologije (uporaba PZN) na pogostost delegiranja vstavitve in menjavanja urinskega katetra pri moškem, medicinski sestri s strani zdravnikov



Rezultati kažejo, da medicinskim sestram, ki ne uporabljajo PZN, zdravniki redkeje (62,6 %) delegirajo vstavitev in menjavo urinskega katetra pri moškem, medtem ko medicinskih sestram, ki uporabljajo PZN, zdravniki v večjem deležu (80,3 %) zaupajo to nalogo.

Kontingenčni koeficient je pokazal, da povezava med medicinskimi sestrami, ki uporabljajo PZN, in tistimi, ki ga ne, ni posebej močna ($C = 0,257$); zveza je statistično pomembna ($p = 0,023$).

Rezultati so pokazali statistično pomemben vpliv tehnologije na stališča medicinskih sester o tem, ali so med študijem pridobile dovolj teoretičnega znanja za opravljanje poklica, ali je razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki povsem jasna in kako pogosto delegirajo zdravniki (iz svoje pristojnosti), medicinski sestri vstavitev in menjavo urinskega katetra pri moškem (glej grafe 3.18, 3.19 in 3.20).

Tehnologija ne vpliva na druge kazalnike profesionalizacije poklica medicinske sestre.

Rezultati kažejo, da tehnika (uporaba računalnika) ne vpliva na posamezne dele dimenzij profesije, torej ne vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre (glej prilogo F).

3.4 PRIMERJAVA NEKATERIH REZULTATOV RAZISKAVE O PROFESIONALIZACIJI POKLICA MEDICINSKE SESTRE V SV SLOVENIJI (1998) Z REZULTATI NEKATERIH PRIMERLJIVIH RAZISKAV O MEDICINSKIH SESTRAH V SLOVENIJI (1997, 2001, 2003, 2005, 2006)

V Sloveniji je v sistemu odprte literature razmeroma veliko raziskav o medicinskih sestrah. Peternelj in Pahor (2001, 27–52) sta analizirali vsebinske in metodološke značilnosti nekaterih raziskav v Sloveniji v obdobju med letoma 1980 in 2000. Obravnavali sta raziskovalna diplomska, magistrska in doktorska dela na ljubljanski in mariborski univerzi, ki so raziskovala medicinske sestre kot osebe in poklicno skupino. Ugotovili sta, da se raziskovalno delo na tem področju po letu 1996 povečuje. Iz rezultatov je razvidno, da se raziskovalna dela, kot sta jih avtorici definirali, začenjajo objavljati šele po letu 1986 in jih od leta 1988 do 1993 ni, z letom 1994 njihovo število prične ponovno naraščati in je leta 1999 najvišje.

K osvetlitvi problematike poklica medicinske sestre v Sloveniji je veliko prispevalo DMSBZT Ljubljana ob sodelovanju Raziskovalnega inštituta visoke zdravstvene šole, zdaj UL ZF in v zadnjem projektu (leta 2005) tudi Slovenskega zdravniškega društva. Nekateri njihovi raziskovalni projekti v zadnjih letih so bili: Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji (leta 1999), Medicinske sestre v Sloveniji (leta 2000), nadgradnja tega je magistrsko delo in publikacija Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno (Kvas in Seljak 2004), Etika v luči zdravstvene nege (leta 2003), ter raziskovalni projekt Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki, ki predstavlja prvi skupni raziskovalni projekt medicinskih sester in zdravnikov o medpoklicnem sodelovanju v zdravstvenem timu (leta 2005) ter diplomsko delo Strukturne značilnosti razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki (Vrbovšek 2006).

Ob tem ne smemo pozabiti na *bogato bazo raziskovalnega dela drugih medicinskih sester in študentov zdravstvene nege* na vseh stopnjah izobraževanja za zdravstveno nego in na drugih študijskih programih ter na drugih šolah in fakultetah doma in v svetu. Vedno več je tudi objav v strokovni in znanstveni literaturi.

Dornikova (2002) je v magistrskem delu opravila bibliometrično in vsebinsko analizo Obzornika zdravstvene nege. Raziskovala je prispevke pod rubriko *Članki* v obdobju med letoma 1976 in 2001. Ugotovila je, da so v tem obdobju avtorji napisali 843 člankov, med avtorji je bilo 68 % žensk (velika večina medicinskih sester), med moškimi pa so prevladovali zdravniki. Med medicinskimi sestrami jih je imelo 15,7 % univerzitetno izobrazbo, dve pa doktorat znanosti. V

47 % člankov je bila med avtorji vsaj ena medicinska sestra. Največ avtorjev je bilo iz Ljubljane, kar je razumljivo, saj je do leta 1993 glavna baza izobraževanja medicinskih sester bila v Ljubljani. Prevladovali so strokovni članki, povečeval pa se je delež znanstvenih člankov, medicinske sestre so raziskovale lastno stroko, delež vzgojno-izobraževalnih vsebin je bil enak deležu zdravstvene nege. Med avtorji znanstvenih člankov se je povečevalo število medicinskih sester z univerzitetno izobrazbo, avtorica ugotavlja, da izobrazba pomembno vpliva na objave v slovenski strokovni reviji.

Z razvojem študijskih programov zdravstvene nege v Sloveniji opažamo povečano objavljane prispevkov medicinskih sester predvsem v domačih in mednarodnih revijah, pri čemer ima pomembno vlogo Obzornik zdravstvene nege kot osrednja strokovno-znanstvena serijska publikacija, zdravstvene in babiške nege. Pomemben prispevek k razvoju teorije, raziskovanja in prakse zdravstvene nege predstavljajo mednarodne znanstvene konference in vrsta drugih oblik strokovnega izpopolnjevanja medicinskih sester, organiziranih v Sloveniji in drugod po svetu.

Glavna *značilnost raziskav* o medicinskih sestrah v Sloveniji je, da raziskujejo poklicno skupino, tj. vse izvajalce zdravstvene nege³ (imenujejo pa jih medicinske sestre, to tudi pojasnijo) in ne le poklic medicinske sestre po definiciji.

Za popolnejšo analizo profesionalizacije poklica medicinske sestre v Sloveniji bomo v nadaljevanju uporabili rezultate nekaterih raziskav na to temo, ki so nastale pred letom 1998 (Pahor 1997) in kasneje (Kvas 2001, Pahor 2001 in 2006, Ule 2003a, Vrbovšek 2003 in 2006) ter jih primerjali z rezultati naše raziskave.

1. Potreba po fakultetno izobraženi medicinski sestri oz. želja po nadaljevanju študija

Leta 1998 je več kot polovica intervjuvanih medicinskih sester menila, da potrebujejo fakultetno izobrazbo s področja zdravstvene nege, bolj so o tem bile prepričane starejše medicinske sestre. Leta 2001 (Kvas 2001, 89) se je ta delež povečal. Na vprašanje Ali si želijo nadaljevati šolanje na področju zdravstvene nege je 82,3 % medicinskih sester je bilo razporejenih na Likertovi lestvici od 2 do 5. Kvasova je ocene od 3 do 5 definirala kot kriterij za željo po nadaljevanju študija – po teh ocenah si je želelo šolanje nadaljevati 280 (od skupno 401) ali 70,0 % medicinskih sester. 71 ali 17,7 % medicinskih sester je odgovorilo, da si sploh ne želijo nadaljevati šolanja.

Rezultati so vsekakor vzpodbudni in kažejo na zavedanje medicinskih sester o tem, da njihovo delo temelji na znanju, ki ga je mogoče (poleg drugih oblik edukacije) pridobiti z nadaljnjim študijem s področja zdravstvene nege.

2. Uporaba računalnika pri izvajanju zdravstvene nege

Leta 1998 je le 1,8 % medicinskih sester uporabljalo računalnik za izvajanje zdravstvene nege, 4,2 % za načrtovanje in evidentiranje zdravstvene nege in 73,2 % za vnos zdravstvenih storitev in drugih administrativnih opravil, več kot petina (20,8 %) pa računalnika pri svojem delu ni uporabljala.

Leta 2001 (Kvas 2001, 92) računalnika ni uporabljalo 13,8 % medicinskih sester. Podatki kažejo na povečano informatizacijo poklica medicinske sestre. Zanimiva je ugotovitev, da zdravstveni tehniki s srednješolsko izobrazbo uporabljajo računalnik veliko manj, ker imajo zelo malo možnosti uporabe računalnika v službi in to zaradi narave njihovega dela, *saj morajo večino svojega delovnega časa preživeti neposredno ob bolniku*. Upravičeno se postavlja vprašanje, kje je mesto medicinske sestre, tisto, ki ga definiramo kot poklic, kompetenten za izvajanje zdravstvene nege ob bolniku in ne ob računalniku ali drugih napravah – sodobni tehnologiji. Sprašujemo se, kdo sestavlja množico perifernih skupin (Abbott 1988), ki nudi storitve pacientu/klientu neposredno. Ali so to le zdravstveni tehniki s srednjo šolo, za katere strokovna javnost trdi, da nimajo dovolj kompetenc za izvajanje sodobne zdravstvene nege? Iz tega izhaja tudi delitev dela znotraj profesionalne skupine (glej ZZBNS 2008c, 8). Ali ni to prav medicinska sestra ki dokazuje, ki izhajajo iz zdravstvene nege (Evidence Based Nursing), pridobiva s pomočjo računalnika (IKT) in tako pridobljeno znanje implementira neposredno v praksi na delovnem mestu medicinske sestre ob pacientu in ne ob računalniku?

Opisana situacija odraža *začetno fazo* uvajanja računalnikov v zdravstvu in zdravstveni negi z vsemi posledicami netransparentnosti uporabe tehnologije.

3. Strokovno izpopolnjevanje

Leta 1998 se je velika večina 85,7 % medicinskih sester strokovno izpopolnjevala. V največjem deležu so se strokovno izpopolnjevale starejše, vodilne in medicinske sestre z daljšo delovno dobo v zdravstvu. Rezultati so pričakovani glede na postavljeno vprašanje Ali ste se v času zaposlitve strokovno izpopolnjevali? Vprašanje ne upošteva časovne omejitve (povprečna delovna doba medicinskih sester v zdravstvu je bila 17,0 let), zato ne moremo z gotovostjo trditi, da je strokovno izpopolnjevanje bilo bolj intenzivno v zadnjih petih letih pred našo raziskavo. Rezultati pa kljub temu kažejo, da pomeni višja stopnja na hierarhični lestvici poklica (vodilne medicinske sestre) tudi več možnosti za strokovno izobraževanje.

Leta 2003 (Vrbovšek, 285) so v prispevku prikazani rezultati vzrokov za udeležbo na strokovnih izpopolnjevanjih. Medicinske sestre so se strokovnih izpopolnjevanj udeleževale v največji meri iz lastnega interesa po znanju in najmanj zaradi zahtev nadrejenih. Žal druge interpretacije niso mogoče, ker ni podatka o številu in stopnji izobrazbe respondentov iz katerih bi lahko izračunali delež medicinskih sester, ker so v raziskavo bili zajeti vsi izvajalci zdravstvene nege.³

Ugotovimo lahko, da je strokovno izobraževanje kot stalnica postalo sestavni del profesionalnega življenja medicinske sestre.

4. Ravnanje medicinskih sester ob sprejemanju nalog, ki niso v njihovi pristojnosti

Leta 1998 bi na zastavljeno vprašanje Kako najbolj pogosto ravnate, ko sprejmete naloge, ki niso v vaši pristojnosti? skoraj polovica (49,7 %) medicinskih sester nalogo po naročilu zdravnika opravila, ker so se zavedale, da je to nujno potrebno za bolnika, 22,0 % bi jih zahtevalo pisno pooblastilo, 15,0 % bi jih molčalo, ker so predvidevale, da nima smisla diskutirati, 7,2 % pa bi jih nalogo odklonilo.

Leta 2003 (Vrbovšek, 288) je bilo postavljeno vprašanje: Zdravnik vam naroči poseg, za katerega niste kompetentni. Kaj storite? (Opravim, saj z zdravnikom ne želim v konflikt; Opravim z veseljem in z občutkom posebne vrednosti, ker mi zdravnik zaupa; Odklonim, ker zanj nisem kompetentna; Brez odgovora/Ne vem). 75,5 % višjih medicinskih sester bi poseg odklonilo, ker zanj niso kompetentne, le 6,1 % višjih medicinskih sester bi poseg opravilo z veseljem in z občutkom posebne vrednosti, ker jim zdravnik zaupa.

Popolna primerjava rezultatov na identično vprašanje v obeh raziskavah ni možna, ker se rezultati raziskave leta 2003 nanašajo na vse izvajalce,³ in ni dovolj podatkov, iz katerih bi lahko izračunali rezultate za medicinske sestre. Tako npr. Vrbovškova ugotavlja, da bi slabi dve tretjini vseh izvajalcev zdravstvene nege³ (66,2 %) poseg odklonilo, *ker niso kompetentne za izvedbo* (Vrbovšek 2003, 290). Pri medicinskih sestrah z višjo izobrazbo znaša delež le-teh 75,5 %. Leta 1998 bi nalogo odklonilo le 7,2 % medicinskih sester, kar verjetno ustreza dejanskemu stanju, kljub temu da je ta odstotek odklonitev še vedno relativno visok. Leta 1998 pa bi skoraj polovica (49,7 %) medicinskih sester nalogo opravilo, ker so se zavedale, da je to *nujno potrebno za pacienta*. Iz povedanega lahko razberemo, da bi medicinske sestre (leta 1998) zasledovale cilje (ozdravitev pacienta) ne glede na vrsto ovir na tej poti: strokovne (ustrezne kompetence), profesionalne (razmejitev nalog in pristojnost – delitev dela med člani zdravstvenega tima, medpoklicno sodelovanje, holističen pristop) in pravne (pisna pooblastila za

opravljanje posegov – nalog oz. določene (rutinske) naloge (aktivnosti) s področja medicine in drugi pravni predpisi).

V obeh raziskavah v časovnem razmaku petih let ostaja delež medicinskih sester, ki bi nalogo opravile zato, ker niso želele konflikta z zdravnikom približno enak. Zanimiv je delež višjih medicinskih sester (6,1 %) in diplomiranih medicinskih sester (5,8 %), ki bi poseg opravile z veseljem in z občutkom posebne vrednosti, ker jim zdravnik zaupa (Vrbovšek 2003, 288). Servilen odnos medicinskih sester (servilen: *kdor si s pretirano uslužnostjo, vdanostjo prizadeva pridobiti naklonjenost nadrejenih; hlapčevski, klečeplazen: servilnega človeka nihče ne ceni*, Abecednik.com 2009) prav gotovo ne prispeva k strokovni avtoriteti poklica medicinske sestre, k enakovrednosti odnosov v zdravstvenem timu, niti k boljšemu medpoklicnemu sodelovanju, ki zahteva kompetentno medicinsko sestro, ki je na strokovnih osnovah sposobna prepoznati, oceniti in odločiti o svojih profesionalnih dejanjih in se lahko enakovredno vključuje v dialog med profesionalci različnih strok zdravstvenega tima.

Trditev je mogoče razumeti tudi kot prepoznavnost zdravnikov o kompetentnosti medicinske sestre in zaupanju v strokovno izvedbo nalog; najverjetneje gre za slednje. Toda v tem primeru bi pričakovali bolj samozavestno držo medicinske sestre, kot strokovnjakinje, kompetentne za strokovno izvedbo rutinskih medicinskih nalog (samopodoba). Samopodobo medicinske sestre dvigujejo znanje, stališča, spretnosti – kompetence, jasno poznavanje poklicne vloge, medsebojno uigravanje poklicnih vlog, zaupanje, razumevanje in sodelovanje; veliko manj pa zgolj pričakovanje potrditve med zdravniki (subkontrola).

Verjetno je v vprašanju (Zdravnik vam naroči poseg, za katerega niste kompetentni. Kaj storite?) mišljena pristojnost in ne kompetentnost. In prav medicinske sestre se za prenos teh nalog (po stari terminologiji medicinsko-tehničnih posegov oz. novejši aktivnosti, intervencije) borijo (*Kompetence v tem trenutku niso izvedljive v vseh okoljih in deloviščih ... ne dajmo si jih vzeti!* Klemenc 2008, 4). Seveda pa je profesionalno in koristno predvsem za pacienta (*in tudi pogumno*), da medicinska sestra nalogo s področja medicine, za katero ni pristojna (da o njeni potrebnosti odloča), odkloni, če samokritično oceni, da za določeno *intervencijo* ni *dovolj usposobljena oz. zmožna opraviti te naloge*. Znano je, da zdravniki nalog s področja medicine ne dodeljujejo *na palec oz. kar tako*, saj se, skladno z etičnim kodeksom, zakonskimi in podzakonskimi predpisi zavedajo odgovornosti, ki jo s tem prevzemajo. Po drugi strani pa se člani zdravstvenega tima zelo dobro poznajo med seboj, do potankosti poznajo reakcije, skozi neverbalno in verbalno komunikacijo in sposobnost uporabe znanja posameznega člana tima v

kompleksnih, raznovrstnih in nepredvidljivih situacijah (kompetence) in si na ta način ustvarijo zelo subtilno sliko o posameznem profesionalcu.

Nejasno razumevanje pojmov *pristojnost* in *kompetenca* povzroča vrsto težav in ni posebnost le zdravstvene nege, temveč je prisotna tudi na drugih strokovnih področjih. Morda bi poleg vsebinskega razumevanja teh dveh pojmov bila rešitev tudi v ustreznem slovenskem izrazu za kompetenco. V slovenskem strokovnem prostoru se namesto pojma *kompetenca* pogosto pojavljajo izrazi *kvalifikacija*, *sposobnost* in *zmožnost*.

5. Enakovrednost članstva v zdravstvenem in negovalnem timu

Leta 1998 so medicinske sestre menile, da se čutijo povsem in delno enakovredne bolj v negovalnem (98,7 %), kot v zdravstvenem timu (92,0 %). Rezultate smo merili z Likertovo lestvico. V zdravstvenem timu so se čutile povsem enakovredne medicinske sestre zaposlene v drugih zdravstvenih in socialnih zavodih (60,0 %) in najmanjši delež medicinskih sester zaposlenih v bolnišnici (25,0 %). Z daljšo delovno dobo v zdravstvu narašča upoštevanje strokovnega mnenja medicinske sestre med vodji zdravstvenega tima (zdravniki), kar potrjuje pridobivanje kompetenc v poklicnem prostoru.

Vrbovškova leta 2006 (2006, 97) ugotavlja, da 72,6 % zdravnikov, 86,4 % medicinskih sester in 83,9 % zdravstvenih tehnikov meni, da odnosi med medicinskimi sestrami (mišljeni so vsi izvajalci zdravstvene nege)³ niso enakovredni. Primerjava rezultatov 1998 in 2006 kaže nasprotno sliko.

Glede sodelovanja medicinskih sester na zdravniških sestankih in upoštevanje njihovega strokovnega mnenja med zdravniki v zdravstvenem timu rezultati kažejo, da je leta 1998 54,8 % vodilnih medicinskih sester sodelovalo na zdravniških sestankih, kjer so poročale o potrebah po zdravstveni negi (45,7 %), o zdravstvenem stanju pacientov na oddelku (44,6 %) in o zdravstvenem stanju posameznih pacientov (27,2 %). Lahko bi zaključili, da je poklic medicinske sestre *profesionalno ustrezen vrednoten in upoštevan med zdravniki – medicinske sestre so se počutile enakovredne članice timov*; vendar so o tem bile prepričane le medicinske sestre (zdravnikov in zdravstvenih tehnikov o tem nismo povprašali).

Do povsem drugačnih ugotovitev, osem let kasneje, na podlagi rezultatov raziskave o Medpoklicnem sodelovanju med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu (leta 2005) pride Vrbovškova (2006), in sicer, da zdravniki in medicinske sestre nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov; o tem so bolj prepričane medicinske sestre (86,4 %) in zdravstveni tehniki (83,9 %) kot

zdravniki (72,6 %). Natančnejši vpogled v trditve respondentov: (1) Zdravniki in zdravstveni tehniki nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov ter trditev (2) Zdravniki in medicinske sestre nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov, kaže zelo podobne rezultate – visoko stopnjo strinjanja s temi trditvami. Obstaja možnost, da so respondenti o enakovrednih medsebojnih odnosih razmišljali kot o hierarhičnih odnosih pri medpoklicnem sodelovanju. S trditvijo na predhodno vprašanje o tem ali je v zdravstvu prisotna statusna hierarhija so močno soglašali.

Lahko pa je bilo to vprašanje razumljeno kot enakovreden prispevek znanja (moč), toda tudi v tem primeru bi pričakovali samozavedanje vsaj medicinskih sester o strokovni avtoriteti in avtonomiji poklica in predvsem o svojem znanju, ki to omogoča.

Rezultati teh dveh raziskav niso povsem primerljivi, kažejo pa na strokovno avtonomijo in avtoriteto, ki jo medicinske sestre (po njihovem mnenju) v odnosu do zdravnikov v zdravstvenem timu dosegajo (leta 1998), na drugi strani pa v medpoklicnem sodelovanju na različno moč profesionalcev v zdravstvenem timu in na še vedno prisotne nadrejene in podrejene odnose med člani zdravstvenega tima (leta 2005) v slovenskem prostoru.

Zdravstvena nega kot *posredovalna dejavnost* in poklic medicinske sestre, ki je po šolski teoriji profesij uvrščen med *polprofesije*, delita usodo drugih polprofesij, ki odseva v vseh slovenskih in tudi mednarodnih raziskavah poklica medicinske sestre. Zato je upravičeno raziskovanje *profesionalnega dela medicinske sestre*, ki v sistemu profesij (Abbott 1998), edino zares šteje.

6. Prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javna prepoznavnost; kakšna je podoba medicinske sestre v javnosti in katere medicinske sestre so najbolj priljubljene?

Pahorjeva (1997, 232–236) je v doktorski disertaciji Spremembe stališč pri študentih zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani analizirala univerzitetno (nadgraditveno) izobraževanje za medicinske sestre in njegov vpliv na stališča in vrednote študentov, ki so v tej raziskavi bile višje medicinske sestre. Respondenti (n=49) so med študijem trikrat odgovarjali na odprta vprašanja. Pahorjeva je pri respondentih ugotovila pozitivne spremembe: *povečana samozavest, manjša občutljivost, večja pozornost do sebe in drugih, večja strpnost in višja stopnja artikuliranosti*. Močnejše kot osebne lastnosti se je spremenila *poklicna podoba* respondentov. Respondenti so opisali povprečno višjo medicinsko sestro kot *zdravnikovo pomočnico* (zdravniki so pridobili *moč* nad svojim delom, nad drugimi zdravstvenimi delavci in upravljalno moč; direktorska mesta in mesta v državni upravi; Pahor 1997, 233) in *vzdrževalko reda*. O tem, kakšna je podoba medicinske sestre v javnosti, pa so jo opisale kot: *strokovnjakinjo, dobro srce, delovne roke, zdravnikovo pomočnico* (to pojmovanje je najbolj prisotno) in *vzdrževalko reda*.

V raziskavi leta 1998 smo navedli štiri prototipe medicinskih sester² in respondente povprašali, kateri tip medicinskih sester je po njihovem mnenju najbolj zaželen. *Uporabniki zdravstvenih storitev* so kot najbolj zaželene medicinske sestre navedli tiste, ki jim nudijo emocionalno zadovoljevanje potreb in strokovno podporo – *tip skrbnega angela oz. usmiljenke* (98,8 %), nato medicinske sestre, ki jih ne zanima bolnik kot osebnost, temveč le njegova bolezen – *tip administrativnega birokrata* (58,3 %), najmanj respondentov pa se je strinjalo s trditvijo, da so najbolj priljubljene lepe in spogledljive medicinske sestre – *fotodeli* (33,9 %). *Medicinske sestre* so kot najbolj priljubljen tip medicinske sestre pri bolniku ocenile *tip skrbnega angela oz. usmiljenke* (86,9 %, enako kot uporabniki); pri zdravnikih *tip medicinske sestre fotodela* (76,2 %) in pri kolegicah medicinskih sestrah *tip administrativnega birokrata* (36,3 %) in medicinsko sestro, ki *vestno opravlja svoja dela* (38,7 %).

Pahorjeva (2001, 53–60) je med rednimi študenti tretjega letnika zdravstvene nege UL VŠZ opravila kvalitativno študijo. Glede *nizkega ugleda* medicinskih sester v družbi so kot vzroki navedeni: zdravniki, lastno ravnanje in neprepoznavanje poklica v javnosti; med značilnostmi: slabo plačano delo, prispevek k zdravljenju ni cenjen, poklic je v javnosti neviden, neavtonomen; kot ukrepe pa: aktivnosti poklicne skupine, izobraževanje in raziskovanje. Kar zadeva medicinskih sester in zdravnikov, pa avtorica presenečeno ugotavlja jakost *negativnega odnosa do zdravnikov*, in meni, da bi težko presodila utemeljenost študentskih izjav, da pa se očitno skozi njih kanalizira neka globoka grenkoba celotne poklicne skupine.

Natančen vpogled v rezultate slovenskih raziskav o medicinskih sestrah potrjuje, da tak odnos ni posebnost le-te študije. Tudi v naši raziskavi smo potrdili visoko stopnjo frustracije medicinskih sester, zaradi vrste ovir na poti razvoja poklica; to se kaže v vsakdanjem življenju medicinske sestre z vsemi posledicami, ki jih frustracija prinaša.

Pahorjeva (2006, 112–122) na osnovi podatkov Slovenskega javnega mnenja ugotavlja, da je družbeni ugled medicinskih sester v javnosti v obdobju dvajsetih let (1983–2003) pridobil ugled in sicer podobno kot v drugih državah (Evetts 2003 v Pahor 2006). Po podatkih v tabeli 3.32 družbeni ugled medicinskih sester po letu 1995 narašča. To je zaznati tudi v naši raziskavi leta 1998; skoraj dve tretjini medicinskih sester (65,0 %) je menilo, da pripadajo srednjemu in slaba četrtina (23,4 %), da pripadajo višjemu srednjemu sloju. Uporabniki zdravstvenih storitev pa so poklic medicinske sestre uvrstili na vodilna delovna mesta v zdravstvu in zdravstveni negi, nekateri (redki) pa na najvišje politične funkcije.

Tabela 3.32: Družbeni ugled zdravnikov in medicinskih sester v Sloveniji.

Družbeni ugled	1 + 2	3	4 + 5
	(zelo nizek, nizek)	(srednji)	(visok, zelo visok)
Zdravniki			
SJM 1983	0,8	10,5	86,0
SJM 1995	3,0	14,3	82,2
SJM 2003	3,2	12,9	83,1
Medicinske sestre			
SJM 1983	5,2	60,9	30,4
SJM 1995	11,1	44,0	43,2
SJM 2003	10,2	42,5	45,6

Vir: Pahor, Majda. 2006. Sodelovanje v zdravstvu kot predmet preišljevanja, pojasnjevanja in ukrepanja. V Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: Priložnost za izboljšanje kakovosti, ur Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, 112–122. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Čeprav rezultati navedenih raziskav niso neposredno primerljivi, pa vendar skozi različne časovne preseke dajejo sliko medicinskih sester v slovenskem prostoru. Povzamemo lahko, da so medicinske sestre med študijem izboljšale osebne lastnosti in poklicno podobo, prepričane so bile, da so v javnosti prepoznavne kot strokovnjakinje, vendar še vedno tudi kot zdravnikove pomočnice.

Poklic medicinske sestre postopoma pridobiva družbeni ugled.

7. Uletova (2003a) v *Spregleđanih razmerjih* problematizira in razmišlja o družbeni vlogi medicine oz. o medicini kot družbeni vedi, ki je neločljivo povezana z družbo in s tem v zvezi razmišlja tudi o vlogi medicinske sestre v medikalizaciji vsakdanjega življenja. Pojasnjuje vlogo medicine, ki je v 20. stoletju postala glavna institucija družbenega nadzora z izumom strokovne klinike in bolnišnice. Od sredine 20. stoletja medicinsko delo izgublja ekskluzivno avtonomijo in ga vedno bolj nadomeščajo vlade ter sistemi zdravstvenega in socialnega zavarovanja znotraj neoliberalnega socio-ekonomskega sistema. Opozori na krizo naravoslovne paradigme medicine in na nujnost *medicine prihodnosti kot komunikacijske medicine* (Gottschlich 1998 v Ule 2003a).

V raziskavi *komuniciranja med zdravniki in bolniki*, ki sta jo s Tivadarjevo opravili med člani Društva pljučnih bolnikov Slovenije (leta 1998), so se bolniki strinjali najbolj s trditvijo: *Važno je, da je odnos med bolnikom in zdravnikom topel in prisrčen, ker to zelo vpliva na razbremenitev bolnika*, na drugo mesto so po stopnji strinjanja uvrstili trditev: *Nerad hodim k zdravniku, ki me obravnava kot številko, tudi če je priznan strokovnjak*. Uletova poudarja, da je za zdravljenje mnogih problemov in bolečin sodobnega človeka izjemno pomembno *vzpodbudno komunikacijsko okolje*. Spregovori tudi o drugih motnjah in nesporazumih v komuniciranju med zdravniki in bolniki in o izgorevanju zdravnikov in zdravstvenih delavcev, ki jim (poleg

primarnih nosilcev trpljenja, tj. bolnikov) nezdrave razmere emocionalne in komunikacijske opustelosti ne prizanašajo. V procesu zdravljenja opozori na vlogo medicinske sestre, hierarhijo v zdravstvu in moč (z vsemi posledicami) ter na kompleksnejši odnos med bolniki in medicinskimi sestrami, kot je ta med bolniki in zdravniki.

Delo je pomembno vplivalo na aktivnosti obeh osrednjih profesionalnih skupin v zdravstvu; na zdravnike (komunikacija) in medicinske sestre (raziskovanje).

8. Vrbovškova (2006) je v diplomskem delu ***Strukturne značilnosti razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki*** na podlagi raziskave Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki DMSBZT Ljubljana (ob sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom in Raziskovalnim inštitutom UL VŠZ leta 2005), identificirala temeljne značilnosti interprofesionalnih odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki v Sloveniji. Ugotovila je, *da je med medicinskimi sestrami in zdravniki več razlik kot podobnosti, tako da so v danih razmerah sodelovalni odnosi med njima močno oteženi, s pomočjo nadaljnjega raziskovanja in s skupnimi prizadevanji pa vsekakor mogoči.*

V raziskavo so zajeti zdravniki, medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Pri doživljanju medpoklicnih odnosov je ugotovila, da svojo *poklicno vlogo* in vlogo drugih članov tima najbolj razumejo zdravniki, najmanj pa zdravstveni tehniki. *Spoštovane* med medicinskimi sestrami se čuti več zdravnikov kot medicinskih sester. Medsebojno spoštovanje med izvajalci zdravstvene nege je slabo; med medicinskimi sestrami se čutijo najmanj spoštovani zdravstveni tehniki, med zdravstvenimi tehnikami pa medicinske sestre. Med vsemi skupinami pa se čutijo *najbolj spoštovani zdravniki, najmanj pa zdravstveni tehniki*. Vse tri poklicne skupine so najmanj *samozavestne* v odnosih z zdravniki, najbolj pa v odnosih z zdravstvenimi tehnikami. Rezultati kažejo, da se s stopnjo profesionalizacije poklica več razumevanje poklicnih vlog in občutek spoštovanja, v odnosih z bolj profesionaliziranimi poklici pa upada samozavest manj profesionaliziranih.

Glede *značilnosti medpoklicnih razmerij* pa so respondenti menili, da imajo zdravniki o medicinskih sestrah stereotipne predstave, najbolj so o tem prepričane medicinske sestre (41,0 %), najmanj pa zdravniki (10,1 %); največji delež zdravnikov (70,3 %) in velik, skoraj enak delež medicinskih sester (64,3 %) in zdravstvenih tehnikov (62,6 %) soglaša s trditvijo, da imajo zdravstveni tehniki stereotipne predstave o medicinskih sestrah. Medicinske sestre o sebi mislijo, da imajo zdravniki *stereotipne predstave* o njih, čeprav s to trditvijo soglaša le 10,1 % zdravnikov. Sklepali bi lahko, da

zdravniki poklic medicinske sestre sprejemajo kot profesijo in se manj ukvarjajo s stereotipi, kot kaže, pa o tem niso tako prepričane medicinske sestre same. Medicinske sestre so tudi najbolj prepričane, da so odnosi med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege *pristranski*.

Takšna razmišljanja medicinskih sester odsevajo *značilnost te profesionalne skupine*, ki se v hierarhični strukturi zdravstva in skozi socializacijo globoko v sebi čutijo *premalo cenjene kot osebnosti in kot strokovnjakinje* iz česar verjetno izvirajo njihova prepričanja o stereotipih, pristranskosti in necenjenosti. Predpostavljamo, da bodo s pridobivanjem kompetenc medicinske sestre postopoma v središče svoje vloge v zdravstvu postavljale profesionalne in osebne vrednote in s tem ustvarile pogoje za *izzvenevanje* zgoraj navedene problematike (profesionalizacija).

Leta 1998 smo medicinske sestre v zaprtem vprašanju povprašali, kako po njihovih izkušnjah gledajo na zdravstveno nego zdravniki. Največ medicinskih sester (77,2 %), je *menilo, da zdravniki gledajo na zdravstveno nego kot na pomožno dejavnost v zdravstvu*, slaba petina (18,0 %) da je samostojna dejavnost v zdravstvu in le 1,2 % da je znanstvena disciplina kot medicina, 3,6 % se jih je opredelilo za drugo.

Glede *spoštovanja stroke zdravstvene nege* pa rezultati raziskave sedem let kasneje kažejo, da jo velika večina zdravnikov (89,8 %) spoštuje, vendar pa je o tem prepričan manjši delež medicinskih sester (47,5 %) kot zdravstvenih tehnikov (55,3 %). S trditvijo, da *medicinske sestre spoštujejo medicinsko stroko* pa najbolj soglašajo medicinske sestre, nato zdravstveni tehniki in najmanj zdravniki.

Leta 1998 je bila velika večina medicinskih sester prepričanih, da gledajo *zdravniki na zdravstveno nego kot na pomožno dejavnost* in je to odražalo stališča medicinskih sester glede lastnih izkušenj. Vprašanje je bilo usmerjeno bolj v samostojno in odvisno dejavnost ter zdravstveno nego kot znanstveno disciplino, ki je enakovredna medicini. Sedem let kasneje pa je ocenjeno, da zdravniki *spoštujejo stroko zdravstvene nege (ne vemo ali jo tudi vrednotijo enako kot medicino)*, vendar so o tem manj prepričane (skoraj polovico manjši delež) medicinske sestre.

Ugotovimo lahko, da medicinske sestre bolj kritično ocenjujejo, predvsem pa bolj občutijo *posledice umeščenosti zdravstvene nege kot posredovalne dejavnosti v zdravstvu*.

Analiza kaže na *pomembne značilnosti poklica medicinske sestre in profesionalnega dela v različnih časovnih obdobjih v Sloveniji; ostaja veliko nerešenih vprašanj*.

Čeprav, rezultati niso vedno povsem primerljivi, pa vendarle pozitivno ocenjujemo *vpetost in vpliv zgodnejših na kasnejše raziskave*.

Ugotovitve narekujejo, da naj bodo prizadevanja medicinskih sester (pa tudi drugih zdravstvenih delavcev vključno z zdravniki) *usmerjena k pridobivanju kompetenc za dobro medpoklicno sodelovanje* v timu in tudi širše ter odpravo ovir na tej poti. *Tako bo klient (C.R. Rogers) (p)ostal osrednji subjekt in resnični vodja tima, in ne trpeči objekt za tehnološko-tehnično obdelavo v razglašenem orkestru zdravstvenih strokovnjakov*.

3.5 ANALITIČNI PRIKAZ TIPIČNE TEHNOLOGIJE, DELA, DELITVE DELA, KOMPETENC, POTREBNEGA ZNANJA IN PRIDOBIVANJE ZNANJA TER USPOSABLJANJA ZA RAZVOJ KOMPETENC MEDICINSKE SESTRE NEKOČ, DANES, JUTRI

Za uresničitev cilja, ki smo si ga zadali v doktorski disertaciji (opisati s kakšno tehnologijo se v procesu dela srečujejo medicinske sestre), smo pripravili sledečo analizo v tabeli 3.33, kjer so navedene postavke v zgodovinski perspektivi zdravstvene nege, ki jo je utemeljila Florence Nightingale. Prikazali smo naslednja opravila:

- sprejem pacienta v bolnišnico (poseg – pristojnost zdravnika, postopek – pristojnost medicinske sestre; sodelujoča, soodvisna in samostojna vloga medicinske sestre),
- aplikacija zdravil pacientu (poseg, ki ga zdravnik iz svoje pristojnosti dodeli medicinski sestri; sodelovalna, soodvisna vloga medicinske sestre),
- kopanje pacienta (celotna posteljna kopel pri pacientu, ki je odvisen od drugih; postopek, ki je v pristojnosti medicinske sestre; samostojna, soodvisna in sodelujoča vloga medicinske sestre).

V tabeli 3.33 smo za *preteklost* podali oceno na podlagi literature, lastnega poznavanja dela in izkušenj ter poznavanja poklicev v zdravstvu.

Za *obstoječe stanje* je bila uporabljena strokovna literatura s področja zdravstvene nege, predvsem Standardi aktivnosti zdravstvene nege (Ivanuša in Železnik 2002, 2008) in Kratka zgodovina medicine (Brumec 2008) ter ostali relevantni viri na to temo.

Za *predvidevanje stanja v prihodnje* je uporabljena znanstvena in strokovna literatura na to temo, ki smo jo izbrali kot relevantno.

Analizo je *pregledala ekspertna skupina* visokošolskih učiteljev s področja medicine in zdravstvene nege.¹⁰

Tabela 3.33: Analitični prikaz tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja in pridobivanja znanja ter usposabljanja za razvoj kompetenc medicinske sestre nekoč, danes, jutri**A. SPREJEM PACIENTA V BOLNIŠNICO**

	<i>NEKOČ</i>	<i>DANES</i>	<i>JUTRI</i>
1. TIPIČNA TEHNOLOGIJA			
a) Sprejemna dokumentacija	<ul style="list-style-type: none"> – Papir (obrazci), – sprejemna medicinska dokumentacija. 	<ul style="list-style-type: none"> – Računalniški zapisi na nepovezanih in delno povezanih računalnikih (v večini primerov), – dokumentacija ZN. 	<ul style="list-style-type: none"> – Vnos v računalniški program povezan v mrežo, – uporaba pacientovih podatkov iz elektronske pametne kartice (smart card).
b) Instrumenti in pripomočki	<ul style="list-style-type: none"> – Termometer, škarje, loparčki, jodove palčke, gumijaste rokavice, – steklene brizgalke in igle za večkratno uporabo, – epruvete in pipete za osnovne urinske in krvne preiskave – pregledna miza in stol, – komprese in rjuhe. 	<ul style="list-style-type: none"> – Elektronski oz. mehanski termometer, – loparčki, – rokavice za enkratno uporabo, – plastične brizgalke in igle za enkratno uporabo, – epruvete in pipete za osnovne urinske in krvne preiskave, – podloge za enkratno uporabo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Sofisticirani elektronski: termometer, dermatoskop, otolaringoskop, uporabljen še pred sprejemom pacienta v bolnišnico preko videokonferenčne kamere, – loparčki za enkratno uporabo, – rokavice za enkratno uporabo, – plastične brizgalke in igle za enkratno uporabo.
c) Medicinska oprema	<ul style="list-style-type: none"> – Mehanski otolaringoskop, stetoskop, aparat za merjenje krvnega pritiska, – EKG. 	<ul style="list-style-type: none"> – Elektronski oz. mehanski: otolaringoskop, stetoskop, aparat za merjenje krvnega pritiska. 	<ul style="list-style-type: none"> – Sofisticirani elektronski: otolaringoskop, stetoskop, aparat za merjenje krvnega pritiska z možnostjo pregleda na daljavo preko videokonferenčne kamere, še pred sprejemom v bolnišnico, – neposredna uporaba iste medicinske opreme v sprejemni ambulanti.
d) Postopki	<ul style="list-style-type: none"> – Ročni vnos podatkov v dokumentacijo, – postopki sprejema, pregleda in obravnave pacienta, – postopki dezinfekcije, – postopki sterilizacije. 	<ul style="list-style-type: none"> – Računalniški vnos podatkov, – izpolnjeni postopki sprejema, pregleda in obravnave pacienta, – uporaba PZN in ugotovitev bolnikovega stanja, – določanje negovalnih diagnoz, – izvedba, – svetovanje, – poučevanje bolnika o njegovem zdravstvenem stanju in bivanju v bolnišnici, – izpolnjevanje etiket z bolnikovimi podatki, – izpolnjevanje dokumentacije za neprekinjeno ZN, – etično ravnanje, – postopki dezinfekcije in sterilizacije podprti s sodobno tehnologijo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Računalniški vnos podatkov, v povezano računalniško mrežo – uporaba elektronske pametne kartice (smart card), – uporaba ekspertnih sistemov, – postopki sterilizacije vodeni z računalniško podporo.
2. TIPIČNA DELA			
a) Sprejem pacienta	<ul style="list-style-type: none"> – Sprejem pacienta (zdravnik, medicinska sestra oz. administratorica). 	<ul style="list-style-type: none"> – Sprejem pacienta (administratorica, medicinska sestra, zdravnik). 	<ul style="list-style-type: none"> – Sprejem pacienta (administratorica, medicinska sestra, zdravnik).
b) Izpolnjevanje sprejemne dokumentacije	<ul style="list-style-type: none"> – Ročno izpolnjevanje samo medicinske dokumentacije in obrazcev. 	<ul style="list-style-type: none"> – Izpolnjevanje medicinske in negovalne dokumentacije ročno ali računalniško vendar v lokalne (nepovezane) računalnike. 	<ul style="list-style-type: none"> – Elektronsko izpolnjevanje medicinske in negovalne dokumentacije v računalnik povezan v mrežo, z možnostjo uporabe IKT, telemedicine, telehealtha in telenursinga.

c) Pregled pacienta	<ul style="list-style-type: none"> Zdravniški pregled pacienta včasih ob pomoči medicinske sestre. 	<ul style="list-style-type: none"> Zdravniški pregled pacienta ob sodelovanju medicinske sestre, negovalni pregled pacienta s strani medicinske sestre. 	<ul style="list-style-type: none"> Zdravniški pregled pacienta ob sodelovanju medicinske sestre, negovalni pregled pacienta.
d) Strokovna presoja	<ul style="list-style-type: none"> Določitev medicinske diagnoze. 	<ul style="list-style-type: none"> Določitev medicinske diagnoze, določitev negovalne diagnoze. 	<ul style="list-style-type: none"> Določitev medicinske diagnoze ob podpori ekspertnih sistemov, določitev negovalne diagnoze ob podpori ekspertnih sistemov.
e) Naročeni posegi in postopki ter druge storitve	<ul style="list-style-type: none"> Medicinski aspekt, naročanje posegov in postopkov. 	<ul style="list-style-type: none"> Medicinski in negovalni aspekt. 	<ul style="list-style-type: none"> Izpopolnjeni medicinski in negovalni aspekt.
f) Izvedba naročenih posegov in postopkov ter drugih storitev	<ul style="list-style-type: none"> Posege izvede zdravnik, redko medicinska sestra, postopke izvede medicinska sestra, druge posege izvedejo drugi zdravniki specialisti, druge storitve izvedejo drugi administrativni zdravstveni delavci. 	<ul style="list-style-type: none"> Posege izvede zdravnik, nekatere delegira medicinski sestri, postopke zdravstvene nege izvede medicinska sestra, druge storitve izvedejo drugi administrativni zdravstveni delavci. 	<ul style="list-style-type: none"> Jasna delitev dela med zdravniki (medicinsko-tehnični posegi) in medicinskimi sestrami (postopki zdravstvene nege), pisno delegiranje nalog zdravnika medicinski sestri, sodelovanje v timskem delu.
g) Oskrba pacienta	<ul style="list-style-type: none"> Osnovna oskrba pacienta. 	<ul style="list-style-type: none"> Celostna oskrba pacienta. 	<ul style="list-style-type: none"> Celostna oskrba pacienta ob podpori ekspertnih sistemov in tehnologije znanja.
h) Namestitev pacienta na oddelek	<ul style="list-style-type: none"> Osnovna namestitev pacienta. 	<ul style="list-style-type: none"> Celostna namestitev pacienta. 	<ul style="list-style-type: none"> Celostna, dopolnjena namestitev pacienta.
3. DELITEV DELA			
a) Zdravnik	<ul style="list-style-type: none"> Sprejem pacienta ob pomoči medicinske sestre, izpolnjevanje sprejemne dokumentacije, pregled pacienta ob pomoči medicinske sestre, pregled urina, pregled osnovnih krvnih preiskav (sedimentacija), določitev medicinske diagnoze, izvedba oz. naročanje posegov, postopkov in drugih storitev. 	<ul style="list-style-type: none"> Sprejem pacienta ob sodelovanju medicinske sestre, diktiranje za računalniški vnos podatkov o pacientu, pregled pacienta ob sodelovanju medicinske sestre, naročanje posegov in nekaterih drugih storitev. 	<ul style="list-style-type: none"> Sprejem pacienta ob sodelovanju medicinske sestre, dopolnitev sprejemne dokumentacije z pacientovo dokumentacijo, ki je v računalniški mreži in na elektronski pametni kartici (smart card), pregled pacienta ob sodelovanju medicinske sestre, računalniška določitev medicinske diagnoze na osnovi lastne presoje in ob pomoči računalniško podprtih programov za konzultacije, naročanje posegov in nekaterih storitev, nujno potrebnih ob sprejemu pacienta, ker so ostali že dosegljivi in na vpogled v računalniški mreži in elektronski pametni kartici (smart card), ki jo ima pacient s seboj.
b) Medicinska sestra	<ul style="list-style-type: none"> Pomoč pri sprejemu pacienta, pomoč pri pregledu pacienta, osnovna nega pacienta, osnovna namestitev pacienta na oddelek. 	<ul style="list-style-type: none"> Sprejem pacienta kot celovite osebnosti, sodelovanje pri pregledu pacienta, negovalni pregled pacienta, določitev negovalne diagnoze, določitev intervencij zdravstvene nege, priprava individualnega načrta aktivnosti zdravstvene nege, delno ročni, delno računalniški vnos podatkov v negovalno dokumentacijo, izvajanje posegov po naročilu zdravnika. 	<ul style="list-style-type: none"> Sprejem pacienta kot celovite osebnosti, sodelovanje pri pregledu pacienta, negovalni pregled pacienta, določitev negovalne diagnoze ob računalniški podpori, določitev intervencij zdravstvene nege, priprava individualnega načrta aktivnosti zdravstvene nege, računalniški vnos podatkov v že obstoječo negovalno dokumentacijo v računalniški mreži in elektronski pametni kartici (smart card), izvajanje posegov po naročilu zdravnika, sodelovanje v mailing listah (forumih) za podporo izvajanja

			ZN, – uporaba tehnologije znanja.
c) Administratorka	<ul style="list-style-type: none"> – Preverjanje veljavnosti napotnice in zdravstvene knjižice, – pisanje po nareku zdravnika na mehanski oz. električni pisalni stroj, – ročno izpisovanje receptov oz. napotnic. 	<ul style="list-style-type: none"> – Elektronsko preverjanje veljavnosti napotnice, kartice zdravstvenega zavarovanja, – računalniški vnos podatkov v sprejemno dokumentacijo, – priprava dokumentacije, ki jo prinese pacient s seboj, – računalniški izpis zdravniške dokumentacije, – računalniški izpis napotnic za naročene preglede, – zagotavljanje bolnikovega soglasja za zdravljenje in ZN. 	<ul style="list-style-type: none"> – Preverjanje napotnice, kartice zdravstvenega zavarovanja in elektronske pametne kartice (smart card) ter plačnika storitev, – dopolnitev obstoječe dokumentacije o pacientu v elektronski obliki, povezani v mrežo, po diktatu zdravnika in medicinske sestre, – računalniški izpisi potrebne dokumentacije.
d) Drugi poklici na oddelkih: – <i>laboratorijski tehnik</i> – <i>rentgenski tehnik</i> – <i>radiolog, pulmolog</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Osnovne preglede urina in krvi opravi zdravnik v sprejemni ambulanti, zahtevnejše oz. specifične opravi laboratorijski tehnik v laboratoriju. – Rentgensko slikanje pljuč, srca in drugih organov ter okostja. – Odčitavanje rentgenskih slik, izvidov in določitev medicinske diagnoze. 	<ul style="list-style-type: none"> – Pregled urina, krvi in drugih zahtevnejših oz. specifičnih preiskav. – Rentgensko slikanje pljuč, srca in drugih preiskav z RTG aparati izpopolnjenimi s sodobno tehnologijo. – Odčitavanje rentgenskih slik, izvidov in določitev diagnoze, včasih ob uporabi telemedicine. 	<ul style="list-style-type: none"> – Pregled urina, krvi in drugih zahtevnejših oz. specifičnih preiskav ter posredovanje v sprejemno ambulanto s podporo IKT. – Rentgensko slikanje pljuč, srca in drugih preiskav z RTG aparati izpopolnjenimi s sodobno tehnologijo ter posredovanje radiologu oz. pulmologu s podporo IKT. – Odčitavanje rentgenskih slik, izvidov in določitev diagnoze, s pomočjo tehnologije znanja.
4. KOMPETENCE MEDICINSKE SESTRE			
	<p>Kompetence za:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pomoč pri sprejemu pacienta, – poznavanje sprejemne in medicinske dokumentacije, – varovanje pacientovih podatkov, – uporabo etičnih načel kodeksa MS, – izvajanje posegov po naročilu zdravnika, – osnovno izvajanje nege, – osnovno komunikacijo, – pomoč pri zdravniškem pregledu, – osnovno poznavanje bolezni. 	<p>Kompetence za:</p> <ul style="list-style-type: none"> – sprejem pacienta kot celovite osebnosti, – urejeno medicinsko dokumentacijo, – vodenje negovalne dokumentacije, – varovanje pacientovih osebnih podatkov, – izvajanje storitev zdravstvene nege v skladu z normami poklicne etike medicinskih sester, – razreševanje etičnih dilem, – pojasnjevanje, svetovanje pacientu o: načinu zdravljenja, poteku zdravstvene nege, vključitvi na oddelek, – pojasnjevanje pacientovih pravic, – načrtovanje neprekinjene ZN, – sodelovanje pri zdravniškem pregledu in opazovanje pacienta, – splošni negovalni pregled pacienta (vitalne funkcije, telesna teža, višina, debelina kožne gube, pacientov splošni izgled 	<p>Kompetence za:</p> <ul style="list-style-type: none"> – samostojen sprejem pacienta kot celovite osebnosti, – računalniški vnos negovalne dokumentacije v povezano računalniško mrežo in primerjavo podatkov, – sodelovanje oz. vključitev v mailing liste, različne forume (npr. CARELP–L – skupina, ki se ukvarja s plani zdravstvene nege, EM–NSG – L, medicinske sestre urgentne medicine, IV THERAPY – L, medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci, ki jih zadeva intravensko zdravljenje), – iskanje informacij preko interneta, – varovanje pacientovih osebnih podatkov, – poklicno molčečnost, – izvajanje zdravstvene nege skladno z etičnim kodeksom MS, – razreševanje etičnih dilem, – delo z računalniškimi programi in uporabo sodobne IKT, – uporabo tehnologije znanja, – uporabo biomedicinske tehnologije, – osnovno poznavanje medicine

		<p>in vedenje),</p> <ul style="list-style-type: none"> – uporabo osnovnih računalniških programov, ki so na voljo, – poznavanja osnovnih medicinskih diagnoz, – strokovno presojo in določitev negovalne diagnoze, – svetovanje o zdravem načinu življenja in/ali stilu življenja z njegovo boleznijo, – izvajanje storitev. 	<p>(znaki, potek bolezni, terapija, prognoza),</p> <ul style="list-style-type: none"> – napotitve pacienta na ustrezne informacijske vire o bolezni, preprečevanju, zdravljenju, načinu življenja in podobno, – ugotavljanje, predpostavlanje nastanka drugih bolezni pacienta, glede na medicinsko in negovalno diagnozo, – uporabo IKT tehnologije pri pacientih s kroničnimi boleznimi v oddaljenih krajih, – uporabo interaktivnega sistema za odločanje v zdravstveni negi (kontakt s svojci), – uporabo sistemov za samopomoč, internet in drugih omrežij, – postavljanje negovalne diagnoze preko telekonferenčne kamere (medicinska in negovalna obravnava, EKG, RTG, poslušanje srca, pljuč, prebavil, pregled ran, oči, ušes, kože, ...), še pred sprejemom v bolnišnico in tudi po odpustu, – nudenje informacij s področja zdravstvene nege, ne glede na lokacijo pacienta oz. informacije, – virtualne obiske s pacienti, svojci in lokalno skupnostjo, – poučevanje, svetovanje, povezovanje, – interpretiranje informacij, – prenos nadzora nad zdravjem in boleznijo od medicinske sestre na pacienta, – integracijo, povezanost učenja med različnimi disciplinami, – upoštevanje medsebojne odvisnosti disciplin (fiziologija, patologija, anatomija, kritični klinični postopki), – organiziranje in izvajanje zdravstvene nege in zdravstvenih storitev okrog populacije in ne okrog diagnoz.
<p>5. POTREBNA ZNANJA</p>	<p><i>Znanja iz temeljnih predmetov :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – anatomije, – higiene, – mikrobiologije, – farmakologije, – interne medicine, – kirurgije, – pediatrije, – infekcijskih bolezni, – dermatovenerologije, – ginekologije in porodništva, – gospodinjstva, in hranoslovja. <p><i>Znanja iz zdravstvene nege:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – zgodovine nege bolnika, – osnovne nege bolnika, – specialne nega bolnika, – zdravstvene vzgoje ter – praktikum. <p><i>Znanja iz družbenih ved:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – tujega jezika, – telesne vzgoje, – medicinske telovadbe, – družbenih ved, psihologije. 	<p><i>Znanja iz temeljnih predmetov:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – anatomije, – fiziologije, – patologije, – biokemije, – biofizike, – diagnostično terapevtskega programa, – javnega zdravja, – higiene, – epidemiologije, – ekologije, – prehrane, – mikrobiologije in parazitologije, – nujne medicinske pomoči in – zdravstvenega varstva v posebnih razmerah. <p><i>Znanja iz zdravstvene nege:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – etike in filozofije ZN, – ZN in raziskovanja v ZN, – informatike v ZN, – organizacije ZN in 	<p>Vsa potrebna znanja s področja temeljnih predmetov, zdravstvene nege in družbenih ved, ki jih medicinske sestre potrebujejo danes, <i>dopolnjena z novimi znanji s področij:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – teorij ZN, – raziskovanja, – raziskovalne metodologije, – teoretičnimi in empiričnimi analizami v ZN, – informatike ZN, – izpopolnjenih simulacij v zdravstvu in ZN, – več promocije zdravja, – varovanja in krepitev zdravja, – kakovosti in varnosti v zdravstvu in ZN, – ekonomike, prava, zavarovalništva.

		<ul style="list-style-type: none"> – menedžmenta, – promocije zdravja, – zdravstvene vzgoje, – ZN in mentalnega zdravja, – ZN internističnega bolnika z interno medicino, – ZN kirurškega in onkološkega bolnika s kirurgijo, – ZN otroka in mladostnika s pediatrijo, – ZN starostnika z gerontologijo in rehabilitacijo, – ZN v patronažnem in dispanzerskem varstvu, – ZN žensk z ginekologijo in porodništvom in supervizije. <p><i>Znanja iz družbenih ved:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – sociologije zdravja in bolezni, – psihologije, – tujega jezika. 	
6. UČENJE IN USPOSABLJANJE ZA RAZVOJ KOMPETENC	<p>Učenje teorije na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tečajih, – srednjih in višjih šolah. <p>Usposabljanje na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – praksi v bolnišnicah in zdravstvenih domovih. <p>Kasneje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – na delovnem mestu in – stalnih strokovnih izobraževanjih. 	<p>Učenje teorije in prakse na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – visokih šolah, – fakultetah, – strokovnih magisterijih. <p>Usposabljanje v:</p> <ul style="list-style-type: none"> – šolah (učilnice za zdravstveno nego, multimedijske učilnice, laboratoriji, videokonference, Simulacijski center UM FZV) ter – na kliničnih vajah v bolnišnicah in – drugih zdravstvenih in socialnih zavodih ter neprofitnih organizacijah. <p>Kasneje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – na delovnem mestu in – v vseživljenjskem učenju. 	<p>Učenje teorije in prakse na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – visokih šolah in fakultetah (učilnice za zdravstveno nego, laboratoriji, simulacijski centri, videokonference), in s študijem na daljavo. <p>Usposabljanje v:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bolnišnici, – drugih zdravstvenih in socialnih zavodih ter neprofitnih organizacijah na kliničnih vajah in – na praksi. <p>Kasneje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – na delovnem mestu in – z vsemi oblikami vseživljenjskega učenja.

B. APLIKACIJA ZDRAVIL PACIENTU (INTRAMUSKULARNA, INTRAVENOZNA, SUBKUTANA APLIKACIJA ZDRAVIL)

	<i>NEKOČ</i>	<i>DANES</i>	<i>JUTRI</i>
1. TIPIČNA TEHNOLOGIJA			
a) Dokumentacija o pacientu	<ul style="list-style-type: none"> – Medicinska dokumentacija o pacientu (popis bolezni, medicinska diagnoza, terapija) vodena ročno ali z mehanskim oz. električnim pisalnim strojem na papirju. 	<ul style="list-style-type: none"> – Medicinska dokumentacija o pacientu (popis bolezni, medicinska diagnoza. in naročena terapija) vodena na papirju ali na nepovezanih računalnikih, – negovalna dokumentacija vodena ročno, redko na nepovezanih računalnikih, – pooblastilo zdravnika o delegiranju posegov MS – redko pisno v glavnem ustno. 	<ul style="list-style-type: none"> – Medicinska dokumentacija o pacientu in naročena terapija. vodena na lokalnem računalniku, povezanem v mrežo za konzultacijo z eksperti medicinske stroke, tudi širše, – obvezno pisno oz. elektronsko pooblastilo zdravnika o delegiranju posegov MS.
b) Instrumenti in pripomočki	<ul style="list-style-type: none"> – Steklene brizgalke za večkratno uporabo, 	<ul style="list-style-type: none"> – Plastične brizgalke za enkratno uporabo, 	<ul style="list-style-type: none"> – Instrumenti potrebni za ročno izvedbo posegov,

	<ul style="list-style-type: none"> – injekcijske igle za večkratno uporabo, – loparčki (kovinski) za večkratno uporabo, – gumijaste rokavice za večkratno uporabo, – stekleničke in epruvete z zdravili, raztopinami, – razkužila. 	<ul style="list-style-type: none"> – injekcijske igle za enkratno uporabo, – loparčki za enkratno uporabo, – rokavice iz lateksa za večkratno uporabo, – plastične rokavice za enkratno uporabo oz. rokavice iz lateksa. 	<ul style="list-style-type: none"> – verjetno ostajajo enaki kot danes, le tehnološko bodo izboljšani.
c) Medicinska oprema	<ul style="list-style-type: none"> – Uporaba instrumentov in pripomočkov na tednji stopnji tehnološkega razvoja, brez dodatne biomedicinske opreme. 	<ul style="list-style-type: none"> – Specialna biomedicinska oprema, – infuziomati, – medikamentozno-administrativni sistem za aplikacijo zdravil (v glavnem v enotah intenzivne terapije). 	<ul style="list-style-type: none"> – Medikamentozno-administrativni sistem za aplikacijo zdravil računalniško podprt, povezav v mrežo (lokalno in globalno), – preko telemedicinskega (videokonferenčnega) sistema, ki omogoča spremljanje pacientovega stanja, aplikacijo in dozo zdravil ter komunikacijo na njegovem domu.
d) Postopki	<ul style="list-style-type: none"> – Osebna aplikacija zdravil, – postopki dezinfekcije in sterilizacije. 	<ul style="list-style-type: none"> – Uporaba PZN z ugotovitvijo bolnikovega stanja, – določanje negovalnih diagnoz, – izvedba, – svetovanje, – poučevanje bolnika o aplikaciji, – osebna aplikacija zdravil, – aplikacija zdravil s pomočjo terapevtsko-administrativnega sistema računalniško podprta v intenzivni terapiji, – postopki dezinfekcije in postopki sterilizacije podprti s sodobno tehnologijo, – postopki dokumentiranja in poročanja zdravstvene nege na nepovezanih računalnikih oz. ročno. 	<ul style="list-style-type: none"> – Osebna aplikacija zdravil, – aplikacija zdravil s pomočjo terapevtsko-administrativnega sistema računalniško podprtega, – aplikacija zdravil, kontrola oz. spremljanje računalniško podprto na daljavo (komunikacija, izvodi, doziranje zdravil, spremljanje pacientovega stanja na njegovem domu), – izključno podprti postopki dezinfekcije in sterilizacije z IKT, – postopki dokumentiranja in poročanja zdravstvene nege povezani v lokalni in globalni skupnosti za hitro digitalno komunikacijo, – odločanje, učenje, poučevanje ter raziskovanje zdravstvene nege.
2. TIPIČNA DELA			
a) Psiho-fizična priprava pacienta na poseg	<ul style="list-style-type: none"> – Osnovna komunikacija s pacientom in pojasnitev, kako bo izveden poseg (v glavnem zdravnik). 	<ul style="list-style-type: none"> – Psiho-fizična priprava pacienta na poseg (zdravnik), v glavnem pa MS na temelju doktrine ZN, – pisne informacije o posegih, učinkih in možnih zapletih (v redkih primerih). 	<ul style="list-style-type: none"> – Psiho-fizična priprava pacienta na poseg -(zdravnik), v glavnem MS na temelju doktrine ZN, – napotitev pacienta na ustrezne spletne forume, ki združujejo paciente z istimi težavami, – psiho-fizična priprava pacienta na poseg s pomočjo elektronske pošte, virtualnega obiska (če gre za kontrolo aplikacije na oddaljenih krajih in za pacientu poznano terapijo), – osebna in/ali računalniška komunikacija s pacientom in družino, svojci po elektronski pošti ali s pomočjo druge IKT.
b) Pristanek pacienta na poseg	<ul style="list-style-type: none"> – Osnovna ustna pojasnila o posegu, – ustni pristanek pacienta na poseg. 	<ul style="list-style-type: none"> – Pojasnila pacientu o nujnosti posega, – pristanek pacienta na poseg (v glavnem ustni, pogosto v pisni obliki). 	<ul style="list-style-type: none"> – Ustno pojasnilo pacientu o posegu, – pisna in/ali elektronska pojasnila o posegu, učinkih in možnih zapletih, – napotitev pacienta na pridobitev ustreznih informacij na spletnih portalih (forumi) o posegu, učinkih, zapletih in izkušnjah drugih pacientov z enakimi oz. podobnimi zdravstvenimi problemi,

			<ul style="list-style-type: none"> – pravica do pridobitve drugega mnenja, – pisni pristanek pacienta na poseg in potrditev pacienta o seznanjenosti pacienta o učinkih terapije in možnih zapletih, – upoštevanje informirane privolitve pacienta in njegovih pripomb.
c) Izvedba posega	<ul style="list-style-type: none"> – Rutinska izvedba posega z osnovno komunikacijo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Izvedba posega na temelju standardov aktivnosti ZN po procesu ZN, – kontrola monitoringa pri aplikaciji i.v. terapije, – konzultacije z zdravnikom v primeru zapletov, – redno poročanje MS oz. vodji tima in zdravniku. 	<ul style="list-style-type: none"> – Računalniško podprt program zdravstvene nege za aplikacijo zdravil povezan v mrežo lokalno in globalno, – izvedba posega na temelju standardov aktivnosti ZN, – vključevanje MS v različne mailing liste (npr. EM-NSG-L, MS urgentne medicine, I.V. THERAPY-L, MS in drugi zdravstveni delavci, ki jih zadeva i.v. zdravljenje), – vključevanje MS v različne spletne forume, – kontrola računalniško podprtega medikamentno-administrativnega sistema, – konzultacije z zdravnikom, drugimi MS in drugimi zdravstvenimi delavci osebno in/ali s pomočjo IKT (telenursing, ICNP, MZPZN, ...).
d) Dokumentiranje posega	<ul style="list-style-type: none"> – Ročni vnos podatkov v medicinsko dokumentacijo, – poročanje zdravniku. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ročni in/ali elektronski vnos podatkov v medicinsko in negovalno dokumentacijo, – monitoring – spremljanje stanja, – ugotavljanje stanja, – določitev negovalne diagnoze, – načrtovanje, – izvajanje, – vrednotenje, – dokumentiranje in poročanje. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ročni in/ali elektronski vnos podatkov v negovalno dokumentacijo v računalniški program povezan v mrežo za hitro digitalno komunikacijo, – uporaba strukturirane terminologije ZN (MZPZN) v računalniški obliki v povezavi z lokalnimi in globalnimi skupnostmi, – uporaba elektronske pametne kartice (smart card) – vpogled v dosedanja terapijo in vnos novih posegov in postopkov.
3. DELITEV DELA			
a) Zdravnik	<ul style="list-style-type: none"> – Določitev medicinske diagnoze, – določitev vrste in količine terapije, – pojasnilo pacientu o posegu in možnih zapletih, – izvedba posega s strani zdravnika (oz. MS), – ustno delegiranje posega izbrani medicinski sestri, – spremljanje izidov in učinkov zdravlila, – komunikacija s pacientom. 	<ul style="list-style-type: none"> – Pojasnilo pacientu o potrebnem posegu, – delegiranje posega zdravnika MS v glavnem ustno, redko pisno, – preverjanje dokumentacije o opravljenem posegu, – komunikacija v zdravstvenem timu, – spremljanje izidov in učinkov zdravlila, – komunikacija s pacientom, – programiranje monitoringa – terapevtsko-administrativnega sistema (v glavnem lokalno) – kontrola terapije. 	<ul style="list-style-type: none"> – Obvezno pisno in/ali elektronsko delegiranje posega zdravnika MS, – pregled pacienta in spremljanje zdravstvenega stanja pacienta s kontrolo monitoringa in konzultacijami lokalno in globalno s pomočjo, hitre elektronske komunikacije z drugimi eksperti (telemedicina – Tele in Vivo).
b) Glavna MS oddelka	<ul style="list-style-type: none"> – Izvedba posega po naročilu zdravnika, – vodenje oddelka v sodelovanju z zdravnikom, – skrb za izvajanje nege. 	<ul style="list-style-type: none"> – Načrtovanje in zagotovitev kadrov za izvedbo posegov na oddelku ob sodelovanju šefa oddelka in glavno MS bolnišnice oz. pomočnikom direktorja za 	<ul style="list-style-type: none"> – Strateško načrtovanje, – zaposlitev ustrezno izobraženih in usposobljenih MS za aplikacijo zdravil, – strateško načrtovanje in zagotovitev ter nabava materialnih sredstev za izvedbo

	<p>ZN,</p> <ul style="list-style-type: none"> – pregled nad usposobljenostjo MS za izvajanje posegov, – načrtovanje in zagotovitev ter nabava materialnih sredstev (medicinske in negovalne dokumentacije instrumentov in pripomočkov) za izvedbo posegov in postopkov, v sodelovanju z zdravnikom in timsko MS, – priprava pisnih pooblastil za delegiranje posegov zdravnika MS, – priprava pisnih pooblastil za delegiranje posegov MS ZT, – nabava medicinske opreme ob sodelovanju zdravnika, – zagotovitev in nabava materiala potrebnega za izvedbo postopkov (sterilizacije,...), – nabava zdravil na osnovi naročila zdravnika, – organiziranje in nadzor nad nečistim materialom, – organizacija dela na oddelku, – nadzor in skrb za ustrezno komunikacijo s pacienti in člani tima ter drugimi delavci, – organiziranje in vodenje oddelka ter nadzor nad ZN, – organiziranje MS v zdravstvene in negovalne time, – zagotavljanje pogojev za izvajanje ZN (aplikacije zdravil) po procesu ZN in nadzor izvajanja, – skrb za dobre interpersonalne odnose med MS, zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci ter svojci in družino, – skrb za profesionalne odnose do pacientov, – skrb za nudenje zdravstvenih storitev na osnovi etičnih norm kodeksa MS, – razreševanje etičnih dilem na področju ZN, – sodelovanje med zdravljenjem z zdravnikom, šefom oddelka in drugimi zdravniki, – kontrola in izvajanje terapevtskih programov, – nadziranje in spremljanje učinkov zdravil in dokumentiranje, – skrb za stalno strokovno izpopolnjevanje MS na oddelku, – vzgojno-izobraževalno 	<p>posegov aplikacije zdravil pacientu ob upoštevanju najnovejših tehnologij in hkrati omejevanje stroškov (zavarovalnice, proizvajalci),</p> <ul style="list-style-type: none"> – zagotovitev MS specialistk biomedicinske tehnologije, informacijske tehnologije za delo s sodobno biomedicinsko in IKT, – zagotovitev možnosti uporabe biomedicinske tehnologije, IKT (ekspertnih sistemov za podporo izvajanja kakovostne ZN).
--	---	--

		delo z dijaki in študenti ZN, – skrb za vključitev MS v raziskovalno delo.	
c) Vodja negovalnega tima in timska MS	<ul style="list-style-type: none"> – Priprava pacienta na poseg, – izvedba posega po ustnem naročilu zdravnika, – poročanje zdravniku. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ureditev in pregled medicinske dokumentacije, – ureditev in pregled negovalne dokumentacije, – priprava potrebnega materiala (instrumentov in pripomočkov za izvedbo posega), – priprava pacienta na poseg, – izvedba posega skladno s standardi in aktivnostmi ZN, – opazovanje pacienta, – spremljanje učinka zdravil, – poročanje vodji tima (negovalnega, zdravstvenega), – dokumentiranje. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ureditev in pregled računalniško podprte in v mrežo povezane medicinske dokumentacije, – ureditev in pregled računalniško podprte in v mrežo povezane negovalne dokumentacije, – uporaba podatkov iz elektronske pametne kartice (smart card) ZN in vnos novih storitev, – pisno in/ali elektronsko pooblastilo o delegiranju posega zdravnika MS, – priprava pacienta na poseg, sam je že predhodno informiran s pomočjo svetovnega spleta o posegu (splošne informacije, informacije zavoda), možnih zapletih in podobno, – izvedba posega skladno s standardi in aktivnostmi ZN, podprtega z biomedicinsko tehnologijo, IKT in tehnologijo znanja, – opazovanje pacienta in posvetovanje z različnimi spletnimi forumi (z zdravstvenimi delavci, eksperti s tega področja), – spremljanje učinka zdravil, podprto z sodobno tehnologijo, – poročanje vodji tima (negovalnega, zdravstvenega), – dokumentiranje, računalniški zapis, – posnetek stanja.
4. KOMPETENCE MEDICINSKE SESTRE			
	<p>Kompetence za:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pripravo pacienta na poseg, – izvedbo posega, – opazovanje pacienta, – poročanje zdravniku, – dokumentiranje v medicinsko dokumentacijo. 	<p>Kompetenca za:</p> <ul style="list-style-type: none"> – strokovno razumevanje zdravnikovih naročil, – ugotavljanje stanja (s.c. in i.m. aplikacija: psihična urejenost pacienta, interes svojcev, program zdravljenja, pacientovo znanje o injekcijah, poznavanje in delovanje ter možnost reakcij zdravila, rok trajanja možne alergije; i.v. aplikacija: seznanitev z naročilom zdravnika, vrsto in količino npr. infuzije, hitrost kapljanja, namen, stranski učinki, simptomi motenj tekočinskega in elektrolitskega ravnovesja, poznavanje dejavnikov za zaplete, ocena pacientovega poznavanja in poteka posega in možnih zapletov), – določitev negovalne diagnoze (na podlagi analize zbranih 	<p>Kompetence za izvedbo posega bodo enake kot danes, le izpopolnjene bodo z novimi spoznanji.</p> <p>Dodatno pa bodo potrebne kompetence za:</p> <ul style="list-style-type: none"> – uporabo biomedicinske tehnologije (medikamentozno administrativni sistem, npr: regulacija hormonov, terapija pri hipertenziji, diabetesu, trombozi, kemoterapiji itd.), – poznavanje in ravnanje skladno z informacijsko etiko (spoštovanje, poznavanje in varstvo pacientove zasebnosti v elektronski komunikaciji) in bioetiko, – uporaba računalniških programov kot podpora za izvajanje ZN, – pravilno razumevanje in razlaganje informacij, – uporabo profesionalnega jezika ZN (MZPZN, EMZPZN), pri delu in povezavah v lokalni in globalni mreži (uporabo računalniške mreže med različnimi organizacijami,

		<ul style="list-style-type: none"> – podatkov), – izvedbe posega (na osnovi negovalne diagnoze, postavitve individualnih ciljev pacienta, preverjanje poteka posega, izbira metode dela, priprava potrebnih pripomočkov, načrtovanje časa), – izvedbo posega (i.m., i.v., s.c. aplikacijo zdravil), – vrednotenje (primerni odmerek zdravila, nepričakovani zapleti, opazovanje pacienta, pogovor s pacientom), – načrtovanje izvedbe posega, – vrednotenje (opazovanje in pogovor s pacientom, poučevanje, nepričakovani zapleti), – dokumentiranje in poročanje, – zdravstveno vzgojo pri pacientu, – razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja ter zdravstvenih problemov, – interdisciplinarno povezovanje, – pedagoško in raziskovalno delo, – ravnanje skladno z etiko MS in razreševanje etičnih dilem. 	<p>bolnišnicami, klinikami, hospici, organizacijami za nego na domu in zdravstveno prakso),</p> <ul style="list-style-type: none"> – uporabo GSM tehnologije za uporabo sistemov za brezžično komuniciranje (pagerji, mobilni telefoni, intranet, ...), – stroga pravila organiziranja in zaščite zasebnosti in zaupnosti podatkov (priročnem in/ali avtomatiziranem vodenju podatkov), – uporabo informacij na elektronski pametni kartici (smart card), – uporabo telehealtha za hitre storitve pacientom na oddaljenih področjih (zelo hitre telefonske linije, kabli iz optičnih vlaken, sateliti in dvostranske interaktivne videokonference, telekonferenčna kamera; za postavljanje medicinske in negovalne diagnoze, nujno medicinsko obravnavo, EKG, RTG), – uporabo sofisticiranih elektronskih stetoskopov in dermatoskopov za poslušanje srca, pljuč, prebavil, gledanje ran, oči, ušes in kože na daljavo, – edukacijo, – razumevanje in pravilna razlaga drugih zdravstvenih informacij, – komuniciranje na svetovnem spletu in dostop do informacij v obliki teksta, slik, videa in zvoka, – sodelovanje in dostop do informacij kot multikulturalne knjižnice za virtualne obiske pacientov za zagotavljanje ZN, – usmerjanje pacientov k ohranjanju zdravje in dobrega počutja ter k metodam za preprečevanje bolezni, – učenje in poučevanje ter strokovno izpopolnjevanje na daljavo, – zbiranje podatkov s področja prakse ZN v okviru celotnega informacijskega sistema, – uporabo informacijske tehnologije za podporo finančnega menedžmenta (izdelava statističnih poročil in poročil ZN ter komunikacijo med pacientovim domom, bolnišnico, zdravnikom, računalnikom, ki je ob pacientu).
<p>5. POTREBNA ZNANJA</p>	<p><i>Znanja iz temeljnih predmetov:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – anatomije, – higijene, – mikrobiologije, – farmakologije, – interne medicine, – kirurgije, – pediatrije, – infekcijskih bolezni, – dermatovenerologije, – ginekologije in porodništva, 	<p><i>Znanja iz temeljnih predmetov:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – anatomije, – fiziologije, – patologije, – biokemije, – biofizike, – diagnostično terapevtskega programa, – javnega zdravja, 	<p>Vsa potrebna znanja s področja temeljnih predmetov, zdravstvene nege in družbenih ved, ki jih medicinske sestre potrebujejo danes, <i>dopolnjena z novimi znanji s področij:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – teorij ZN, – raziskovanja, – raziskovalne metodologije,

	<ul style="list-style-type: none"> – gospodinjstva in hranoslovja. <p><i>Znanja iz zdravstvene nege:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – zgodovine nege bolnika, – osnovne nege bolnika, – specialne nege bolnika, – zdravstvene vzgoje ter – praktikum. <p><i>Znanja iz družbenih ved:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – tujega jezika, – telesne vzgoje, – medicinske telovadbe, – družbenih ved, psihologije. 	<ul style="list-style-type: none"> – higijene, – epidemiologije, – ekologije, – prehrane, – mikrobiologije in parazitologije, – nujne medicinske pomoči in – zdravstvenega varstva v posebnih razmerah. <p><i>Znanja iz zdravstvene nege:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – etike in filozofije ZN, – ZN in raziskovanja v ZN, – informatike v ZN, – organizacije ZN in menedžmenta, – promocije zdravja, zdravstvene vzgoje, – ZN in mentalnega zdravja, – ZN internističnega bolnika z interno medicino, – ZN kirurškega in onkološkega bolnika s kirurgijo, – ZN otroka in mladostnika s pediatrijo, – ZN starostnika z gerontologijo in rehabilitacijo, – ZN v patronažnem in dispanzerskem varstvu, – ZN žensk z ginekologijo in porodništvom in – supervizije. <p><i>Znanja iz družbenih ved:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – sociologije zdravja in bolezni, – psihologije, – tujega jezika. 	<ul style="list-style-type: none"> – teoretičnimi in empiričnimi analizami v ZN, – informatike ZN, – izpopolnjenih simulacij zdravstvu in ZN, – več promocije zdravja, – varovanja in krepitev zdravja, – kakovosti in varnosti v zdravstvu in ZN, – ekonomike, prava, zavarovalništva.
<p>6. UČENJE IN USPOSABLJANJE ZA RAZVOJ KOMPETENC</p>	<p>Učenje teorije na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tečajih, – srednjih in višjih šolah. <p>Usposabljanje na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – praksi v bolnišnicah in zdravstvenih domovih. <p>Kasneje</p> <ul style="list-style-type: none"> – na delovnem mestu in – stalnim strokovnim izobraževanjem. 	<p>Učenje teorije in prakse na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – visokih šolah, – fakultetah, – strokovnih – magistrskih. <p>Usposabljanje v:</p> <ul style="list-style-type: none"> – šolah (učilnice za zdravstveno nego, multimedijske učilnice, laboratoriji, videokonference, Simulacijski center UM FZV) ter – na kliničnih vajah v bolnišnicah in – drugih zdravstvenih in socialnih zavodih – ter neprofitnih – organizacijah. <p>Kasneje</p> <ul style="list-style-type: none"> – na delovnem mestu in – z vseživljenjskim učenjem. 	<p>Učenje teorije in prakse na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – visokih šolah in fakultetah (učilnice za ZN, laboratoriji, simulacijski centri, videokonference), in s študijem na daljavo. <p>Usposabljanje v:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bolnišnici, – drugih zdravstvenih in socialnih zavodih ter neprofitnih organizacijah na kliničnih vajah in – na praksi. <p>Kasneje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – na delovnem mestu in – z vsemi oblikami vseživljenjskega učenja.

C. KOPANJE PACIENTA (CELOTNA POSTELJNA KOPEL PRI PACIENTU, KI JE ODVIŠEN OD DRUGIH)

	<i>NEKOČ</i>	<i>DANES</i>	<i>JUTRI</i>
1. TIPIČNA TEHNOLOGIJA			
a) Oprema	– Bolniška soba,	– Bolniška soba (z opremo	– Enaka, le tehnološko izpopolnjena,

	<ul style="list-style-type: none"> – postelja, nočna omarica, klicna postaja, – vozički. 	<ul style="list-style-type: none"> primerne barve), – postelja, nočna omarica, klicna postaja, – vozički. 	npr. menjava, spremembe položaja.
b) Instrumenti in pripomočki	<ul style="list-style-type: none"> – Umivalne krpice, brisače, zaščita za posteljo, pižama, posteljno perilo, – milo, posoda za milo, – topla voda, – umivalnik in vrč, – koš za umazano perilo, – gumijaste rokavice, – posteljna posoda, urinska steklenica, – stol za odlaganje posteljnega perila, – razkužilo za roke. 	<ul style="list-style-type: none"> – Umivalne krpice, brisače, kopalna odeja, zaščita za posteljo, pižama, posteljno perilo, – milo, posoda za milo, – topla voda, – umivalnik in vrč, – koš za umazano perilo, – rokavice za enkratno uporabo, – posteljna posoda, urinska steklenica, – stol ali mreža za odlaganje posteljnega perila, – ograja za zavarovanje pacienta, – razkužilo za roke. 	– Enaki, le tehnološko izpopolnjeni.
c) Postopki	<ul style="list-style-type: none"> – Pojasnitev postopka pacientu, – izvajanje čistilne kopeli, – opazovanje pacienta. 	<ul style="list-style-type: none"> – Uporaba PZN z ugotovitvijo bolnikovega stanja, – določanje negovalnih diagnoz, – izvedba, – svetovanje, – poučevanje bolnika o njegovem stanju, – seznanitev bolnika s postopkom in privolitev, – izvajanje čistilne posteljne kopeli skladno s standardi aktivnosti ZN, – vrednotenje, – dokumentiranje in poročanje. 	<ul style="list-style-type: none"> – Pregled in uporaba informacij elektronske pametne kartice (smart card) o pacientu in storitvah ZN, – vsi postopki enaki, vendar dopolnjeni z najnovejšo tehnologijo, – vnos podatkov v računalniške programe za podporo izvajanja ZN in povezovanje v globalno računalniško mrežo.
2. TIPIČNA DELA			
	<ul style="list-style-type: none"> – Psiho-fizična priprava pacienta na postopek, – izvedba čistilne posteljne kopeli na osnovi poznavanja laične in zdravstvene nege. 	<ul style="list-style-type: none"> – Določitev negovalne diagnoze, – načrtovanje (postavitev individualnih ciljev pacienta, pojasnitev postopka, primerna ureditev prostora, priprava pripomočkov na vozičku, določitev metode izvajanja), – izvajanje čistilne posteljne kopeli skladno s standardi in aktivnosti ZN, – vrednotenje(ocena gibljivosti sklepov med kopanjem, ocena pacientovega vedenja, ocena sprememb pacientovih vitalnih znakov, opazovanje nastanka možnosti nepričakovanih zapletov: suha koža, izpuščaji, začetek razjede zaradi pritiska; opazovanje gibljivost sklepov, utrujenosti, ocena ali ima pacient dovolj volje ali moči za sodelovanje, učenje o negi kože in podobno), – dokumentiranje in poročanje (ročni vnos podatkov v negovalno 	<ul style="list-style-type: none"> – Pregled in uporaba informacij elektronske pametne kartice (smart card) o pacientu in storitvah ZN, – tipična dela ostajajo enaka, dopolnjena z novimi spoznanji, – dokumentiranje vedno elektronsko in povezano v lokalno in globalno mrežo, z možnostjo strokovne komunikacije ob možnih nastalih zapletih s področja ZN, – uporaba MZPZN, EMZPZN.

		dokumentacijo, kopanje in stopnja potrebne pomoči, opis stanja pacientove kože in sprememb na njej, opis gibljivost sklepov, opis vedenja, opis vitalnih znakov, vse opažene spremembe sporočiti nadzorni MS ali zdravniku).	
3. DELITEV DELA			
a) Zdravnik	– Naročanje postopka.	– V dogovoru z MS naročanje postopka.	– MS obvesti zdravnika o določitvi izvedbe posega.
b) Glavna MS oddelka	– Dodelitev postopka drugim MS (timsko delo še ni bilo uvedeno).	– Zagotovitev ustrezne kadrovske strukture MS, – nadzor nad skrbjo za urejeno pacientovo sobo, bolniško posteljo ter njegovega okolja, – planiranje in nabava potrebnih instrumentov in pripomočkov, – dodelitev čistilne posteljne kopeli vodji negovalnega tima, – nadzor nad opravljenim delom, – komunikacija s pacientom, vodjo negovalnega tima in zdravnikom, – sodelovanje v procesu zdravljenja v zdravstvenem timu, – pri nekaterih pacientih z določeno medicinsko diagnozo določanje postopka posteljne kopeli v dogovoru s timsko MS, – ravnanje skladno z etičnim kodeksom MS.	Predvidevamo, da bo delitev dela med različnimi rangi MS natančneje dorečena in tudi izvedljiva. Sedanja delitev dela med glavno MS, vodjo negovalnega tima in timskimi MS je jasna vendar zaradi organizacijskih in izrednega pomanjkanja MS ni vedno izvedljiva.
c) MS – vodja negovalnega tima	– Timsko delo še ni bilo uvedeno.	– Vodenje negovalnega tima, – sodelovanje v procesu zdravljenja v zdravstvenem timu, – organiziranje, vodenje in izvajanje ter nadziranje izvedbe čistilne posteljne kopeli skladno s standardi in aktivnostmi ZN (na osnovi teorij in tehnik ZN ter drugimi interdisciplinarnimi področji), – zdravstveno–vzgojno delo, mentorsko delo, – promocija zdravja in ročni ali računalniški vnos podatkov v dokumentacijo, – ravnanje skladno z etičnim kodeksom MS, – razreševanje etičnih dilem.	
d) Timska MS	– Timsko delo še ni bilo uvedeno.	– Izvedba čistilne posteljne kopeli pacientu, ki je odvisen od drugih, skladno s standardi in aktivnostmi ZN (na osnovi teorij in tehnik ZN ter drugimi interdisciplinarnimi	

		<p>področji), izvede negovalni tim,</p> <ul style="list-style-type: none"> – ročno vodenje negovalne dokumentacije, – sodelovanje v procesu zdravljenja v zdravstvenem timu, – spremljanje izidov in učinkov postopka, – mentorsko delo, – ravnanje skladno z etičnim kodeksom MS, – razreševanje etičnih dilem. 	
<i>e) Čistilka</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Oskrba s čistim perilom, posteljno posodo in urinsko steklenico, – transport umazanega perila, smeti in drugega materiala, – čiščenje posteljne posode in urinske steklenice, – ureditev pacientove okolice, sobe. 	<ul style="list-style-type: none"> – Oskrba s čistim perilom, posteljno posodo in urinsko steklenico, – transport umazanega perila, smeti in drugega materiala, – čiščenje posteljne posode in urinske steklenice, – ureditev pacientove okolice, sobe. 	Delitev dela bo določena skladno s kompetencami, ki jih bodo zahtevali čistilni servisi.
4. KOMPETENCE MEDICINSKE SESTRE			
	<p>Kompetence za:</p> <ul style="list-style-type: none"> – osnovno izvajanje čistilne posteljne kopeli, – opazovanje pacienta, – poročanje zdravniku in osnovno dokumentiranje podatkov o pacientu v medicinsko dokumentacijo. 	<p>Kompetence za:</p> <ul style="list-style-type: none"> – določitev negovalne diagnoze na osnovi teorij in tehnik ZN ter drugih interdisciplinarnih področij, – vodenje negovalne dokumentacije, – pregled in nadzor informacij o pacientovem zdravstvenem stanju, – prepoznavanje zapletov s področja ZN, – reševanje zapletov s področja ZN in takojšnje opozorilo o zapletu zdravniku za razrešitev s področja medicine, – uporaba dokumentiranih podatkov o pacientu v raziskovalne in izobraževalne namene, – poznavanje in uporaba profesionalne terminologije ZN, – opravljanje storitev na osnovi etičnih kodeksa MS in razreševanja etičnih dilem, – uporaba osnovnih računalniških programov, ki so na voljo, – pravilno razumevanje in interpretacija informacij. 	<p>Kompetence za izvedbo postopka bodo enake kot danes le izpopolnjene z novimi spoznanji.</p> <p>Dodatno pa bodo potrebne kompetence za:</p> <ul style="list-style-type: none"> – uporabo informacij na elektronski pametni kartici (smart card), – uporabo interneta, – tehnologija znanja, – uporabo in vključevanje v mailing liste (forume) s področja ZN (npr. zapleti pri čistilne kopeli pacienta, ki je odvisen od drugih), – uporaba strokovne terminologije (MZPZN, EMZPZN), – ravnanje skladno z informacijsko etiko, – ravnanje skladno z bioetiko.
5. POTREBNA ZNANJA	<p>Znanja iz temeljnih predmetov:</p> <ul style="list-style-type: none"> – anatomije, – higijene, – mikrobiologije, – farmakologije, – interne medicine, – kirurgije, – pediatrije, – infekcijskih bolezni, – dermatovenerologije, – ginekologije in porodništva, – gospodinjstva in hranoslovja. 	<p>Znanja iz temeljnih predmetov:</p> <ul style="list-style-type: none"> – anatomije, – fiziologije, – patologije, – biokemije, – biofizike, – diagnostično terapevtskega programa, – javnega zdravja, – higijene, – epidemiologije, – ekologije, – prehrane, – mikrobiologije in 	Vsa potrebna znanja s področja temeljnih predmetov, zdravstvene nege in družbenih ved, ki jih medicinske sestre potrebujejo danes, <i>dopolnjena z novimi znanji s področij:</i> <ul style="list-style-type: none"> – teorij ZN, – raziskovanja, – raziskovalne metodologije, – teoretičnimi in empiričnimi analizami v ZN, – informatike ZN, – izpopolnjenih simulacij v zdravstvu in ZN,

	<p><i>Znanja iz zdravstvene nege:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Zgodovine nege bolnika, – osnovne nege bolnika, – specialne nege bolnika, – zdravstvene vzgoje ter – praktikum. <p><i>Znanja iz družbenih ved:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Tujega jezika, – telesne vzgoje, – medicinske telovadbe, – družbenih ved, psihologije. 	<p>parazitologije,</p> <ul style="list-style-type: none"> – nujne medicinske pomoči in – zdravstvenega varstva v posebnih razmerah. <p><i>Znanja iz zdravstvene nege:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – etike in filozofije ZN, – ZN in raziskovanja v ZN, – informatike v ZN, – organizacije ZN in menedžmenta, – promocije zdravja, zdravstvene vzgoje, – ZN in mentalnega zdravja, – ZN internističnega bolnika z interno medicino, – ZN kirurškega in onkološkega bolnika s kirurgijo, – ZN otroka in mladostnika s pediatrijo, – ZN starostnika z gerontologijo in rehabilitacijo, – ZN v patronažnem in dispanzerskem varstvu, – ZN žensk z ginekologijo in porodništvom in – supervizije. <p><i>Znanja iz družbenih ved:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – sociologije zdravja in bolezni, – psihologije, – tujega jezika. 	<ul style="list-style-type: none"> – več promocije zdravja, – varovanja in krepitev zdravja, – kakovosti in varnosti v zdravstvu in ZN, – ekonomike, prava, zavarovalništva.
<p>6. UČENJE IN USPOSABLJANJE ZA RAZVOJ KOMPETENC</p>	<p>Učenje teorije na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tečajih, – srednjih in višjih šolah. <p>Usposabljanje na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – praksi v bolnišnicah in zdravstvenih domovih. <p>Kasneje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – na delovnem mestu in – s stalnim strokovnim izobraževanjem. 	<p>Učenje teorije in prakse na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – visokih šolah, – fakultetah, – strokovnih magisterijih. <p>Usposabljanje v:</p> <ul style="list-style-type: none"> – šolah (učilnice za zdravstveno nego, multimedijske učilnice, laboratoriji, videokonference, Simulacijski center UM FZV) ter – na kliničnih vajah v bolnišnicah in – drugih zdravstvenih in socialnih zavodih ter neprofitnih organizacijah. <p>Kasneje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – na delovnem mestu in – z vseživljenjskim učenjem. 	<p>Učenje teorije in prakse na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – visokih šolah in fakultetah (učilnice za ZN, laboratoriji, simulacijski centri, videokonference), in s študijem na daljavo. <p>Usposabljanje v:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bolnišnici, – drugih zdravstvenih in socialnih zavodih ter neprofitnih organizacijah, na kliničnih vajah in – na praksi. <p>Kasneje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – na delovnem mestu in – z vsemi oblikami vseživljenjskega učenja.

3.5.1 VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA SPREMINJANJE DELA MEDICINSKE SESTRE IN PROFESIONALIZACIJO POKLICA MEDICINSKE SESTRE

Vpliv sodobne tehnologije na spreminjanje dela in profesionalizacijo poklica medicinske sestre bomo prikazali s pomočjo predstavljene analize tipične tehnologije, dela, delitve dela, kompetenc, potrebnega znanja in pridobivanje znanja ter usposabljanja za razvoj kompetenc (tabela 3.33).

Tipična tehnologija, ki jo medicinske sestre pri izvajanju storitev zdravstvene nege (postopki) uporabljajo (instrumenti in pripomočki npr. pri posteljni kopeli), je sicer tehnološko izpopolnjena, vendar se bistveno ne spreminja.

Pri izvajanju posegov, ki so v pristojnosti medicine in jih medicinski sestri delegira zdravnik (npr. intravenozna aplikacija zdravil), pa gre za izpopolnjeno biomedicinsko tehnologijo, ki jo podpirata IKT in tehnologija znanja.

Za uporabo sodobne tehnologije potrebujejo medicinske sestre nove kompetence (reskilling), nivo pridobljenih kompetenc pa oblikuje različne nivoje medicinskih sester. Tehnološko podprto profesionalno delo medicinske sestre postaja vedno bolj zapleteno in obsežno, vendar pa pri opravljanju tega dela medicinske sestre ne morejo biti avtonomne in ne dosejajo monopola nad dejavnostjo zdravstvene nege, saj njihovo delo kontrolira druga profesija (zdravnik, pa tudi tehnolog, informatik, računalničar, biolog, fizik).

Uvedba tehnologije dela, PZN kot metode dela ni bistveno prispevala k razvoju posameznih dimenzij poklica medicinske sestre, profesionalizirala pa je njeno delo.

Revolucija na področju IKT je preoblikovala naše vsakdanje življenje in vpliva na delo medicinske sestre ter spreminja organizacijo zdravstvene nege. IKT je npr. preoblikovala medicinske zapise, diagnoze, dostop do zdravstvene nege in svetovalne storitve. Tehnologija vpliva na delo medicinske sestre kot večsmeren, predvsem pa zunanji dejavnik profesionalizacije.

Tipična dela medicinske sestre so vse bolj obsežna (uporaba, rokovanje, skrb za vzdrževanje sodobne tehnologije in osveščenost, ki zagotavljajo nabavo sodobne tehnologije), zapletena, kompleksnejša in kakovostnejša. Medicinske sestre prevzemajo vedno več rutinskega dela s področja medicine, vendar pri tem niso bolj avtonomne.

V dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (ZZBNS 2008c) so medicinske sestre navedle številna tipična dela s področja zdravstvene nege (589 postopkov in posegov: sodelovanje in pomoč; na novo so jih poimenoval aktivnosti, intervencije, sodelovanje) in opredelile delitev dela v zdravstveni negi. Določile so dela (aktivnosti), ki jih sme opravljati tudi zdravstveni tehnik in bolničar/ negovalec.

Pri drugih specialnih aktivnostih medicinske sestre in babice (tj. nov skupen termin za 508 aktivnosti, intervencije in sodelovanje; gre za tehnološko bolj zahtevna dela), pa imajo

bolničarji/negovalci manj pristojnosti. Pri tehnološko najbolj podprtih delih s posameznih specialističnih področij medicine pa upada tudi pristojnost zdravstvenih tehnikov.

Sodobna tehnologija spreminja delo medicinske sestre. Zdravnik ji nalaga vse več rutinskega dela (storitev je cenejša), zaradi pomanjkanja medicinskih sester pa le-te delo prelagajo na zdravstvene tehnike (posege in postopke). Bolničar/negovalec (tako je v dokumentu tudi opredeljeno) pa lahko opravlja le nekatera dela s področja zdravstvene nege (npr. opazovanje dihanja, poročanje o odstopanjih dihanja), vendar ne izključno.

Dvojnost prenosa delovnih nalog deprofesionalizira poklic medicinske sestre. Na eni strani postaja delo medicinske sestre vse manj avtonomno in odvisno od zdravnika, pa tudi od tehnologov, po drugi strani pa z delegiranjem delovnih nalog navzdol v strokovni hierarhiji zdravstvene nege (zdravstvenim tehnikom in bolničarjem/negovalcem) razvrednotijo storitve. Praviloma kadrom, ki v praksi izvajajo veliko nalog medicinske sestre, manjkajo dodatne kompetence, ki bi jim zagotavljale celostno obravnavo pacientov.

Dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (ZZBNS 2008c) predstavlja odličen posnetek dela medicinske sestre s področja preventivne in kurativne dejavnosti zdravstva v različnih organizacijah zdravstva in specialističnih dejavnostih zdravstva ter določa potrebne kompetence za uspešno opravljanje dela medicinske sestre.

V prihodnosti bo biomedikalizacija družbe vplivala na naraščanje tehnološkega vidika prakse in inovacij v biomedicini, kot so uporaba računalnikov in elektronskih baz podatkov, molekularna biologija in genetika, projektiranje, razvoj in distribucija biomedicinske tehnologije.

Posledice bodo devolucija zdravstvene nege (rutinizacija), znižanje storitev na minimalno raven, prehod na izvenbolnišnično zdravstveno nego (storitve za nehospitalizirane bolnike, zdravstvena nega na domu in patronažna zdravstvena nega).

Delo medicinske sestre (storitev je neprenosljiva na druge uporabnike), se spreminja in postaja vse bolj informatizirano. Spreminjajo se tudi storitve medicinske sestre – kot informacije postajajo prenosljive na druge uporabnike (npr. svetovanje bolnikom, skupno načrtovanje načina življenja za preprečitev oz. čim kasnejši nastop določene bolezni na osnovi genske karte).

Tehnologija kot večsmerni zunanji dejavnik profesionalizacije spreminja medosebne odnose na slabše. Pojavlja se *dehumanizacija emocionalnega dela in občutek alienacije*, saj tehnologija *depersonalizira izvajalce zdravstvene nege*. Časovna stiska, preobremenjenost, pomanjkanje

kadrov in nove naloge povzročajo pri medicinskih sestrah ter drugih zdravstvenih delavcih *stres, čustveno in fizično izgorelost (burnout sindrom) in druge vrste odvisnosti*.

Delitev dela v zdravstvu je nedorečena, to pa v praksi povzroča veliko težav. Pri opisu dela smo izpostavili delitev dela med zdravniki in medicinskimi sestrami ter delitev dela znotraj zdravstvene nege. Delitev dela se je v zgodovini zdravstvene nege spreminjala in je določala vlogo medicinske sestre od povsem podrejene, pomočniške do vse bolj samostojne, neodvisne in sodelujoče vloge. *Delitev dela je še danes nerešeno vprašanje*.

Nerešeno je tudi vprašanje odgovornosti za opravljeno delo, za delovno nalogo iz druge pristojnosti in odgovornost pri morebitnih zapletih.

Nedorečena delitev dela in stalna borba za ureditev tega vprašanja je ob tehnologiji najmočnejši dejavnik, ki pri medicinskih sestrah *povzroča trajne frustracije*. Najbrž ni naključje, da so medicinske sestre v dokumentu o kompetencah posnele dejansko in predvideno stanje izvajanja aktivnosti v zdravstveni negi; le tako so se lahko izognile opredelitvi delitve dela med zdravniki in medicinskimi sestrami.

Čeprav pri izvajanju visoko profesionalnega interdisciplinarnega timskega dela v zdravstvu za doseganje skupnih ciljev zagovarjajo sinergijo, pa vprašanje pristojnosti za opravljanje nalog ostaja nerešeno; enako je tudi z odgovornostjo ter vsemi posledicami, ki iz tega izhajajo.

Sinergija je kakovosten in sodoben pristop k interdisciplinarnemu reševanju problemov pacienta/klienta, *v katerem ima osrednjo vlogo klient*, eksperti pa prevzemajo vso moralno-etično in pravno odgovornost za svoje delo.

S prevzemanjem vse večjega deleža tehnološko podprtih storitev se delo medicinske sestre bistveno spreminja, vendar pa na profesionalizacijo deluje zaviralno. Posledica tehnološko vse bolj zahtevnih nalog v zdravstvu in razvoja zdravstvene nege je nadaljnja delitev dela, ki povzroča *vertikalno diferenciacijo poklica medicinske sestre*:

- *elita zdravstvene nege* (medicinske sestre s fakultetno in podiplomsko izobrazbo, habilitirane visokošolske učiteljice na dodiplomskem in podiplomskih študijskih programih, vodilne medicinske sestre v zdravstvenih in izobraževalnih ustanovah, profesionalnem združenju, funkcionarke v politiki),
- *specialistke s specialističnih področij zdravstvene nege in medicinske sestre specialistke s specialnih medicinskih in zdravstvenih področij, npr. javno zdravje* (specialistke gerontološke zdravstvene nege, patronažne zdravstvene nege, perioperativne zdravstvene

- nege, informatike v zdravstvu in zdravstveni negi, klinične dietetike in specialistke drugih kliničnih visoko tehnoloških področij medicine),
- *množica perifernih skupin medicinskih sester*, ki nudijo storitve pacientom/klientom neposredno (Abbott 1988).

Specializacije s področja zdravstvene nege (na nek način tudi s področja javnega zdravja) predstavljajo profesionalizacijo dela in *prispevajo tudi k profesionalizaciji poklica medicinske sestre*. Specializacije s področja visoko tehnoloških kliničnih specializacij (intenzivna terapija, endoskopije, dializa), ki niso specifične naloge medicinske sestre in zahtevajo nove kompetence za opravljanje specialnega, tehnološko podprtega dela (izven področja zdravstvene nege; tehnologija in medicina), predstavljajo *le navidezno profesionalizacijo, v bistvu pa gre za deprofesionalizacijo poklica medicinske sestre*.

Medicinske sestre delujejo v različnih zdravstvenih, socialnih in drugih zavodih, na različnih specialnih področjih, ki so razvidna iz 31 sekcij Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije. Sekcije so izjemno aktivne na področju vseživljenjskega izobraževanja medicinskih sester (pri zagotavljanju kompetenc za njihovo uspešno delo).

Vse bolj pa naraščajo tudi razlike med jedrom profesije medicinskih sester, ki si z vzdrževanjem in razvojem znanja in drugih fizičnih resursov lasti osrednjo vlogo, in večino medicinskih sester, ki v perifernih skupinah nudijo neposredne storitve klientom (Abbott 1988).

Pod vplivom sodobne tehnologije v zdravstveni negi in širše v zdravstvu se medicinske sestre pomikajo k menedžmentu v zdravstvenih in drugih državnih institucijah in bežijo od neposredne zdravstvene nege za pacienta/klienta k bolj specializiranim nalogam.

Prehod v birokratsko dejavnost označujejo nekateri sociologi profesij kot kazalec proletarizacije (npr. Abbott 1988, Santić 1990).

Kompetence medicinske sestre smo, kot ostale postavke, navedli v zgodovinski perspektivi. Le pri treh analiziranih nalogah, ki jih medicinske sestre opravljajo kot samostojne strokovnjakinje ali pa v odvisni in soodvisni oz sodelovalni vlogi, smo zaznali izjemen porast potrebnih kompetenc za uspešno opravljanje dela medicinske sestre.

Novi izzivi za prakso sodobne zdravstvene nege zahtevajo *nove kompetence medicinske sestre*. Gre za *spremenjen odnos medicinske sestre do klientov in odnos klientov do lastnega zdravja in zdravstvenega sistema, razvoj zdravstvene nege, integracija alternativne in komplementarne medicine v klinične opcije, razvoj informacijske etike in bioetike*. Za pridobivanje novih kompetenc

so odgovorne šole, profesionalna združenja, organizacije, kjer so zaposlene in predvsem medicinske sestre same. Za uspešno izvajanje zdravstvene nege v kurativni, predvsem pa vse bolj v preventivni in svetovalni ter sodelovalni vlogi s pacientom kot *osrednjim avtonomnim subjektom odločanja*, mora medicinska sestra pridobiti poleg vseh tehničnih in tehnoloških kompetenc tudi *kompetence s področja vrednostnih sistemov*. Te kompetence pripomorejo k uresničevanju poslanstva poklica v *skrbi za druge* in pomagajo pri uspešnem *delovanju medicinske sestre skladno z etiko skrbi*.

Potrebna znanja medicinske sestre za izvajanje zdravstvene nege se vse bolj pomikajo k družboslovnim in humanističnim znanjem. Danes je disciplina zdravstvene nege razmeroma neodvisna disciplina od medicine, vendar pa so za uspešno opravljanje dela potrebna tudi osnovna znanje s področja medicine, informatike in drugih naravoslovnih ved, da bi medicinske sestre bile primerno izobražene za opravljanje visoko humanega poklica, to je dela, ki ga podpira sodobna tehnologija.

Tehnologija tako vpliva na delo medicinske sestre, ne pa tudi na profesionalizacijo, saj zagotavlja zgolj številna znanja za uporabo sodobnih tehnologij, ne pa tudi za razvoj in razreševanje problemov teh tehnologij.

Učenje in usposabljanje medicinskih sester za razvoj kompetenc zagotavljajo izobraževalne institucije, profesionalna združenja, delovne organizacije in medicinske sestre same. Iz tabele 3.33 je razviden razvoj izobraževalnih institucij od tečajev do srednjih, višjih, visokih šol in fakultet, ki učijo in usposabljuje bodoče medicinske sestre s področja teoretskih in praktičnih vsebin.

Oblike izobraževanja se spreminjajo. Usmeritev je naučiti in usposobiti bodoče medicinske sestre v čim večjem deležu na šoli oz. fakulteti, ki mora zagotoviti specialne učilnice in centre za simulacije ter pogoje za preverjanje znanja in usposobljenosti (pogoj za pristop na klinične vaje ob pacientu). Učenje in usposabljanje medicinske sestre se po diplomi nadaljuje na delovnem mestu in vseh oblikah vseživljenjskega izobraževanja.

Uporaba sodobne tehnologije v zdravstveni negi in širše v zdravstvu vpliva na spreminjanje dela medicinske sestre in zahteva nove kompetence za uspešno opravljanje tehnološko podprtega dela, hkrati pa nastaja tudi jasno izražena, *nezavedna* težnja po zaščiti monopola nad specialnim znanjem za opravljanje tehnološko zahtevnih nalog.

Sodobna tehnologija ne vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre, saj njena uporaba predstavlja odmik od osnovnega poslanstva poklica, hkrati pa medicinske sestre postavlja v odvisno vlogo od zdravnikov in tehnologov, ki njihovo delo kontrolirajo in te tehnologije ustvarjajo.

4 RAZPRAVA

UVOD

Pri poizvedbi v sistemu odprte literature nismo našli raziskav niti v svetu niti v Sloveniji, ki bi celovito obdelale vpliv sodobne tehnologije na preraščanje poklica medicinske sestre v profesijo. Doslej tudi še ni bilo raziskav po posameznih dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo.² Prav tako še ni raziskav, ki bi proučevale vpliv sodobne tehnologije na spreminjanje dela medicinske sestre in obenem na profesionalizacijo poklica medicinske sestre.

Ne obstaja poklic, ki ne bi uporabljal tehnologije, brez katere se danes ne more več opravljati nobeno profesionalno delo.

Medicinske sestre uporabljajo:

- instrumente in pripomočke,
- biomedicinsko tehnologijo,
- sodobno informacijsko in komunikacijsko tehnologijo, ki je lahko:
 - komponenta instrumentalne in biomedicinske tehnologije,
 - informacijska, računalniška in komunikacijska tehnologija, ki podpira informacijske dejavnosti, proizvode in storitve, nujno potrebne za opravljanje profesionalnega dela medicinske sestre in
- tehnologijo znanja.

Zanimalo nas je, kako sodobna tehnologija spreminja delo medicinske sestre in kako vpliva na razvoj poklica medicinske sestre.

Problem, na katerega naletimo ob obravnavi vpliva osrednje teme doktorske disertacije (vpliva sodobne IKT na profesionalizacijo poklica medicinske sestre), je dejstvo, da se s tem področjem v družbeni delitvi dela ukvarja posebna profesija informatikov, ki je našo družbo in dobo zaznamovala kot informacijsko družbo in dobo (Šercar 2005). Ugotoviti moramo stopnjo (mejo) uporabe in vpliva sodobne informacijske in komunikacijske tehnologije na medicinske sestre; ta pa še ne pomeni transformacije poklica medicinske sestre v poklic informatika. Prekvalifikacija je lahko samo individualna, saj profesionalno izobraževanje z vidika računalniške in informacijske pismenosti usposablja medicinsko sestro za uporabo sodobne IKT in ne za njen razvoj in evalvacijo.

Del študijskega programa, ki se nanaša na IKT, je bil z manjšimi razlikami enak na vseh šolah za zdravstveno nego v Sloveniji. V dosedanjem študijskem dodiplomskem strokovnem programu

zdravstvene nege je bilo 60 ur namenjenih predmetu Informatika v zdravstveni negi. Osnovni cilji predmeta so (Kokol 2005, 27–28):

- naučiti študente osnov informacijske tehnologije;
- predstaviti obstoječe informacijske sisteme v zdravstvu in za potrebe zdravstvene nege;
- naučiti študente uporabljati računalnik v profesionalnem vsakdanu;
- pripraviti študente na nagle spremembe;
- pripraviti študente na uporabo različnih orodij informacijske tehnologije, ki se in se bodo uporabljali v zdravstvenem procesu;
- naučiti študente komunicirati in prikazati svoje potrebe računalniškim strokovnjakom;
- naučiti študente vplivati na razvoj informacijskih sistemov in informacijske tehnologije nasploh.

Izobraževanje medicinskih sester zagotavlja računalniško in informacijsko pismenost medicinske sestre za uporabo teh tehnologij za potrebe profesionalnega opravljanja poklica, v sistemu profesij (Abbott 1988) pa ne morejo tekmovati z informatiki za isti nivo v družbeni delitvi dela. Razvoj IKT, predvsem računalništva in globalnih informacijskih omrežij (internet, svetovni splet), vpliva na večino storitvenih poklicev, med katere sodi tudi poklic medicinske sestre.

Veščine rokovanja s sodobno računalniško IKT ter sposobnosti za upravljanje informacijskih sistemov postajajo vedno bolj neločljivi del poklica medicinske sestre. Kako in koliko sodobna tehnologija spreminja delo medicinske sestre in vpliva na profesionalizacijo poklica, smo v doktorski disertaciji preverjali tako, da smo:

(1) *Izmerili stopnjo razvitosti poklica medicinske sestre po teoriji profesij Turner-Hodgea in Šporerjeve⁷ (teoretični del doktorske disertacije, rezultati raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji in rezultati nekaterih primerljivih raziskav na to temo v Sloveniji) (shema 3.4).*

V razpravi bomo na osnovi teoretičnega in empiričnega dela doktorske disertacije tabelarno prikazali stopnjo razvitosti vseh petih dimenzij, ki po teoriji profesij Turner-Hodgea in Šporerjeve⁷ karakterizirajo poklic medicinske sestre.

Raziskav na to temo v sistemu odprte literature nismo zasledili niti v svetu niti v Sloveniji.

(2) *Za ocenjevanje vpliva sodobne tehnologije (biomedicinska, IKT in tehnologija znanja) na profesionalizacijo poklica medicinske sestre smo oblikovali nov model in ocenjevali vpliv sodobne tehnologije po vseh petih dimenzijah, ki karakterizirajo poklic medicinske sestre, in hkrati na spreminjanje dela medicinske sestre (shema 5.8).*

V razpravi bomo tabelarno prikazali ocenitev vpliva sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre po vseh petih dimenzijah teorije profesij Turner-Hodgea in Šporerjeve⁷ in na spreminjanje dela medicinske sestre, na osnovi teoretičnega in empiričnega dela doktorske disertacije.

Ugotovljeno je bilo, da ni vira, ki bi sintetično zajel terminološki problem (tehnologija, tehnika), definicijo tehnologije (naprave, postopki) in vse vrste tehnologij, ki se uporabljajo v zdravstvu (biomedicinska, IKT, tehnologija znanja). Tudi vpliv sodobne tehnologije na spreminjanje dela medicinske sestre in obenem na profesionalizacijo poklica medicinske sestre še ni bil raziskan.

4.1 VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA RAZVITOST TEORIJ IN TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE IN DELO MEDICINSKE SESTRE

a) Stopnja razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege

Literatura na to temo in obsežni rezultati raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre (glej tabele od 3.8 do 3.11 in grafe od 3.3 do 3.6), ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave o razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege (glej tabelo 3.23) in stopnja razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege (glej tabelo 4.34), kažejo na *razmeroma visoko stopnjo razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege*.

Ocenjeno je, da je stopnja profesionalizacije poklica medicinske sestre po dimenziji razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege zelo visoka (88,9 %), prisotna pa je tudi frustracija medicinskih sester (11,1 %) zaradi želje po večji profesionalizaciji poklica.

Ocenitev kazalcev (kaže na krepitev; je nejasen, nevtralen, večsmeren; kaže na slabitev) je opravljena na osnovi teoretičnega in empiričnega dela doktorske disertacije in lastne ocene (tabela 4.34).

Iz kazalcev izhaja *visoka stopnja razvitosti te dimenzije*, ki ima večsmeren vpliv na druge dimenzije profesije.

Teorije in tehnike zdravstvene nege so se od začetka moderne zdravstvene nege, ki jo je utemeljila Florence Nightingale, spreminjale in razvijale ter postajale vedno bolj neodvisne od medicine.

Pomemben prispevek k razvoju teorij in tehnik predstavljajo raziskovanje v zdravstveni negi (leta 1950 Nursing Research), ki je povežalo teorijo in prakso zdravstvene nege, uvedba metode PZN (1960) in na dokazih temelječa zdravstvena nega (Evidence Based Nursing v 90-tih letih prejšnjega stoletja); z določenim časovnim zamikom je temu sledila tudi slovenska zdravstvena nega.

Tabela 4.34: Stopnja razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege

Kazalec	Kaže na krepitev	Je: a) nejasen, b) nevtralen, c) večsmeren	Kaže na slabitev
Začetek moderne zdravstvene nege Florečne Nightingale: Notes on Nursing: What Is and What It Is Not., 1859	x		
Prve revizije zdravstvene nege: Berta Hamer Textbook of the Principles and Practice of Nursing, 1922 in Virginija Henderson 1939.	x		
Razvoj in poplava novih idej, pojmov in teorij: Lydia E. Hall 1955, 1959; Dorothea E. Orem 1959, 1971; Faye G. Abdellah 1960, Ida Jean Orlando 1961, 1972; Ernestine Wiedenbach 1964, Virginia Henderson 1966, 1972, D. Neuman 1979, N. Roper 1980.	x		
Razumevanje in uporaba ustreznih pojmov in teorij iz biologije, fizike, iz biheviorističnih in humanističnih znanosti.	x		
Uvedba Procesna zdravstvene nege kot metode dela leta 1960 in v Sloveniji leta 1982	x	c	
Uvedba, uporaba in razumevanje konceptov, teorij, teoretičnih okvirov, teoretičnih modelov zdravstvene nege z drugih področij (sociologije, psihologije, antropologije, teorije učenja, razvojne teorije, teorije adaptacije, stresa, socialne in kulturne teorije)	x	c	
Raziskovanje (povezovanje teorije in prakse, leta 1950 prične izhajati Nursing Research).	x	c	
Iskanje informacij v praksi.	x	c	
Na dokazih temelječa praksa zdravstvene nege (Evidence Based Nursing).	x	c	
Razvit sistem znanja, ki je relativno neodvisen od sistema znanja profesije zdravnikov.	x		
Intelektualna aktivnost MS pri nujenju zdravstvenih storitev: premišljenost, racionalnost, metodičnost, smiselnost, načrtovanost.	x	c	
Postavljanje negovalnih diagnoz.	x		
Upoštevanje negovalnih standardov.	x	c	
Uporaba negovalne dokumentacije.	x	c	
Aktivna vloga klienta (posameznika, družine, skupnosti) in partnerski odnos med njim in MS.	x	c	
Pridobivanje kompetenc za uspešno delo: stalno strokovno izpopolnjevanje in samoizobraževanje, prebiranje strokovne literature (s področja medicine, zdravstvene nege, informatike).	x	c	
Premalo praktičnega znanja v študijskem programu ZN (do Bolonjske deklaracije).			x
Uskladitev izobraževanja z evropskimi direktivami (regulirani poklic) 50 % praktičnega izobraževanja v Sloveniji leta 2003.	x	c	
Sistemsko razumevanje, poznavanje vzročno posledičnih odnosov v zdravstveni negi in razvoj profesionalnega razuma.	x	c	
Samomotivirana profesionalna ustvarjalnost in intelektualni naboj MS.	x	c	
Tercijama (profesionalna) socializacija.	x	c	

Razvitost teorij in tehnik, ki smo jo ocenili na podlagi rezultatov raziskav, kaže na razmeroma visoko stopnjo razvitosti te dimenzije. Relevantna literatura na to temo in številne objave strokovnih in znanstvenih člankov medicinskih sester v revijah kažejo, da so se teorije in tehnike od tega obdobja do danes še dodatno razvile. Tako je npr. uporaba PZN, ki je v času naše raziskave predstavljala *relativno velik problem*, postala vsakdanja praksa vgrajena v delo medicinske sestre. Medicinske sestre pri opravljanju poslanstva svojega poklica uporabljajo intelektualne aktivnosti za opravljanje dela, ki temelji na znanju.

Razvoj teorij in tehnik zdravstvene nege je večsmeren in prispeva k razvoju *na znanju temeljčega dela medicinskih sester, profesionalni avtonomiji, legalizaciji profesionalne avtoritete in monopolu nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.*

b) Vpliv sodobne tehnologije na razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege in hkrati na spreminjanje dela medicinske sestre

V javno dostopni literaturi raziskav o vplivu sodobne tehnologije na razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege in na spreminjanje dela medicinske sestre nismo našli.

Ocenenje vpliva sodobne tehnologije na to dimenzijo je podana v tabeli 4.35.

Tabela 4.35: Vpliv sodobne tehnologije na razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege in na spreminjanje dela medicinske sestre

Vrsta sodobne tehnologije (ST)	Vpliv ST na profesionalizacijo – (1) razvitost teorij in tehnik ZN			Vpliv ST na potrebo po osnovnih znanjih teorij za uporabo ST (naravoslovne in tehnol. vede)			Vpliv ST na spreminjanje dela MS										
	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večsmeren	Ne vpliva	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večsmeren	Ne vpliva	Delo MS se spreminja, tako da:			Potrebne kompetence			Delitev dela – Vertikalna diferenciacija poklica MS				
							Olajšuje delo MS, vendar ga bistveno ne spreminja	Nadomešča prejšnje delo	Omogoča nove funkcionalnosti in bistveno preoblikuje prejšnje delo	K 1	K 2	K 3	Elita	Specializacije: A – Biomed Teh B – Zdrav Inf C – TZ v Zdrav	Periferne skupine		
BIOMEDICINSKA TEHNOLOGIJA																	
Sistemi za fiziološki monitoring.			X	x				x			x	x	x	x	A		x
Sistemi za kontrolo dajanja zdravil (infuziomati).			X	x				x			x	x	x	x	A		x
Terapevtski sistemi (izračunavanje in uravnavanje stopnje kapljanja).			X	x				x			x	x	x	x	A		x
Ventilatorji (prenos predpisanega odstotka kisika in količine zraka).			X	x				x			x	x	x	x	A		x
Uporaba vsadkov (avtomatski defibrilatorji, genska terapija, uporaba robotov pri invalidnih ljudih).			X	x				x			x	x	x	x	A		x
IKT																	
Uporaba KZZ.			X	x				x			x	x	x	x	B		x
Uporaba mednarodne klasifikacije ZN (ICNP).			X	x				x			x	x	x	x	B		x
Uporaba računalniških programov za podporo izvajanja ZN (negovalna dokumentacija ...).			X	x				x			x	x	x	x	B		x
Uporaba interneta, e-pošta.			X	x				x			x	x	x	x	B		x
Virtualni obiski s pacienti.			X	x				x			x	x	x	x	B		x
TEHNOLOGIJA ZNANJA																	x
Uporaba strukturirane terminologije v ZN (MZPZN, EMPZN, elektronska pametna kartica).			X	x				x			x	x	x	x	C		x
Uporaba mednarodne klasifikacije za prakso ZN ICNP.			X	x				x			x	x	x	x	C		x
Uporaba ekspertnih sistemov za ravnaje in odločanje v ZN.			X	x				x			x	x	x	x	C		x
Uporaba baz podatkov.			X	x				x			x	x	x	x	C		x
Videokonferenčne kamere (stalni nadzor nad pacientom na domu, postavljanje diagnoz).			X	x				x			x	x	x	x	C		x

Sodobna tehnologija medicinski sestri omogoča takojšnji dostop do teorij zdravstvene nege in številnih aplikacij teorij v prakso.

Uporaba sodobne IKT zahteva:

- obvladovanje in vključevanje osnov teorij informacijskih znanosti in računalniških ved v teorije in tehnike zdravstvene nege, ki tvorijo sistematično celoto in so osnova za delovanje medicinske sestre (npr. teorija, kaj so podatki, informacije, znanje, organizacije podatkov, informacij in znanja v baze podatkov, baze znanja in ekspertne sisteme, interpretacij informacij, o sodobni družbi kot informacijski in družbi znanja);
- nove kompetence in znotraj teh tudi nove spretnosti (reskilling).

Medicinske sestre morajo biti računalniško in informacijsko pismene, saj je to pogoj za uporabo osnovnih funkcionalnosti osebnih računalnikov (urejanje besedila, izdelava preglednic, sodelovanje pri računalniškem upravljanju zavoda, izobraževanju in strokovnem izpopolnjevanju na daljavo), rokovanje z računalnikom za uporabo baz podatkov, baz znanja, ekspertnih sistemov, informacijskih virov na internetu. Z obvladovanjem teh kompetenc se medicinska sestra kot strokovnjakinja razlikuje od računalniško nepismene medicinske sestre. Z uporabo tehnologij znanja postajajo delavke z znanjem (knowledge workers), ki razvijajo sposobnosti za intelektualno delo.

Vpliv tehnologije in tehnike na profesionalizacijo poklica medicinske sestre smo preverjali s kontingenčno analizo na podlagi rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji. Ugotovili smo, da tehnika (uporaba računalnika) *ne vpliva na razvoj teorij in tehnik*, tehnologija pa šibko (uporaba PZN).

Iz ocenitve vpliva sodobne tehnologije na razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege in hkrati na delo medicinske sestre (tabela 4.35) izhaja, da sodobna tehnologija *ne vpliva na razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege*, ki so osnova za profesionalno delovanje, *vpliva pa na uvajanje osnov naravoslovnih in tehnoloških teorij za uporabo sodobne tehnologije*.

Sodobna tehnologija pa *spreminja* delo medicinske sestre, *zahteva* nove kompetence, *za uporabo IKT* ki jih medicinska sestra pridobi z zaključenim študijem zdravstvene nege (naravoslovne in tehnične tehnološke vede) in/ali na delovnem mestu z delovnimi izkušnjami oz. specializacijo in v vseh oblikah vseživljenjskega učenja.

Sodobna tehnologija *vpliva na delitev dela*, tako nastajajo *specialisti za biomedicino, informatiko v zdravstvu in zdravstveni negi in specialisti za tehnologijo znanja*. Znotraj specialistov za informatiko v zdravstvu in zdravstveni negi se oblikujejo štirje nivoji medicinskih sester glede na uporabo informacijske tehnologije in sicer: medicinska sestra začetnica, izkušena medicinska sestra in medicinska sestra specialistka za informatiko ter inovator za področje informatike.

Sodobna tehnologija spreminja delo medicinske sestre tako, da ga olajšuje (IKT), nadomešča prejšnje delo (biomedicinska tehnologija) in omogoča nove funkcionalnosti ter bistveno preoblikuje prejšnje delo.

4.2 VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA MONOPOL NAD STROKOVNO DEJAVNOSTJO OZ. EKSPERTIZO ZDRAVSTVENE NEGE IN DELO MEDICINSKE SESTRE

a) Stopnja razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege

Literatura na to temo je skromna, obravnava sicer posamezne elemente monopola, vendar pa niti literatura niti delne raziskave ne dajejo odgovorov na vprašanje o stopnji razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.

V tabeli 4.36 prikazujemo razvoj monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege, vključno z rezultati raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji ter podatkov iz teoretičnega in empiričnega dela doktorske disertacije.

Rezultati raziskave, ki smo jo opravili med medicinskimi sestrami v SV Sloveniji leta 1998, so pokazali nizko stopnjo razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo zdravstvene nege. S pomočjo izbrane relevantne literature na to temo, rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji (glej tabele od 3.12 do 3.15, grafe od 3.7 do 3.10), ocenitev dejanske in želene profesionalizacije in frustracije poklica medicinske sestre po rezultatih raziskave o monopolu nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege (glej tabelo 3.24) in stopnje razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege (glej tabelo 4.36), smo prikazali, da *gre za razmeroma nizko stopnjo razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege*.

Tabela 4.36: Stopnja razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege

Kazalec	Kaže na krepitev	Je: a) nejasen, b) nevtralen, c) večsmeren.	Kaže na slabitev
Nejasna delitev dela med zdravniki in MS.			x
Sodno izvedensko mnenje za zdravstveno nego podajajo zdravniki in ne MS.			x
Dominanca in nadrejenost zdravnikov ter kontrola zdravstvenih storitev, bdenje nad sistemom znanja MS, še vedno prisotno.			x
MS se uveljavljajo v timskem delu kot enakovredne članice, upošteva se njihovo strokovno mnenje, sodelovanje z zdravniki postaja vse uspešnejše.	x		
MS prevzemajo velik del nalog iz pristojnosti zdravnikov (rutinska dela).			x
MS velik del nalog iz svoje pristojnosti delegirajo ZT.			x
Superiorna vloga MS pri izvajanju storitev s področja zdravstvene nege je omajana, ko se pri reševanju problemov obračajo na zdravnika, kot viru moči in subkontroli znanja, slabi funkcionalna in strokovna avtonomija poklica MS.			x
Profesionalna terminologija je slabo razvita.			x
Zdravniki gledajo na zdravstveno nego kot pomožno dejavnost, slabo priznavajo tudi delo MS.			x
Primerljivost plač MS s plačami zdravnikov kaže velike razlike.			x
Plače MS so nizke in primerljive s plačami drugih polprofesij.			x
L. 1993/94 prvič uveden fakultetni študijski program zdravstvene vzgoje (dve generaciji), VŠZ UL.	x		
L. 1994 ustanovitev Sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije; aktivnosti za ureditev plač.		c	
L. 1995 uveden visokošolski študijski program zdravstvene nege VŠZ UL in UM VZŠ.	x		
L. 1998 prva docentka za področje zdravstvene nege v Sloveniji z doktoratom FOV UM, izvoljena na VŠZ UL.			
L. 1999 uvedeni podiplomski, specialistični študijski programi (pet spec. programov do 2004) UM VZŠ.	x		
L. 2003 uskladitev dodiplomskih študijskih programov Zdravstvene nege z Direktivami EU, regulirani poklic (4600 ur, 50 % praktičnega izobraževanja) UL VŠZ, UM VZŠ in UP VŠZI.	x		
L. 2005 prvič registrirana ZZBNS.	x		
L. 2007 prva fakulteta za zdravstvene vede v Sloveniji – UM FZV.	x		
L. 2007/08 strokovni magisterij zdravstvene nege in bioinformatike, 2. Bolonjska stopnje, pričetek akademizacije poklica MS, UM FZV.	x	c	
L. 2007 Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem v zdravstveni in babiški negi; ZZBNS prične z izvajanjem javnih pooblastil: strokovni nadzor dejavnosti zdravstvene in babiške nege ter specializacij, vodi register izvajalcev, register imetnikov licence, register članov zbornice in podeljuje licence.	x		
L. 2008 prva docentka za področje zdravstvene nege v Sloveniji na UM FZV z doktoratom Fakultete za zdravstveno nego Univerze v Manchesteru.	x		
L. 2008 ZZBNS sprejme Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (poskus zaščite specifičnega znanja).	x	c	
L. 2009 fakulteta za zdravstvo v Sloveniji – UL ZF.	x		
L. 2009/2010 2. stopenjski študijski program Management v zdravstvu in socialnem varstvu.	x		
L. 2009 UM FZV podelila prvi magisterij zdravstvene nege v Sloveniji.	x		

Ocenjeno je, da je stopnja razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege v SV Sloveniji nizka (50,0 %), hkrati pa je *izredno visoka stopnja frustracije* medicinskih sester (50,0 %) zaradi želje po večjem monopolu nad strokovno dejavnostjo zdravstvene nege.

Prelomnico v profesionalizaciji poklica medicinske sestre predstavlja leto 2003, ko so bili študijski programi zdravstvene nege usklajeni z Direktivami EU. Vstop Slovenije v EU leta 2004 je bil pogojevan tudi z uskladitvijo izobraževanja reguliranih poklicev, med katere sodi tudi poklic medicinske sestre.

Iz tabele 4.36 je razviden razvoj monopola, ki ga zagotavljajo profesionalne organizacije (izobraževalne institucije s podeljevanjem diplom, profesionalno združenje z izvajanjem javnih

pooblastil in sindikat z urejanjem plač in pogojev dela medicinskih sester). Gre sicer za organiziranost profesije medicinskih sester, vendar to pomembno prispeva k razvoju monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege zato smo ga sem tudi uvrstili.

Za legalizacijo profesionalne avtoritete in avtonomije ter razvoja monopola nad strokovno dejavnostjo zdravstvene nege oz. ekspertizo zdravstvene nege so ob pravnih normah zelo pomembne kompetence, ki jih medicinske sestre pridobivajo z zaključenim študijem zdravstvene nege (K1); dodatne kompetence za opravljanje dela v določenem visoko tehnološkem okolju, ki jih pridobivajo predvsem z opravljanjem dela v določenem poklicnem prostoru in v vsakdanji praksi ali pa s formalnim izobraževanjem, kot so specialistični študijski programi (K2 = K1 + in/ali D + S) (Kolenc 2006); in kompetence za opravljanje določene naloge, ki jo vključuje velika večina delovnih mest (K3) – za te so potrebne tudi delovne izkušnje, s katerimi se medicinska sestra uveljavlja kot strokovnjakinja.

K višji stopnji monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege so nedvomno prispevali *razvoj izobraževalnih programov za zdravstveno nego* (uskladitev z direktivami EU, bolonjski programi, akademizacija medicinskih sester), pričetek *izvajanja javnih pooblastil* v zbornici (strokovni nadzor, register izvajalcev, članov in licenc) in sprejetje dokumenta *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*.

Rezultati raziskav o slovenskih medicinskih sestrah kažejo na relativno slabe sodelovalne medpoklicne odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki, slabo poznavanje lastnih in poklicnih vlog drugih članov zdravstvenega tima, zato bo potrebno aktivnosti obeh profesionalnih skupin usmeriti v odpravo teh ovir.

Številni viri v doktorski disertaciji kažejo tudi na *dehumanizacijo emocionalnega dela, alienacijo, deprofesionalizacijo in proletarizacijo poklica medicinske sestre* (Santrić 1990, Schwirian 1998, Heath in drugi 2003).

b) Vpliv sodobne tehnologije na razvitost monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege in na spreminjanje dela medicinske sestre

V javno dostopni literaturi raziskav o vplivu sodobne tehnologije na razvitost monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege in na spreminjanje dela medicinske sestre nismo našli.

Ocenitev vpliva sodobne tehnologije na to dimenzijo je podana v tabeli 4.37.

Tabela 4.37: Vpliv sodobne tehnologije na monopol nad strokovno dejavnost oz. ekspertizo zdravstvene nege in na spreminjanje dela medicinske sestre

Vrsta sodobne tehnologije (ST)	Vpliv ST – (2) monopol nad strokovno dejavnost oz. ekspertizo ZN			Odgovornost MS za znanje in izvajanje s ST podprtih storitev			Vpliv ST na spreminjanje dela MS										
	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večsmeren	Ne vpliva	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večsmeren	Ne vpliva	Delo MS se spreminja, tako da:			Potrebne kompetence			Delitev dela – Vertikalna diferenciacija poklica MS				
							Olajšuje delo MS, vendar ga bistveno ne spreminja	Nadomešča prejšnje delo	Omogoča nove funkcionalnosti in bistveno preoblikuje prejšnje delo	K 1	K 2	K 3	Elita	Specializacije: A – Biomed Teh B – Zdrav Inf C – TZ v Zdrav	Periferne skupine		
BIOMEDICINSKA TEHNOLOGIJA																	
Sistemi za fiziološki monitoring.			x	x	c			x			x	x	x	x	A		x
Sistemi za kontrolo dajanja zdravil (infuziomati).			x	x	c			x			x	x	x	x	A		x
Terapevtski sistemi (izračunavanje in uravnavanje stopnje kapljanja).			x	x	c			x			x	x	x	x	A		x
Ventilatorji (prenos predpisanega odstotka kisika in količine zraka).			x	x	c			x			x	x	x	x	A		x
Uporaba vsadkov (avtomatski defibrilatorji, genska terapija, uporaba robotov pri invalidnih ljudeh).			x	x	c			x			x	x	x	x	A		x
IKT																	
Uporaba KZZ.			x	x	c			x			x	x	x	x	B		x
Uporaba mednarodne klasifikacije ZN (ICNP).			x	x	c			x			x	x	x	x	B		x
Uporaba računalniških programov za podporo izvajanja ZN (negovalna dokumentacija ...).			x	x	c			x			x	x	x	x	B		x
Uporaba interneta, e-pošta.			x	x	c			x			x	x	x	x	B		x
Virtualni obiski s pacienti.			x	x	c			x			x	x	x	x	B		x
TEHNOLOGIJA ZNANJA																	
Uporaba strukturirane terminologije v ZN (MZPZN, EMPZN, elektronska pametna kartica).			x	x	c					x	x	x	x	x	C		x
Uporaba mednarodne klasifikacije za prakso ZN ICNP.			x	x	c					x	x	x	x	x	C		x
Uporaba ekspertnih sistemov za ravnanje in odločanje v ZN.			x	x	c					x	x	x	x	x	C		x
Uporaba baz podatkov.			x	x	c					x	x	x	x	x	C		x
Videokonferenčne kamere (stalni nadzor nad pacientom na domu, postavljanje diagnoz).			x	x	c					x	x	x	x	x	C		x

Problemi sodobne informacijske družbe, ki je svet razdelila na *info-reveže in info-bogataše* (Haywood 1997), se odražajo tudi v zdravju prebivalstva. Ljudi ogrožajo hitre spremembe, hiter tempo življenja, prisiljeno pridobivanje materialnih dobrin in zmotno prepričanje o tem, da to prinaša srečo in notranjo izpopolnitev posameznika.

Medicinske sestre se morajo zavedati, da praksa zdravstvene nege v sedanjih konfiguracijah in oblikah umira, saj zahteve zdravstva in sodobna tehnologija spreminjajo tako substanco kot storitve.

Profesionalno delo medicinske sestre, ki je podprto s sodobno tehnologijo, zahteva nove kompetence. S tem medicinske sestre pridobivajo monopol nad specifičnim znanjem za uporabo sodobne tehnologije v odnosu do zdravnikov, vendar pa uporaba tehnologij ne vpliva na profesionalizacijo poklica. Nad ustvarjanjem in razvojem tehnologij imajo monopol druge profesije (npr. informatik, računalničar, inženir, tehnolog, zdravnik).

Vpliv tehnologije in tehnike na profesionalizacijo poklica medicinske sestre smo preverjali s kontingenčno analizo na podlagi rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji. Ugotovili smo, da tehnika (uporaba računalnika) ne vpliva na monopol nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege, tehnologija pa šibko.

Iz ocenitve vpliva sodobne tehnologije na razvitost monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege in hkrati na delo medicinske sestre (tabela 4.37) izhaja, da sodobna tehnologija *ne vpliva na razvitost monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege, vpliva pa na odgovornost medicinske sestre za znanje in izvajanje s sodobno tehnologijo podprtih storitev*. Sodobna tehnologija pa spreminja delo medicinske sestre, zahteva nove kompetence in vpliva na delitev dela, zaradi česar nastaja vertikalna diferenciacija poklica medicinske sestre.

4.3 VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA PREPOZNAVNOST POKLICA IN DELO MEDICINSKE SESTRE

a) Stopnja prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javne prepoznavnosti profesije

Slovenska literatura na to temo je skromna. Literatura v svetu navaja sicer posamezne elemente prepoznavnosti v javnosti, vendar je, kar zadeva zdravstvo, večji poudarek na zdravniški profesiji kot na profesiji medicinskih sester.

V tabeli 4.38 so predstavljeni rezultati raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji², saj se druge raziskave naslanjajo na mnenja študentov in medicinskih sester o tem, kako po njihovem mnenju javnost prepoznava poklic medicinske sestre.

Tabela 4.38: Stopnja prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev

Kazalec	Kaže na krepitev	Je: a) nejasen, b) nevtralen, c) večsmeren.	Kaže na slabitev
Prepoznavnost poklica MS v zdravstvu je visoka, čeprav je poklic zdravnika bolj prepoznaven.	x		
Po zunanjih znakih je MS najbolj prepoznana po barvi obleke.		b	
Več kot polovica uporabnikov je med pomembne znake prepoznavnosti MS navedla zdravstvene storitve, ki jih sama opravlja.	x		
MS je prepoznana najbolj po postopkih in posegih ter administrativnih opravilih.	x		
Poklic MS je prepoznan kot ženski.		c	
Titula MS je dobro prepoznavna kadar gre za žensko.	x		
Titula MS je zelo slabo prepoznavna kadar gre za moškega.			x
Poklic MS je prepoznana kot poklic, ki ni dovolj priznan v družbi.			x
Poklic MS je prepoznan kot naporen, bolj psihično kot fizično.	x		
Velika večina uporabnikov meni, da lahko MS opravlja funkcije predvsem v zdravstvu in zdravstveni negi.		c	
Poklic je prepoznan kot samostojen, pri opravljanju svojega dela MS ne potrebuje pomoči zdravnika	x		
Uporabniki so prepričani, da sme poklic MS opravljati samo tisti, ki je zaključil predpisano šolo.	x		
Uporabniki pričakujejo, da bodo MS ljubeznive, nežne, pozorne in čustvene.	x		
Skoraj dve tretjini uporabnikov ima pozitivne izkušnje z ravnanji MS.	x		
Negativne izkušnje z ravnanji MS ima dobra tretjina uporabnikov.			x
Med najbolj priljubljenimi MS so tiste, ki so pripravljene prisluhniti bolniku, ki vestno opravljajo delo in tiste, ki jim največ pomeni red in disciplina.	x		
Najmanj priljubljene so MS, ki so lepega izgleda in spogledljive.		c	
Primerljivost poklica MS z drugimi poklici kaže, da gre za polprofesijo.			x
Primerljivost plače MS s plačami drugih poklicev kaže, da gre za polprofesijo.			x

Če poskušamo predstaviti razvitost poklica in ugotoviti, kakšna je kolektivna predstava o poklicu medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev na območju SV Slovenije², ugotovimo naslednje:

- Pričakovano idealno tipsko obnašanje in priljubljenost medicinskih sester kaže na to, da uporabniki zdravstvenih storitev od medicinske sestre pričakujejo, da bo ljubezniva, nežna, pozorna, čustvena; kot najbolj priljubljene medicinske sestre navajajo tip *usmiljene sestre* in tip medicinske sestre *skrbnega angela*.
- Izkustvene evalvacije medicinskih sester med uporabniki so v glavnem pozitivne. Med negativnimi ravnanji medicinske sestre pa izredno izstopa indiferenten odnos do bolnika/klienta.
- Primerljivost poklica medicinske sestre z drugimi poklici in primerljivost plač medicinske sestre s plačami drugih poklicev pa kaže, da uporabniki poklic medicinske sestre in njihove plače primerjajo s poklici, ki jih teorije profesij uvrščajo med polprofesije.

V naši raziskavi smo ugotovili, da je prepoznavnost poklica medicinske sestre med drugimi poklici v zdravstvu med uporabniki zdravstvenih storitev dobra, saj so jo zelo dobro prepoznali. Poizvedbe po literaturi na temo prepoznavnosti poklica v zdravstvenih institucijah, ki smo jih opravili v ustreznih bazah podatkov kažejo, da tovrstnih raziskav še ni bilo, oz. so bile opravljene le delne raziskave te dimenzije profesije.

Rezultati raziskave med študenti zdravstvene vzgoje (Pahor 1997) in študenti zdravstvene nege (Pahor 2001) o podobi medicinske sestre v javnosti kažejo na podrejeno vlogo medicinske sestre, vendar gre za strokovnjakinjo z dobrim srcem in pridnimi rokami. Prepričani so, da so za nizek ugled medicinskih sester v javnosti krivi zdravniki, lastno ravnanje in neprepoznavnost poklica v javnosti.

Ugotovljamo, da je poklic medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev bolj prepoznaven in cenjen, kot pa so o tem prepričani študenti zdravstvene vzgoje in medicinske sestre same.

Ocenitev dejanske in želene profesionalizacije glede na rezultate raziskave o prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev (glej tabelo 3.25) kaže na visoko stopnjo razvitosti javne prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev (100,0 %); frustracije medicinskih sester v tej dimenziji nismo merili (0,0 %).

Iz ugotovitev raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre glede prepoznavnosti in ocnitve dejanske in želene profesionalizacije lahko zaključimo, da gre za *visoko stopnjo prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev*.

b) Vpliv sodobne tehnologije na prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javne prepoznavnosti profesije in na spreminjanje dela medicinske sestre

V javno dostopni literaturi raziskav o vplivu sodobne tehnologije na prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javne prepoznavnosti profesije in na spreminjanje dela medicinske sestre nismo našli.

Ocenitev vpliva sodobne tehnologije na to dimenzijo je podana v tabeli 4.39.

Tabela 4.39: Vpliv sodobne tehnologije na prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev in na spreminjanje dela medicinske sestre

Vrsta sodobne tehnologije (ST)	Vpliv ST na – (3) prepoznavnost poklica MS v javnosti									Vpliv ST na spreminjanje dela MS								
	Prepoznavnost zunanjih znakov, titule MS in poklica MS			Prepoznavnost dela, ki ga opravlja			Primerljivost poklica, plač MS z drugimi poklici in statusa poklica			Delo MS se spreminja, tako da:			Potrebne kompetence			Delitev dela – Vertikalna diferenciacija poklica MS		
	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večšmeren	Ne vpliva	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večšmeren	Ne vpliva	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večšmeren	Ne vpliva	Olajšuje delo MS, vendar ga bistveno ne spreminja	Nadomešča prejšnje delo	Omogoča nove funkcionalnosti in bistveno preoblikuje prejšnje delo	K 1	K 2	K 3	Elita	Specializacije: A – Biomed Teh B – Zdrav Inf C – TZ v Zdrav	Periferne skupine
BIOMEDICINSKA TEHNOLOGIJA																		
Sistemi za fiziološki monitoring.			x															
Sistemi za kontrolo dajanja zdravil (infuziomati).			x															
Terapevtski sistemi (izračunavanje in uravnavanje stopnje kapljanja).			x															
Ventilatorji (prenos predpisanega odstotka kisika in količine zraka).			x															
Uporaba vsadkov (avtomatski defibrilatorji, genska terapija, uporaba robotov pri invalidnih ljudeh).			x															
IKT																		
Uporaba KZZ.			x															
Uporaba mednarodne klasifikacije ZN (ICNP).			x															
Uporaba računalniških programov za podporo izvajanja ZN (negovalna dokumentacija ...).			x															
Uporaba interneta, e-pošta.			x															
Virtualni obiski s pacienti.			x															
TEHNOLOGIJA ZNANJA																		
Uporaba strukturirane terminologije v ZN (MZPZN, EMPZN, elektronska pametna kartica).			x															
Uporaba mednarodne klasifikacije za prakso ZN ICNP.			x															
Uporaba ekspertnih sistemov za ravnanje in odločanje v ZN.			x															
Uporaba baz podatkov.			x															
Videokonferenčne kamere (stalni nadzor nad pacientom na domu, postavljanje diagnoz).			x															

V naši raziskavi uporabniki zdravstvenih storitev medicinskih sester niso prepoznali po uporabi sodobne tehnologije. Vprašanje je, ali lahko v prihodnosti (zaradi pospešenega uvajanja sodobne tehnologije v zdravstvo, za kar so zainteresirane zavarovalnice in predvsem proizvajalci sodobne tehnologije, država in menedžment v zdravstvu na vseh nivojih) pričakujemo večjo javno prepoznavnost poklica medicinske sestre tudi zaradi rabe sodobne tehnologije. Navajamo ilustrativni primer, ko so prebivalci Ruš izbirali *naj medicinsko sestro* in so izbrali *naj babico* ter jo poimenovali *naj babica na motorju*.

Motor kot tehnologija neposredno ne zagotavlja storitev zdravstvene, v tem primeru babiške nege, zmanjšuje pa časovno in stroškovno distanco. Vprašanje je, ali lahko v prihodnosti pričakujemo (če bo več porodov na domu), da bodo uporabniki *naj babico* prepoznali po prenosnem računalniku (uporablja ga skoraj vsakdo), ko bo pri porodu na domu omogočal komunikacijo z zdravnikom-porodničarjem v bolnišnici.

Rezultati preverjanja vpliva tehnike in tehnologije, ki smo jih preverjali s kontingenčno analizo na podlagi rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji, niso potrdili vpliva na prepoznavnost poklica medicinske sestre.

Iz ocenitve vpliva sodobne tehnologije na prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev in hkrati na delo medicinske sestre (tabela 4.39) izhaja, da sodobna tehnologija *ne vpliva na boljšo prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev* (titula, storitev, delo, ki ga opravlja) in na primerljivost poklica medicinske sestre z drugimi poklici in primerljivost plač s plačami drugih poklicev.

4.4 VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA ORGANIZIRANOST POKLICA MEDICINSKE SESTRE IN DELO MEDICINSKE SESTRE

a) Stopnja organiziranosti poklica medicinske sestre

Literatura na to temo je skromna, relevantnih raziskav nismo našli.

V tabeli 4.40 je podana ocena stopnje organiziranosti poklica medicinske sestre s pomočjo kazalnikov, ki smo jih izbrali iz teoretičnega in empiričnega dela doktorske disertacije.

Tabela 4.40: Stopnja organiziranosti poklica medicinske sestre

Kazalec	Kaže na krepitev	Je: a) nejasen, b) nevtralen, c) večsmeren.	Kaže na slabitev
Organiziranost institucij za izobraževanje medicinskih sester			
Začetki izobraževanja MS v Sloveniji 1753: babiška šola v Ljubljani; pouk je potekal v slovenščini, program je zagotavljal usposabljanje za pomoč pri porodu, za oskrbo otročnice in novorojenca.	x		
Do začetka 20. stol, poteka izobraževanje strežniškega (bolničarskega) kadra v bolnišnicah, predvsem s praktičnim delom, učenje ob starejših izkušenih sestrah, učijo jih tudi zdravniki (sestre Usmiljenke in Marijine bolniške sestre).		c	
L. 1924 začne pri Higijenskemu zavodu v Ljubljani delovati Šola za dečje zaščitne sestre, l. 1927 postane dvoletna, od 1931 triletna, preoblikuje se v šolo za zaščitne sestre, po vojni pa v šolo za medicinske sestre.	x		
L. 1928 v Ljubljani ustanovljena dvoletna strežniška šola, v Mariboru l.1939,po pripravljalnem tečaju in strokovnem programu je bil uveden prvič diplomski izpit.,	x		
Med vojno poteka izobraževanje partizanskih bolničarjev, izobražujejo jih zdravniki, ki pišejo tudi učbenike.		c	
Po l. 1945 se izvaja vrsta tečajev za bolničarje v bolnišnicah..		c	
L. 1950/51 delujejo tri nižje zdravstvene šole (babiška in za otroške negovalke) v Ljubljani in Mariboru ter šest srednjih zdravstvenih šol.	x		
L. 1960 se s šolsko reformo šole preoblikujejo v štiriletne srednje šole za izobraževanje medicinskih sester splošne oz. posebne smeri.	x		
l. 1951 prične višješolsko izobraževanje na Višji šoli za MS v Ljubljani, v Mariboru 1993.	x		
L. 1993/94 je uveden univerzitetni študij Zdravstvene vzgoje (UL VŠZ in UL PF), študirata le dve generaciji.	x		
L. 1995 uveden je visokošolski študijski program zdravstvene nege (UL VŠZ in UM VZŠ).	x		
L.1996 UL VŠZ in UM VZŠ pripravita univerzitetni študijski program zdravstvene nege, vlogi sta zavrjeni.			x
L. 1999 UM VZŠ uvede podiplomske študijske programe: Gerontološko zdravstveno nego, Klinično dietetiko, Informatiko v zdravstvu in zdravstveni negi, Perioperativno zdravstveno nego in Patronažno zdravstveno nego.	x		
L. 2002 je ustanovljena Visoka šola za zdravstvo v Izoli.	x		
Višje oz. visoke šole za ZN so postale del univerz: UL VŠZ (1975), UM VZŠ (1993), UP VZŠI (2003).	x		
L.2003 se visokošolski študijski programi uskladijo z EU (regulirani poklic), poveča se št. ur, diplomanti so po diplomi zaposljivi brez pripravništva.	x		
Po l. 2007 sta ustanovljeni visoki šoli, ki nista vključeni v univerzo (Jesenice in Novo mesto), Evropsko študijsko središče v Mariboru razpiše visokošolski štud. program ZN za štud. l. 2009/10, istega leta razspšejo vis. št. program ZN še Koroško višje in visokošolsko središče – Visoka šola za zdravstvene vede, v Slovenj Gradcu in Visoka zdravstvena šola v Celju, ki sta medtem ustanovljeni in akreditirali programe.		c	
L. 2007 prva fakulteta za zdravstvene vede – UM FZV.	x		
L. 2007/08 UM FZV razpiše 2. stopenjska študijska programa Zdravstvena nega in Bioinformatika.	x		
Po l. 2008 izvajajo 2. stopenjski študijski program tudi v Izoli in Ljubljani, izvajati pa ga pričenjajo tudi šole, ki niso vključene v univerzo.		c	
L. 2009 UL ZF.	x		
Tipi organizacij, kjer se medicinske sestre najpogosteje zaposlujejo			
MS se najpogosteje zaposlujejo v visoko profesionalnih organizacijah (npr. UKC, bolnišnice, zdravstveni domovi).	x		
MS se zaposlujejo v drugih storitvenih organizacijah (npr. v domovih za starejše, v zdraviliščih....).		c	
MS se zaposlujejo v organizacijah, ki nimajo ozko profesionalnih ciljev (npr.v vzgojno-izobraževalnih zavodih, v visokem šolstvu in raziskovalnih zavodih, humanitarnih organizacijah, javni upravi..).		c	
MS opravljajo svojo dejavnost tudi pri zasebnih zdravnikih ali pa samostojno.		c	
Organiziranost profesionalnega združenja MS in sindikata			
L. 1927 ustanovljena Organizacija absolventk šole za sestre v Ljubljani..	x		
L. 1929 se slovenske MS vključijo v ICN.	x		
L. 1994 je ustanovljen Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije		c	
L. 2005 je Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov prvič registrirana kot ZZBNS.	x		
V zbornico je vključenih 11 regijskih društev in 31 sekcij.	x		
Po registraciji zbornica pridobi pravico izvajanja javnih pooblastil: vodenje register izvajalcev zdravstvene in babiške nege, registra imetnikov licenc, registra članov društva, izvajanje strokovnega nadzora in podeljevanje licenc.	x		
Zbornica je vključena v mednarodne organizacije (npr. Mednarodni svet medicinskih sester ICN, Evropsko federacijo MS, FEN, Mednarodno konfederacijo babic ICM..).	x		
Zbornica izdaja strokovno informativni bilten Utrip.	x		
Zbornica izdaja strokovno- znanstveno publikacijo Obzornik zdravstvene nege (začetek 1967, indeksira ga CINAHL, CIBBIS, BIOMEDICINA SOVENIKA).	x		
L. 2008 je sprejela dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v ZN.	x		

Literatura na to temo, rezultati raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji (glej grafe 3.11 do 3.16) in ocenitev dejanske ter želene profesionalizacije o organiziranosti profesije medicinske sestre (glej tabelo 3.26) kažejo na *relativno visoko stopnjo organiziranosti poklica medicinske sestre (85,7 %) in visoko stopnjo frustracij medicinskih sester (14,3 %)*.

Iz tabele 4.40 je razviden razvoj organiziranosti poklica medicinske sestre od začetkov organiziranosti institucij za izobraževanje medicinskih sester (babic) v Sloveniji leta 1753. Po dolgoletnih prizadevanjih šol za zdravstveno nego in profesionalnega združenja medicinskih sester je bila leta 2007 ustanovljena prva fakulteta za zdravstvene vede, ki je v študijskem letu 2007/2008 razpisala tudi prvi magistrski 2. stopenjski študij zdravstvene nege. Po tem času se v Sloveniji ustanavlja vrsta visokih zdravstvenih šol, ki izvajajo visokošolske 1. stopenjske programe in prehajajo na 2. stopenjske študijske programe zdravstvene nege. Ob tem je potrebno opozoriti na veliko pomanjkanje ustrezno habilitiranih visokošolskih učiteljic s področja zdravstvene nege.

Ugotovimo lahko, da se medicinske sestre zaposlujejo v visoko profesionalnih organizacijah (UKC, bolnišnice, zdravstveni domovi, domovi za starostnike, zdravilišča, ...), kjer opravljajo preventivno in kurativno dejavnost, vedno več medicinskih sester pa se zaposluje v neprofitnih organizacijah (npr. Hospic).

Organiziranost profesionalnega združenja medicinskih sester sega v leto 1927, od leta 2007 izvaja tudi javna pooblastila in tako prispeva k razvoju poklica medicinske sestre. Tudi Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije, ustanovljen leta 1994, se od začetnih zavzevanj za plače in boljše pogoje dela vse bolj povezuje s profesionalnim združenjem pri reševanju problemov poklica medicinske sestre, kar bo nedvomno prispevalo k razvoju poklica.

Ocenjeno je, da je *stopnja razvitosti organiziranosti poklica medicinske sestre v Sloveniji relativno visoka*.

b) Vpliv sodobne tehnologije na organiziranost poklica medicinske sestre in spreminjanje dela medicinske sestre

V javno dostopni literaturi raziskav o vplivu sodobne tehnologije na organiziranost poklica medicinske sestre in spreminjanje dela medicinske sestre nismo našli.

Ocenitev vpliva sodobne tehnologije na to dimenzijo je podana v tabeli 4.41.

Tabela 4.41: Vpliv sodobne tehnologije na organiziranost poklica medicinske sestre in na spreminjanje dela medicinske sestre

Vrsta sodobne tehnologije (ST)	Vpliv ST na – (4) organiziranost poklica MS									Vpliv ST na spreminjanje dela MS								
	Organiziranost institucij za profesionalno izobraževanje			Organiziranost organizacij, kjer se MS zaposlujejo (ZD, bolnišnice, socialni in drugi zavodi)			Organiziranost strokovnih združenj in sindikata			Delo MS se spreminja, tako da:			Potrebne kompetence			Delitev dela – Vertikalna diferenciacija poklica MS		
	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večsmeren	Ne vpliva	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večsmeren	Ne vpliva	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večsmeren	Ne vpliva	Olajšuje delo MS, vendar ga bistveno ne spreminja	Nadomešča prejšnje delo	Omogoča nove funkcionalnosti in bistveno preoblikuje prejšnje delo	K 1	K 2	K 3	Elita	Specializacije: A – Biomed Teh B – Zdrav Inf C – TZ v Zdrav	Periferne skupine
BIOMEDICINSKA TEHNOLOGIJA																		
Sistemi za fiziološki monitoring.		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	A	x
Sistemi za kontrolo dajanja zdravil (infuziomati).		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	A	x
Terapevtski sistemi (izračunavanje in uravnavanje stopnje kapljanja).		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	A	x
Ventilatorji (prenos predpisanega odstotka kisika in količine zraka).		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	A	x
Uporaba vsadkov (avtomatski defibrilatorji, genska terapija, uporaba robotov pri invalidnih ljudeh).		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	A	x
IKT																		
Uporaba KZZ.		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	B	x
Uporaba mednarodne klasifikacije ZN (ICNP).		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	B	x
Uporaba računalniških programov za podporo izvajanja ZN (negovalna dokumentacija ...).		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	B	x
Uporaba interneta, e-pošta.		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	B	x
Virtualni obiski s pacienti.		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	B	x
TEHNOLOGIJA ZNANJA																		
Uporaba strukturirane terminologije v ZN (MZPZN, EMPZN, elektronska pametna kartica).		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	C	x
Uporaba mednarodne klasifikacije za prakso ZN ICNP.		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	C	x
Uporaba ekspertnih sistemov za ravnanje in odločanje v ZN.		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	C	x
Uporaba baz podatkov.		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	C	x
Videokonferenčne kamere (stalni nadzor nad pacientom na domu, postavljanje diagnoz).		c	x		c	x		C		x			x	x	x	x	C	x

Rezultati preverjanja vpliva tehnike in tehnologije, ki smo jih preverjali s kontingenčno analizo na podlagi rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji, niso potrdili vpliva na organiziranost poklica medicinske sestre.

Sodobna tehnologija (vključno z IKT) v:

- organizacijah, kjer so medicinske sestre zaposlene,
- izobraževalnih institucijah za medicinske sestre,
- profesionalnih društvih in sindikatih,
- medijih za znanstvene in strokovne komunikacije

se množično uporablja in spreminja organiziranost poklica medicinske sestre, *vendar ne prispeva k višji stopnji organiziranosti profesije, s pomočjo katere medicinske sestre uresničujejo profesionalno svobodo.*

Iz ocenitve vpliva sodobne tehnologije na organiziranost poklica medicinske sestre (tabela 4.41) izhaja, da sodobna tehnologija *ne vpliva na organiziranost* institucij za profesionalno izobraževanje, organiziranost organizacij, kjer se medicinske sestre najpogosteje zaposlujejo (zdravstveni domovi, bolnišnice, socialni in drugi zavodi), in na organiziranost strokovnih združenj in sindikata, *vendar pa spreminja njihovo organiziranost ne da bi le-ta vplivala na strukturno višjo stopnjo organiziranost teh institucij.*

Sodobna tehnologija pa spreminja delo medicinske sestre in zahteva nove kompetence ter vpliva na delitev dela, zaradi česar nastaja vertikalna diferenciacija poklica medicinske sestre.

4.5 VPLIV SODOBNE TEHNOLOGIJE NA RAZVITOST PROFESIONALNE ETIKE IN DELO MEDICINSKE SESTRE

a) Stopnja razvitosti profesionalne etike medicinske sestre

V tabeli 4.42 je podana ocena stopnje razvitosti profesionalne etike medicinske sestre s pomočjo kazalnikov, ki smo jih izbrali iz teoretičnega in empiričnega dela doktorske disertacije.

Na temo etike in etičnih dilem je v Sloveniji razmeroma veliko raziskav. Pahorjeva (2005) v članku *Moč za pomoč* navaja podatke raziskave o etiki medicinskih sester v Sloveniji, vendar pa gre za stališča vseh pripadnikov profesionalnega združenja, v katerega so vključeni vsi poklici (zdravstveni tehniki, srednje medicinske sestre, višje in diplomirane medicinske sestre ter medicinske sestre z univerzitetno izobrazbo). Tako so njihova stališča kot celota sicer uporabna, se pa prav gotovo razlikujejo glede na stopnjo kompetenc, ki jo posamezni poklici imajo; avtorica to ugotavlja tudi sama.

Tabela 4.42: Stopnja razvitosti profesionalne etike medicinske sestre

Kazalec	Kaže na krepitev	Je: a) nejasen, b) nevtralen, c) večsmeren.	Kaže na slabitev
Hipokratova prisega iz 4. stol. pr. n. št. je veljala tudi za negovanje ljudi. Hipokrat je temu vprašanju posvečal veliko pozornost.	x		
L. 1788 je prevedena Babiška prisega tj. prvi deontološki dokument v slovenskem jeziku.	x		
V 19. stol. je Florence Nightingale opredelila mnoga etična načela.	x		
Po ustanovitvi l. 1899 je ICN oblikoval prve etične kodekse.	x		
L. 1963 pripravi Zveza zdravniških društev Kodeks etike zdravstvenih delavcev Jugoslavije, ki velja tudi za medicinske sestre.	x		
L. 1994 je bil sprejet Kodeks MS in ZT Slovenije.	x		
L. 2005 je ZZBNS sprejela Kodeks etike MS in ZT Slovenije in prevod Mednarodnega kodeksa etike za babice (1999).	x		
MS se za poklic odločajo zaradi pomoči in veselja do dela z ljudmi.	x		
MS se zavedajo odgovornosti za opravljeno delo (s področja ZN in medicine)..	x		
MS se čutijo odgovorne za zaplete v zdravstvu.		c	
MS se čutijo odgovorne za strokovno napako.	x		
MS se čutijo odgovorne za dela, ki jih dodelijo ZT.		c	
Pri sprejemanju nalog, ki niso v njihovi pristojnosti molčijo in nalogo opravijo, ker vedo, da je to nujno potrebno za bolnika.		C	
Pri sprejemanju nalog, ki niso v njihovi pristojnosti, jih le dobra petina zahteva pisno pooblastilo.		C	
Za MS je etični vidik enako pomemben kot izvajanje postopkov ZN.	x		
Bolj izobražene MS dajo etičnemu vidiku večjo težo in intenzivneje razmišljajo o etičnosti svojega ravnanja, kot manj izobražene.	x		

V zdravstvu pogosto prihaja do konfliktnih razmer, v katerih medicinske sestre presojujejo svoj lastni profesionalni položaj z utrjevanjem funkcionalne avtonomije. V interesu klientov, kot moralnih subjektov, rešujejo številne etične probleme. Pri tem velja poudariti, da njihove odločitve temeljijo na določenem sistemu norm, pravil in vrednot v odnosu do klienta, do sebe in do kolegov.

V kodeks etike medicinskih sester je potrebno vgraditi elemente informacijske etike in bioetike.

Ocenitev rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji glede profesionalne etike kažejo *na relativno visoko stopnjo razvitosti profesionalne etike (71,4 %) in tudi visoko stopnjo frustracije medicinskih sester (28,6 %)*. Verjetno bi lahko visoko stopnjo frustracije pripisali problemom v zdravstveni negi in številnim etičnim dilemam.

Na podlagi teoretičnega in empiričnega dela doktorske disertacije (vključno z nekaterimi primerljivimi raziskavami) je ocenjeno, da gre pri poklicu medicinske sestre za *relativno visoko stopnjo razvitosti profesionalne etike*.

b) Vpliv sodobne tehnologije na razvitost profesionalne etike medicinske sestre in na spreminjanje dela medicinske sestre

V javno dostopni literaturi raziskav o vplivu sodobne tehnologije na razvitost profesionalne etike medicinske sestre in na spreminjanje dela medicinske sestre nismo našli.

Ocenitev vpliva sodobne tehnologije na to dimenzijo je podana v tabeli 4.43.

Tabela 4.43: Vpliv sodobne tehnologije na profesionalno etiko medicinske sestre in na spreminjanje dela medicinske sestre

Vrsta sodobne tehnologije (ST)	Vpliv ST na – (5) profesionalna etika MS						Vpliv ST na spreminjanje dela MS											
	– Klient (C.R. Rogers, samouresničenje). – Etika skrbi.			– Skupinski klient (H.A. Simon, 1996). – Informacijska etika. – Bioetika.			Transparentnost tehnologije (Heidegger, Abbott).			Delo MS se spreminja, tako da:			Potrebne kompetence			Delitev dela – Vertikalna diferenciacija poklica MS Etika skrbi (relokacija, medpoklicna skrb)		
	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večsmeren	Ne vpliva	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večsmeren	Ne vpliva	Vpliva	Je: a) nejasen b) nevtralen c) večsmeren	Ne vpliva	Olajšuje delo MS, vendar ga bistveno ne spreminja	Nadomešča prejšnje delo	Omogoča nove funkcionalnosti in bistveno preoblikuje prejšnje delo	K 1	K 2	K 3	Elita	Specializacije: A – Biomed Teh B – Zdrav Inf C – TZ v Zdrav	Periferne skupine
BIOMEDICINSKA TEHNOLOGIJA																		
Sistemi za fiziološki monitoring.		c	x		c				C									
Sistemi za kontrolo dajanja zdravil (infuziomati).		c	x		c				C									
Terapevtski sistemi (izračunavanje in uravnavanje stopnje kapljanja).		c	x		c				C									
Ventilatorji (prenos predpisanega odstotka kisika in količine zraka).		c	x		c				C									
Uporaba vsadkov (avtomatski defibrilatorji, genska terapija, uporaba robotov pri invalidnih ljudeh).		c	x		c				C									
IKT																		
Uporaba KZZ.		c	x		c				C									
Uporaba mednarodne klasifikacije ZN (ICNP).		c	x		c				C									
Uporaba računalniških programov za podporo izvajanja ZN (negovalna dokumentacija ...).		c	x		c				C									
Uporaba interneta, e-pošta.		c	x		c				C									
Virtualni obiski s pacienti.		c	x		c				C									
TEHNOLOGIJA ZNANJA																		
Uporaba strukturirane terminologije v ZN (MZPZN, EMPZN, elektronska pametna kartica).		c	x		c				C									
Uporaba mednarodne klasifikacije za prakso ZN ICNP.		c	x		c				C									
Uporaba ekspertnih sistemov za ravnanje in odločanje v ZN.		c	x		c				C									
Uporaba baz podatkov.		c	x		c				C									
Videokonferenčne kamere (stalni nadzor nad pacientom na domu, postavljanje diagnoz).		c	x		c				C									

Sodobna tehnologija spreminja medčloveške odnose v zdravstvu na slabše, tako med poklicnimi skupinami kot med zdravstvenimi delavci in klienti. Pri izvajanju poslanstva poklica medicinske sestre, podprtem s sodobno tehnologijo, si morajo medicinske sestre pridobivati *dodatne kompetence s področja vrednostnih sistemov, da bi njihovo ravnanje in strokovna presoja temeljili na etiki skrbi ter kompetence za transparentno uporabo sodobne tehnologije.*

Klienti postajajo v skrbi za lastno zdravje in osveščenosti o možnostih, ki jih sodobna tehnologija ponuja, vedno bolj zahtevni, hkrati pa se zavedajo svoje avtonomnosti za odločitev pri zdravljenju; to zahteva od medicinske sestre *dodatno usposobljenost za visoko profesionalno delo.*

Rezultati preverjanja vpliva tehnike in tehnologije, ki smo jih preverjali s kontingenčno analizo na podlagi rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji, niso potrdili vpliva na profesionalno etiko poklica medicinske sestre.

Iz ocenitve vpliva sodobne tehnologije na profesionalno etiko medicinske sestre (tabela 4.43) izhaja, da sodobna tehnologija ne vpliva na stopnjo razvitosti profesionalne etike, vendar pa *povzroča nova etična vprašanja in dileme ter zahteva transparentno uporabo sodobne tehnologije,* da se lahko medicinska sestra v polni meri čim prej posveti izvajanju storitev zdravstvene nege. Sodobna tehnologija pa spreminja delo medicinske sestre, zahteva nove kompetence in vpliva na delitev dela, zaradi česar nastaja vertikalna diferenciacija poklica medicinske sestre.

4.6 PREVERJANJE HIPOTEZ

V tabeli 4.44 je prikazano zaključno preverjanje hipotez. Podali smo potrditve oz. zavrnitve hipotez. Iz osnovne hipoteze, da sodobna tehnologija vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre, smo izpeljali *štiri sklope raziskovalnih hipotez.*

V prvem delu hipotez, v katerem smo predpostavljali, da je stopnja razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege (H1a), monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege (H1b), prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev (H1c), organiziranosti poklica medicinske sestre (H1d) in profesionalne etike medicinske sestre (H1e) nizka, nismo potrdili.

V drugem delu prvega sklopa nismo potrdili hipoteze (H1f), s katero smo predpostavljali, da je poklic medicinske sestre v Sloveniji po teoriji Turner-Hodgea in Šporerjeve⁷, slabo razvit. Potrdili pa smo hipotezo (H1g), s katero smo predpostavljali, da gre pri poklicu medicinske

sestre za visoko stopnjo frustracije in hipotezo (H1h), s katero smo predpostavljali, da *spolna segregacija vpliva na status in plače medicinskih sester v EU in v Sloveniji*.

V drugem sklopu raziskovalnih hipotez o vplivu tehnike na profesionalizacijo poklica medicinske sestre po vseh dimenzijah profesije (H2a) smo hipotezo zavrnilo na osnovi ugotovitve, da *tehnika ne vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre*.

Hipotezo o vplivu tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre po vseh dimenzijah profesije (H2b) smo *potrdili le pri dimenziji teorij in tehnik in monopolu*, kjer gre za šibek vpliv, medtem ko smo jo pri ostalih dimenzijah profesije (prepoznavnost, organiziranost in profesionalna etika) zavrnilo.

Tabela 4.44: Zaključni prikaz preverjanja hipotez

Hipoteza	Potrditev hipoteze	
	DA	NE
Osnovna hipoteza		
H1: Sodobna tehnologija vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre.		NE
H1a: Stopnja razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege je nizka.		NE
H1b: Stopnja razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege je nizka.		NE
H1c: Stopnja prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev je nizka.		NE
H1d: Stopnja organiziranosti poklica medicinske sestre je nizka.		NE
H1e: Stopnja razvitosti profesionalne etike medicinskih sester je nizka.		NE
H1f: Predpostavljamo, da je poklic medicinske sestre v Sloveniji po teoriji profesij Turner-Hodghea in Šporerjeve, relativno slabo razvit.		NE
H1g: Predpostavljamo, da gre pri poklicu medicinske sestre za visoko stopnjo frustracije.	DA	
H1h: Spolna segregacija vpliva na status in plače medicinskih sester v EU in v Sloveniji.	DA	
H2a: Uporaba IKT (uporaba računalnika, tehnike) vpliva na stopnjo razvitosti vseh petih dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo: – teorije in tehnike zdravstvene nege, – monopol nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege, – prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev, – organiziranost poklica medicinske sestre in – profesionalno etiko.		NE NE NE NE NE
H2b: Uporaba tehnologije (uporaba PZN) vpliva na stopnjo razvitosti vseh petih dimenzijah, ki karakterizirajo profesijo: – teorije in tehnike zdravstvene nege, – monopol nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege, – prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev, – organiziranost poklica medicinske sestre in – profesionalno etiko.	DA DA	NE NE NE NE
H3a: Sodobna tehnologija vpliva na stopnjo razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege.		NE
H3b: Sodobna tehnologija vpliva na stopnjo razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.		NE
H3c: Sodobna tehnologija vpliva na stopnjo prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev.		NE
H3d: Sodobna tehnologija vpliva na stopnjo organiziranosti poklica medicinske sestre.		NE
H3e: Sodobna tehnologija vpliva na stopnjo razvitosti profesionalne etike medicinske sestre.		NE
H3f: Predpostavljamo, da sodobna tehnologija vpliva na razvoj poklica medicinske sestre v Sloveniji, po teoriji profesij Turner-Hodghea in Šporerjeve.		NE
H4a: Sodobna tehnologija spreminja delo medicinske sestre.	DA	
H4b: Sodobna tehnologija vpliva na razvoj novih kompetenc za uporabo le – te.	DA	
H4c: Sodobna tehnologija vpliva na nadaljnjo delitev dela v zdravstvu in ZN.	DA	
H4d: Sodobna tehnologija vpliva na delitev dela in vertikalno diferenciacijo medicinske sestre.	DA	
H4e: Sodobna tehnologija vpliva na profesionalno delo medicinske sestre.	DA	

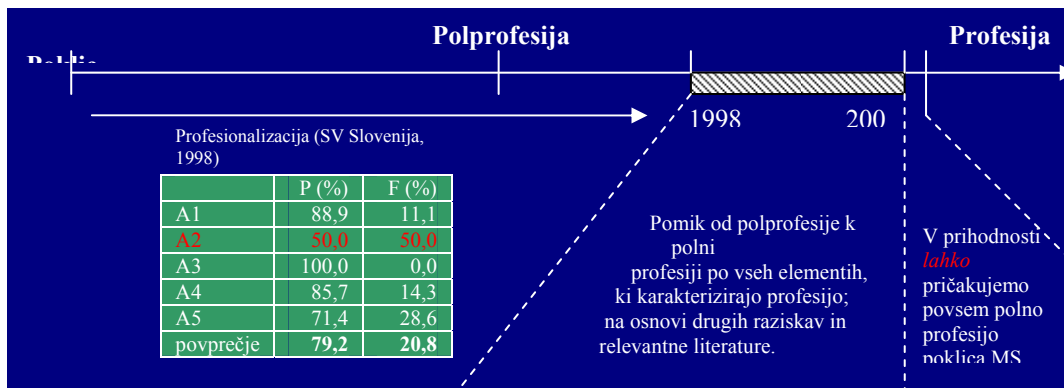
V tretjem sklopu, v katerem smo predpostavljali, da sodobna tehnologija vpliva na stopnjo razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege (H3a), stopnjo razvitosti monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege (H3b), stopnjo prepoznavnosti poklica medicinske

sestre med uporabniki zdravstvenih storitev (H3c), stopnjo organiziranosti poklica medicinske sestre (H3d), stopnjo razvitosti profesionalne etike medicinske sestre (H3e) in da sodobna tehnologija vpliva na razvoj poklica medicinske sestre v Sloveniji po teoriji Turner-Hodgsea in Šporerjeve⁷ (H3f), *nismo potrdili*.

V četrtem sklopu smo potrdili, da sodobna tehnologija spreminja delo medicinske sestre (H4a), vpliva na razvoj novih kompetenc za uporabo le-teh (H4b), na delitev dela in vertikalno diferenciacijo poklica medicinske sestre (H4d) in da sodobna tehnologija vpliva na profesionalno delo medicinske sestre.

Osnovne hipoteze, da sodobna tehnologija vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre, nismo potrdili.

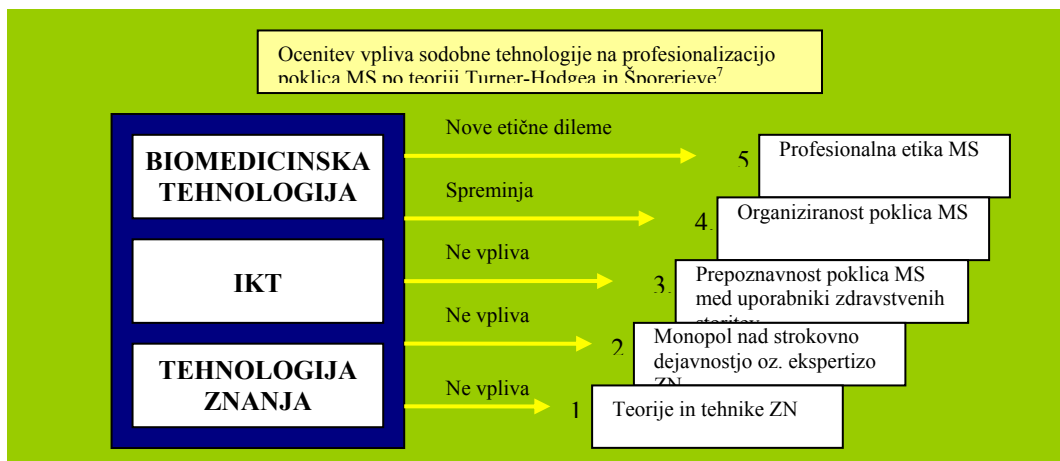
Shema 4.5: Stopnja profesionalizacije poklica medicinske sestre po teoriji Turner-Hodgsea in Šporerjeve⁷ v Sloveniji



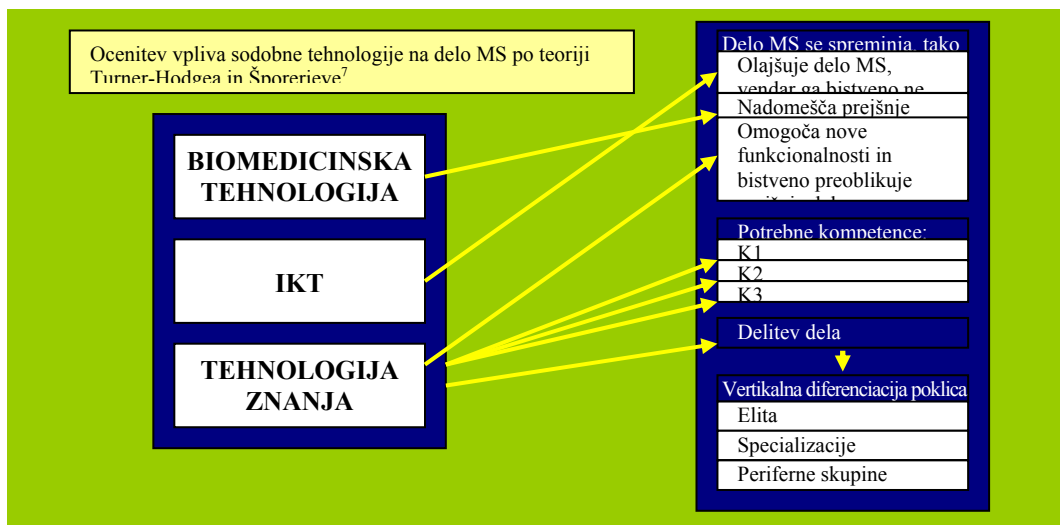
Legenda

- A1 = Stopnja razvitosti teorij in tehnik zdravstvene nege
- A2 = Stopnja razvitosti monopola na strokovno dejavnost oz. ekspertizo zdravstvene nege
- A3 = Stopnja prepoznavnosti poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev
- A4 = Stopnja organiziranosti profesije medicinskih sester in
- A5 = Stopnja razvitosti profesionalne etike

Shema 4.6: Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre



Shema 4.7: Vpliv sodobne tehnologije na delo medicinske sestre



5 SKLEPNA RAZMIŠLJANJA O VPLIVU SODOBNE TEHNOLOGIJE NA PROFESIONALIZACIJO POKLICA MEDICINSKE SESTRE

Sklepna razmišljanja o vplivu sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre bomo osredotočili na tri glavne sklope ugotovitev. Najprej bomo predstavili (1) stopnjo razvitosti poklica medicinske sestre v Sloveniji, ki je bila predpogoj (2) za ocenitev in preverjanje osrednje teme doktorske disertacije, vpliva sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre. Tem ugotovitvam sledijo druge ugotovitve in razmišljanja na to temo ter (3) smeri razvoja poklica medicinske sestre v kontekstu tehnoloških in družbenih sprememb. Sklepna razmišljanja se zaključijo z glavnimi poudarki.

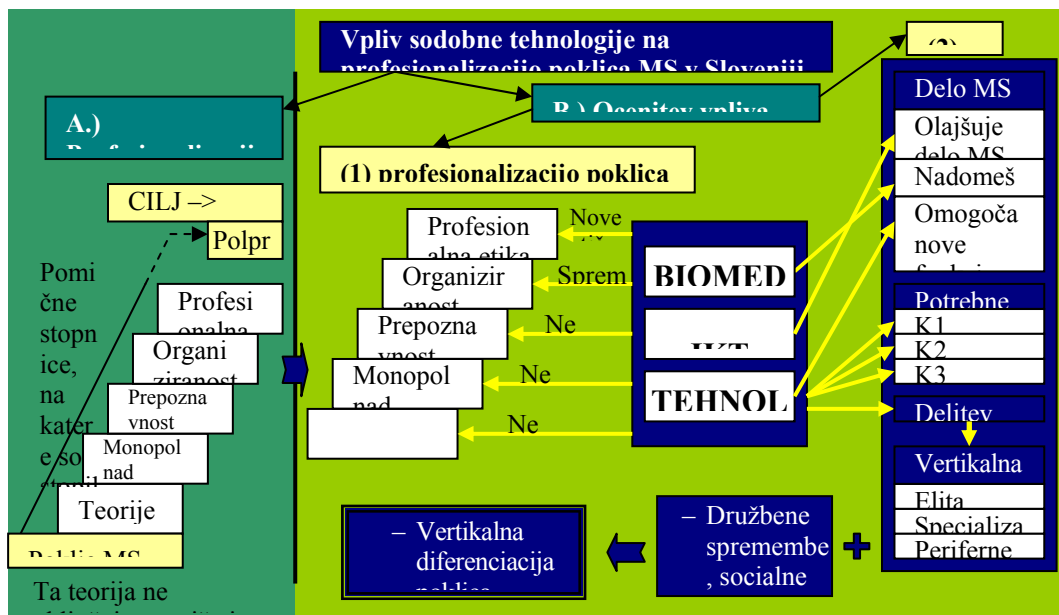
Izvirni prispevek doktorske disertacije je v preverjanju profesionalizacije poklica medicinske sestre v Sloveniji (shema 3.4), in sicer po dodatnih dimenzijah glede na tiste, ki smo jih že uporabili v magistrskem delu (prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev oz. javna prepoznavnost²).

Za merjenje stopnje razvitosti poklica medicinske sestre je bila izbrana teorija profesij Turner-Hodgca (1970), dopolnjena z dimenzijo profesionalne etike Šporer (1990).

Glavna neodvisna spremenljivka je bila uporaba sodobne tehnologije, ki se v zdravstvu uporablja in njen vpliv na stopnjo profesionalizacije poklica medicinske sestre in hkrati na spreminjanje dela.

Za ocenitev vpliva na profesionalizacijo poklica medicinske sestre v Sloveniji in opisa, s kakšno tehnologijo se med delom srečujejo medicinske sestre in ocenitev, ali (in če) ter kako vpliva tehnologija na razvoj poklica medicinske sestre, smo oblikovali dva modela (shemi 3.4 in 5.8), ki vključujeta prestiž, status, plače in tehnologijo ter ločujeta vpliv sodobne tehnologije na spreminjanje dela medicinske sestre v družbeni delitvi dela in vpliv le-te na razvoj poklica medicinske sestre na kontinuumu poklic – profesija oz. razvoj polprofesije v polno profesijo (shema 4.5).

Shema 5.8: Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica in spreminjanje dela medicinske sestre v Sloveniji



Glavne ugotovitve:

(1) Analiza profesionalizacije poklica medicinske sestre v Sloveniji, izvedena na osnovi obsežne znanstvene in strokovne literature, ki smo jo ocenili kot relevantno za to temo, rezultatov raziskave o profesionalizaciji poklica medicinske sestre v SV Sloveniji in rezultatov nekaterih primerljivih raziskav v Sloveniji na to temo, je pokazala naslednje ugotovitve:

- *Visoka stopnja razvitosti vseh petih dimenzij, ki karakterizirajo profesijo⁷, hkrati pa tudi na relativno visoka prisotnost frustracije, ki se kaže v realnem poklicnem življenju medicinskih sester. Po teoriji naštetih petih dimenzij predstavlja poklic medicinske sestre v Sloveniji polno profesijo.*
- *Glavna pomanjkljivost te teorije je, da poda le delni odgovor na razvitost poklica, saj ne vključuje elementov profesionalnega prestiža, statusa in plač, ki so tudi dejavnik za oceno razvitosti poklica.*
- *Glede primerljivosti poklica medicinske sestre z drugimi poklici in primerljivosti plač medicinskih sester s plačami drugih poklicev v Sloveniji smo poklic medicinske sestre prepoznali kot polprofesijo.*
- *Primerljivost plač med medicinskimi sestrami in zdravniki kaže na razmerje v ZDA 1:4 (Farrell in Pagoaga 1995, Freudenheim 1995 v Schwirian 1998), v Veliki Britaniji 1:2 in v Sloveniji (pred uveljavitvijo Zakona o sistemu plač v javnem sektorju) za višje medicinske sestre 1:3 (Grošelj 1999, Kolenc 2001).*
- *Spolna segregacija žensk v sodobni družbi dodatno vpliva na razmeroma nižje plače in družbeni status medicinskih sester v odnosu do moških, saj je poklic medicinske sestre izrazito ženski. V državah, ki so zadnje stopile v EU, so dosegle plače žensk v primerjavi s plačami moških med 75 % (Estonija, Litva) in nad 80 % (Madžarska, Poljska in Romunija), največje razhajanje je bilo na Cipru (70 %), najmanjše pa v Sloveniji (90 %). (Clarke 2001).*

(2) Ocenitev vpliva sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre in na spreminjanje dela smo opravili na osnovi teoretskega in empiričnega dela doktorske disertacije.

- *Vpliv sodobne tehnologije na razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege. Za uporabo sodobnih tehnologij so potrebna znanja tudi s področij, kot je npr. informatika v zdravstvu in zdravstveni negi in drugih tehniških in tehnoloških ved.*

Vendar je ocenjeno, da uporaba sodobne tehnologije npr. IKT, ki omogoča hitrejši dostop do teorij, če so na svetovnem spletu; ekspertni sistemi, ki pomagajo pri

odločitvah za npr. pravilno izbiro teorije zdravstvene nege; uporaba sistemov za fiziološki monitoring, ki nadomeščajo prejšnje delo medicinske sestre, *ne vpliva* na razvoj teorij in tehnik, ki so neločljivo povezane z zdravstveno nego.

- *Vpliv sodobne tehnologije na razvitost monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege.* Ocenjeno je, da uporaba sodobne tehnologije *ne vpliva* na monopol nad storitvami zdravstvene nege prepoznanimi in priznanimi od države.

Sodobna tehnologija pa *vpliva na odgovornost za izvajanje storitev podprtih s sodobno tehnologijo.*

V Sloveniji potekajo aktivnosti za *prenos rutinskih medicinskih storitev na medicinske sestre* in kasneje tudi zakonsko ureditev odgovornosti (odgovornost za opravljeno – naročeno storitev je že sedaj zakonsko definirana). Pri tem je potrebno opozoriti, da medicinska sestra glede tehnologije *odloča o tehniki*, ki jo izbere za izvedbo določene storitve, ki je v pristojnosti zdravnika. Njeno odločanje vključuje: *samozavedanje o kompetentnosti, samozavedanje o odgovornosti* (moralno-etični, materialni in kazenski), poznavanje in razumevanje pravil (načel) *profesionalnega etičnega kodeksa in prepoznavanje pravil zakonskih in podzakonskih predpisov.*

Tendenca o prenosu rutinskega dela medicinskih storitev na medicinske sestre ne prinaša tudi *svobode odločanja* o vrsti tehnološko podprtih medicinskih storitev in s tem tudi *odgovornosti za izbiro.* Posledica tega je, da bodo medicinske sestre še naprej *odgovorne za profesionalno izvedbo storitev*, le da bo poslej ta zakonsko določena in *dovoljena.* S tem se *prostor za odločanje* ne spremeni, saj odločanje ostaja v pristojnosti zdravnika, medicinska sestra pa bo še nadalje odgovorna le za izvajanje.

Navedeno kaže na povezanost sodobne tehnologije in *monopola nad specifičnim znanjem medicinske sestre* ter *odgovornost za izvajanje tehnološko podprtih zdravstvenih storitev.*

- *Vpliv sodobne tehnologije na prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev.* Uporaba sodobne tehnologije *ne vpliva* na večjo prepoznavnost zunanjih znakov, titule in poklica medicinske sestre, na prepoznavnost poklica medicinske sestre po delu, ki ga opravlja, na primerljivost poklica medicinske sestre z drugimi poklici.
- *Vpliv sodobne tehnologije na organiziranost poklica medicinske sestre.* Visoke šole in fakultete za zdravstvene vede uvajajo simulacijske centre, ki zagotavljajo visoko

tehnološko okolje za simulacije scenarijev aktivnosti v zdravstvu, zdravstveni negi in medicini ter centre za vseživljenjsko učenje, centre za e-učenje in poučevanje, centre za m(obilno)-učenje in poučevanje kot samostojne organizacijske enote fakultet in šol v okviru katerih nudijo sodobne študijske programe ter formalne in neformalne oblike učenja in poučevanja, ki jih narekuje sodobna tehnologija.

V javnih zdravstvenih zavodih, kjer se medicinske sestre najpogosteje zaposlujejo, nastajajo organizacijske enote za ravnanje in vzdrževanje tehnologij, ne da bi se stopnja organiziranosti spremenila.

Sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije se zavzema za izboljšanje pogojev dela in ureditev plač (npr. priznavanje nacionalnih poklicnih kvalifikacij in boljše plače za medicinske sestre v tehnološko zahtevnem področju npr. intenzivna nega in terapija), kar dobiva pridih *proletarizacije profesije* (Santrić, Abbott) in *dodatno slabi moč poklica*. ZZBNS razširja dejavnost (izobraževanje za pridobitev čisto konkretnih kompetenc za uporabo sodobnih tehnologij; pregled izobraževanj kaže, da je le-teh malo, za osnovno in začetno usposabljanje so pogodbeno zavezani, pa tudi zainteresirani proizvajalci drage medicinske opreme).

Sodobna tehnologija, ki se v zdravstvu uporablja, *zelo spreminja organiziranost* institucij za profesionalno izobraževanje, organizacij, kjer se medicinske sestre najpogosteje zaposlujejo (bolnišnice, zdravstveni domovi, socialni in drugi zavodi), sindikata in profesionalnega združenja. *Organiziranost teh organizacij je pod vplivom sodobne tehnologije vedno bolj zapletena, ne pa tudi višja.*

- *Vpliv sodobne tehnologije na razvitost profesionalne etike medicinske sestre.* Tehnologija kot vmesni dejavnik med poklicnim strokovnjakom in klientom povzroča vrsto novih etičnih vprašanj in dilem: omogoča npr. spreminjanje genskih procesov in manipulacijo mentalnih funkcij, strokovnjak pa se mora odločati med potrebami klienta, lastno strokovno presojo in določili države, kot skupinskim klientom, ki je glavni delodajalec za medicinske sestre in zdravnike v Sloveniji. Etična vprašanja in dileme povzroča tudi protislovje, ki se kaže med merili, ki jih za odločanje opredeljuje profesija, in tistimi, ki jih birokratsko vsiljuje organizacija. Ti konflikti se dotikajo tudi medicinske sestre, ki sicer ne odloča o nabavi, izbiri in uporabi tehnologije, vendar pa pri opravljanju svojega poklica v skrbi za druge reflektira svoja dejanja (pasivna vloga, je tiho, ne ugovarja, reflektira).

Naslednji pomemben dejavnik vpliva na nove etične dileme je *transparentnost tehnologije*, ki je pogoj, da se medicinska sestra posveti namenu uporabe tehnologije pri izvajanju tehnološko podprtih storitev (Heidegger 1997). Le tako lahko deluje skladno z normativnimi načeli profesionalne etike in v odnosu, ki temelji na *vzajemnem zaupanju* med njo in pacientom, uresničuje *pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost*, ki v moralnem smislu sestavljajo etiko skrbi in so osnova etičnega delovanja medicinske sestre.

Sodobna digitalna IKT, ki povzroča *digitalno senco slehernega posameznika*, zastavlja medicinski sestri *vrsto novih etičnih dilem*. Pri nastajanju digitalne sence je uporabnik zdravstvenih storitev *pasiven objekt* (npr. video nadzor v zdravstvenih zavodih, podatki o telefonskih in drugih komunikacijah, zapisi v elektronskih zdravstvenih kartonih in drugih bazah splošnih in zdravstvenih podatkov v mreži), saj *ni bil vprašan za dovoljenje o zbiranju teh podatkov in neomejenem arhiviranju*, še manj pa o *oblikovanju profila uporabnika*, ki ga ta tehnologija omogoča – *to predstavlja resno ogrožanje zasebnosti*.

Ocenitev vpliva sodobne tehnologije na delo medicinske sestre

Delo medicinske sestre se spreminja tako, da:

- *olajšuje delo medicinske sestre* (uporaba IKT npr.: uporaba KZZ, ICNP, računalniških programov za podporo izvajanja zdravstvene nege, interneta, e-pošte in virtualni obiski s pacienti),
- *nadomešča prejšnje delo* (uporaba biomedicinske tehnologije npr.: sistemov za fiziološki monitoring, kontrolo dajanja zdravil, terapevtskih sistemov, ventilatorjev, avtomatskih defibrilatorjev, genske terapije, robotov pri invalidnih osebah),
- *omogoča nove funkcionalnosti* (uporaba tehnologije znanja npr.: MZPZN, EMPZN, elektronske pametne kartice, ICNP, ekspertnih sistemov za ravnanje in odločanje v zdravstveni negi, baz podatkov, videokonferenčnih kamer za stalni nadzor nad pacientom na domu ter za postavljanje diagnoz).

Uporaba sodobnih tehnologij zahteva nove kompetence: poleg kompetenc pridobljenih z zaključenim študijem zdravstvene nege (K1) in na določenem delovnem mestu (K2) tudi nove kompetence (K3). Nove kompetence (K3) omogočajo medicinski sestri, da uporablja tehnologijo za namen, ki se dosega z uporabo le-te (Heidegger 1997), pridobivajo pa se po zaključenem

študiju zdravstvene nege, s pomočjo neformalnega in formalnega vseživljenjskega izobraževanja, reflektiranih delovnih izkušenj, po katerih se medicinska sestra uveljavlja kot ekspert zdravstvene nege.

Sodobna tehnologija vpliva na delitev dela v zdravstvu in zdravstveni negi, ta pa na nastanek vertikalne diferenciacije poklica medicinske sestre. Tako nastajajo:

- *elita* poklica medicinske sestre: obvladuje zagotavljanje storitev zdravstvene nege, nadzoruje izobraževanje na univerzah in drugih samostojnih zavodih ter usmerja glavni tok profesionalnih zadev;
- *specializacije*: biomedicinske informatike, informatike v zdravstvu in zdravstveni negi, tehnologije znanja in
- *množica perifernih skupin*, ki pacientom nudijo storitve pacientom neposredno.

(3) Smeri razvoja poklica medicinske sestre glede na tehnološke in družbene spremembe

V sociologiji profesij klasični in sodobni avtorji uvrščajo med glavne polprofesije medicinske sestre, knjižničarje, učitelje (v osnovni in srednji šoli) in socialne delavce (Wilensky 1964, Abbott 1988, Witz 1992, Santrić 1990, Schwirian 1998). Teoretiki profesij poskušajo naštevati lastnosti profesij in jih opisati. Pri tem najpogosteje navajajo obstoj določenih kvalitet in lastnosti profesij, ki naj jih poskušajo doseči poklici, da bi se v čim večji meri na kontinuumu poklic – profesija (occupation – profession) približali polnovredni profesiji.

Sodobni avtorji (kot npr. Abbott 1988) trdijo, da razvitost posameznih dimenzij, ki po *šolski teoriji profesij* karakterizirajo profesijo, *ne zagotavljajo avtomatskega razvoja polprofesije v polnovredno profesijo*. Abbott uporablja izraz *pomične stopnice* in trdi, da profesionalizacija poklicev ne predstavlja *pomičnih stopnic*, na katerih se poklic avtomatsko pomika k profesiji. Trdi tudi, da *pomičnih stopnic* ni. S tem bi se lahko strinjali, saj je iz zgodovine razvoja poklica medicinske sestre razvidno, da so se medicinske sestre med profesionalizacijo zdravstvene nege lotevale aktivnosti za dosego profesije enako kot druge že uveljavljene profesije (npr. zdravniki), pa niso postale profesije (v sistemu profesij) in verjetno tudi ne bodo.

Toda v tem ni nič slabega. Polprofesije in profesije ne *smemo razumeti vrednostno*, kot da bi profesije bile same po sebi dobre, polprofesije pa ne. *Gre za ekspertno, profesionalno delo, ki ga oboji opravljajo.*

Projekt profesionalizacije zdravstvene nege traja več kot sto let. Dosežene je bilo le nekaj avtonomije, sicer pa to področje še vedno obvladuje medicina (Macdonald 1995). *Glavno oviro predstavlja delitev dela v zdravstvu*. Medicina si je kot razvita profesija prilastila monopol nad večjim delom zdravstvenih storitev in na tej osnovi kontrolira večino dejavnosti drugih poklicev v zdravstvu, še posebno zdravstveno nego.

Poklic medicinske sestre je specifičen in bi ga težko primerjali s katerim koli drugim poklicem. Prežet je z veliko mero altruizma, osebne angažiranosti, odrekanja, odgovornosti in strogimi etičnimi normami. Poklic medicinske sestre je uvrščen med storitvene poklice v skrbi za druge (Macdonald 1995). Ker se pri poklicih za nudenje osebnih storitev v skrbi za druge poudarja skrb in je praksa bolj pomemben del kot ezoterično znanje, na katerem temeljijo identiteta, avtoriteta in monopol profesije, je na nek način razumljivo, da tako medicinska profesija kot uporabniki zdravstvenih storitev dvomijo, da bi se poklic medicinske sestre lahko uveljavil kot profesija.

Oviro za profesionalizacijo zdravstvene nege predstavlja tudi dejstvo, da sodi zdravstvena nega med *posredovalne dejavnosti*. Medicinske sestre se lahko zaposlujejo predvsem v državnih zdravstvenih službah. Medicinska profesija pa je postavljena med medicinske sestre in bolnišnico po eni strani, po drugi strani pa med medicinske sestre in državo. *To omejuje moč poklica medicinske sestre in ga postavlja v odnosu do drugih poklicnih skupin v slabši položaj*.

Možnosti za profesionalizacijo poklica medicinske sestre so relativno slabe, saj so *ugledni* poklici še vedno rezervirani za moške. Feminizacija poklica pa pomeni, da mu *slabi ugled v družbi*, ki ga izgublja tudi zaradi *številne delovne sile*. Ugled je sicer mogoče pridobiti s stratifikacijo samega poklica, vendar medicinske sestre pri tem nimajo veliko možnosti (Santrić 1990) (specializacije s področja medicine in tehnologij, prehod v menedžment pomenijo odmik od poslanstva poklica – deprofesionalizacijo).

Na kvaliteto zdravstvenih storitev medicinskih sester vplivajo mnogi dejavniki, med katerimi imajo osrednjo vlogo *interpersonalni odnosi* do bolnika/klienta, *partnerski odnos* kot *koterapevtsko sodelovanje* pri ohranjanju in povrnitvi zdravja, *interakcije med medicinsko sestro in bolnikom/klientom*, *socioprofesionalni odnosi* med medicinsko sestro in zdravnikom, *medpoklicno sodelovanje* v zdravstvenem timu in *zadovoljstvo z delom*.

Ker se profesionalno delo nenehno spreminja, bodo medicinske sestre iskale svoje mesto v *širšem socialnem in kulturnem okolju*, v *konkurenčnosti poklicev* in v *organizacijah, ki si med seboj konkurirajo*. Vse to pa zahteva obvladovanje vedno novih znanj, veščin in stališč ter

profesionalizem, zato mora postati osebna *motiviranost za vseživljenjsko učenje osrednja sestavina profesionalnega življenja medicinskih sester*, za kar bi moral biti zainteresiran tudi menedžment na vseh stopnjah.

Postavlja se vprašanje, ali je vztrajanje poklicne skupine za razvoj dimenzij, ki po klasični *šolski* sociologiji karakterizirajo profesijo, še smiselno, ali pa naj medicinske sestre pričnejo pridobivati kompetence, ki bi jim *zagotovile opravljanje poklica, višji družbeni vpliv, prestiž in plače*. Pri tem je potrebno upoštevati tudi nenehno *spreminjanje profesionalnega dela* in spreminjajočo se *tehnološko in družbeno delitev dela*.

Sodelovalni medpoklicni odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki so relativno slabo razviti, zato morajo biti aktivnosti medicinskih sester v večji meri usmerjene *tudi v skrb za sebe* (osebna in profesionalna samopodoba, vseživljenjsko učenje), ki bo presegla iskanje zunanjih vzrokov za okrnjeno medpoklicno sodelovanje.

Obstaja zgodovinska definicija, ki se nanaša na profesionalizacijo (proces oblikovanja) poklica, in dimenzionalna definicija poklica, ki vključuje strukturne elemente poklica, po katerih ocenjujemo njegovo razvitost.

Za preverjanje vpliva sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre po posameznih dimenzijah, ki karakterizirajo poklic medicinske sestre, je bila izbrana teorija profesij Turnerja-Hodgea, dopolnjena z dimenzijo profesionalne etike Šporerjeve.

Čeprav je ta teorija produktivna za empirično raziskavo, se je pokazalo, da je zelo pomanjkljiva za ocenjevanje razvoja poklica v polno profesijo in vpliva sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre, saj ne vključuje profesionalnega prestiža in plač, ki so nujen pogoj za polno profesijo.

V dimenzionalni definiciji Turner-Hodgea (1970), ki zajema štiri področja ali dimenzije (teorije in tehnike, monopol, prepoznavnost in organiziranost poklica), je bila dodana profesionalna etika kot peta dimenzija (Šporer 1990). Menimo, da etike ni potrebno uvesti kot samostojne dimenzije, saj jo upravičeno vključimo v znanje, veščine in stališča (teorije in tehnike), ne da bi zmanjšali pomen, ki ga ima etika pri opravljanju poklicnega dela.

V dimenzionalno definicijo poklica je bila vključena tudi tehnologija kot samostojna šesta dimenzija (Šercar 2005). To je lahko sprejemljivo v posebnem primeru informacijske znanosti, vendar so tudi tehnologija oz. znanje in veščine uporabe tehnologije za opravljanje

profionalnega dela sestavni del ekspertnega znanja in veščin. Vgrajene so v profesionalno delo z vsemi posledicami takega pristopa za interpretacijo preostalih treh dimenzij: monopola, prepoznavnosti in organiziranosti.

Pri ocenjevanju vpliva sodobne tehnologije na profesionalno etiko moramo upoštevati, da profesionalna etika ne sodi v dimenzije profesij po teoriji Turner-Hodgea kot posebna dimenzija. V doktorski disertaciji smo dimenzijo profesionalne etike (poleg argumentov, ki jih navaja Šporer) vključili tudi zaradi etičnega poslanstva poklica medicinske sestre.

Čeprav definiciji zdravstvene nege in poklica medicinske sestre ne vključujeta neposredno etičnega vidika (ICN in ZZBNS), izhajamo iz osnovnega poslanstva poklica medicinske sestre v skrbi za druge, ki pri nudenju storitev vključuje nežnost, empatijo ter deluje skladno z etiko skrbi.

Ugotovili smo, da z uvedbo sodobne tehnologije uvajamo tretji dejavnik med medicinsko sestro in klientom, ki ne prispeva k potrjevanju poslanstva poklica medicinske sestre.

Tudi Turner in Hodge bi v svojo teorijo vpeljala tehnologijo, če bi bila prepričana, da sodi v razvoj poklica. Enako velja za profesionalno etiko, saj gre za vidik, ki prežema vse dimenzije, ki po Turner-Hodgejevi teoriji karakterizirajo profesijo, in ne za samostojno dimenzijo. To pomeni, da je treba obravnavati ugotovitve vpliva sodobne tehnologije na profesionalno etiko ob upoštevanju zgornjih dejstev.

Uporaba sodobne tehnologije najpogosteje vpliva na delo medicinske sestre z etično negativnim predznakom in torej s tega vidika ne more prispevati k procesu profesionalizacije poklica medicinske sestre. Prav tako vpliv uporabe sodobne tehnologije na profesionalno etiko, ne glede na to, da terja dopolnitev etičnega kodeksa medicinskih sester z elementi informacijske etike in bioetike, ne prispeva k višji stopnji *etičnosti*. Z etičnega stališča se namreč poklic medicinske sestre pod vplivom sodobne tehnologije ne more razvijati, saj ne more biti etično še bolj vrednoten, kot je.

Pri doseganju ciljev povsem polnovredne profesije medicinske sestre pa so še vedno ovire predvsem:

- nejasna delitev dela med zdravniki in medicinskimi sestrami,
- (ne)doseganje poklicnih privilegijev priznanih od države,
- (ne)priznavanje zdravstvene nege kot samostojne znanstvene discipline,
- nejasne pristojnosti poklica medicinske sestre in s tem povezane odgovornosti,
- nizka stopnja avtonomije,

- relativno slaba profesionalna avtoriteta,
- opravljanje vedno več storitev podprtih s sodobno tehnologijo, ki zahtevajo specifična znanja, ki so izven področja zdravstvene nege, medicinske sestre postavlja v odvisno vlogo od medicine pa tudi od tehnologije,
- specializacije izven področja zdravstvene nege (informatika v zdravstveni negi, bioinformatika),
- zmanjševanje storitev zdravstvene nege, kot posledica uporabe sodobne tehnologije v zdravstvenem in zavarovalniškem sistemu,
- relativno slabo medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu,
- relativno nizek družbeni vpliv in plače in
- vpliv spolne segregacije na nižje plače in status v odnosu do moških.

Poklic medicinske sestre je prežet z veliko mero *altruizma*, osebne angažiranosti, odrekanja, odgovornosti in strogimi etičnimi normami. Uvrščen je med storitvene poklice *v skrbi za druge* (Macdonald 1995). Vendar pa altruizem medicinskih sester kot način delovanja obstaja le pogojno (Santrić 1990), saj so storitve medicinskih sester plačane, pravi altruizem pa ni poplačan z nagradami (Santrić 1990, Ule 2004). To verjetno izkoriščajo države po svetu za eno najštevilčnejših profesionalnih skupin (po ocenah 12 milijonov, od nerazvitega do visoko razvitega poklica). Primerljivost plač med medicinskimi sestrami in zdravniki kaže na občutne razlike v prid zdravnikom po svetu in tudi v Sloveniji. Tako so medicinske sestre (kot tudi druge storitvene polprofesije) ponovno ujete v *na nek način brezizhodni položaj*. Njihovo delo je slabo, le delno plačano (ostali delež plače naj bi pokrili/opravičili altruizem), s profesionalizacijo in visokimi plačami pa bi s tega vidika izginil profesionalni altruizem, ki v bistvu ne obstaja, kadar gre za plačano delo.

Na delitev dela znotraj poklica medicinske sestre najbolj vplivajo specializacije, in sicer tudi na proces *deprofesionalizacije*, saj povzročajo odmik tistih pripadnikov profesionalne skupine medicinskih sester, ki so se specializirali, od osnovnega področja v družbeni delitvi dela, ki ga opravljajo *medicinske sestre v neposrednem odnosu s klienti*.

Tako je npr. medicinska sestra specialist biomedicinske tehnologije ali specialist informatike primer deprofesionalizacije poklica medicinske sestre; medicinska sestra specialistka gerontološke, patronažne in perioperativne zdravstvene nege predstavlja drugo vrsto specializacije, tj. visoko profesionalizirano delo na določenem področju zdravstvene nege, ki pa v Sloveniji ne prinaša prestiža in plač, primernih za profesijo.

Uporaba nekaterih sodobnih IKT, predvsem e-pošte in interneta medicinski sestri omogoča, da svoje *profesionalno delo opravi lažje, hitreje in učinkoviteje, ne da bi se pri tem njen poklic bistveno spremenil.*

Uvajanje in uporaba sodobnih biomedicinskih tehnologij in IKT omogoča tudi povsem nove funkcionalnosti in pristope v zdravstveni negi:

- stalni nadzor nad pacientovim stanjem in postavljanje diagnoz na domu s pomočjo video konferenčne kamere;
- pametna kartica, ki omogoča koordiniranje zdravstvene nege, pravilne odločitve in zmanjšuje tveganja porabe in podvajanja storitev;
- internet kot globalna knjižnica in možnost *virtualnih obiskov* klientov ter dostop do e-vsebin na svetovnem spletu kot najučinkovitejšem načinu dostopa do le-teh;
- visoka decentralizacija informacijskih virov za izobraževanje (verbalna in vizualna komunikacija med študenti in učitelji v različnih okoljih preko računalniških omrežij);
- projekt človeškega genoma sploh ne bi bil mogoč brez sodobne računalniške tehnologije, saj ni izvedljiv s tradicionalnimi tehnologijami na papirju;
- različni internetni viri najsodobnejših spoznanj in dejstev za profesionalno opravljanje poklicnega dela zdravnikov in medicinskih sester za vsa področja zdravstva, vključno z zdravstveno nego (na dokazih temelječa klinična praksa);
- storitve zdravstva, vključno z zdravstveno nego, so bolj prenosljive, minimalno invazivne, trajajo kratek čas, z večjim funkcionalnim in stroškovnim učinkom;
- informacijske tehnologije in elektronski viri zaradi svoje dosegljivosti za vse omogočajo tudi pacientu/klientu, da brez zdravniške pomoči pride do podatkov in informacij, ki so potrebni za njihovo informirano privolitev na poseg in druge storitve, ki jih dokončno v partnerskem odnosu dogovarja z zdravnikom in medicinsko sestro;
- z genomskimi spoznanji lahko vsak posameznik izbere ustrezen življenjski stil in aktivnosti za preprečevanje predvidenih bolezni.

Ob razmišljanju o vplivu tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre izhajamo predvsem iz treh dejstev:

- vsaka profesija uporablja določeno tehnologijo, primerno naravi dela, ki ga opravlja;
- skladno s splošnim tehnološkim razvojem je naraščal tudi delež tehnologije, ki je vgrajen v profesionalno delo; v delo medicinske sestre v začetku ni bila vgrajena nobena tehnologija, danes pa je orodij veliko;

- danes je del dela skoraj vsake profesije tudi računalniško podprt oz. informatiziran.

Specifična biomedicinska tehnologija je odvisna od vrste specializacije dela medicinske sestre. Znanje in veščine funkcionalne uporabe specifične biomedicinske tehnologije so sestavni del ekspertnega znanja in veščin, ki so vgrajeni v profesionalno delo medicinske sestre.

Računalniško podprt del profesionalnega dela lahko uspešno izvajajo samo tisti pripadniki poklicne skupine, ki obvladajo znanja in veščine informatike, ki se uporablja v določenem področju medicine. Medicinska področja se med seboj tehnološko zelo razlikujejo, zato ima tehnologija različen pomen oz. vpliv. S tehnološkega vidika se kardiologija in transplantantna kirurgija, ki sta visoko tehnološki področji, zelo razlikujeta od področja duševnega zdravja ali gerontologije.

Vpliv tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre je odvisen tudi od specializacije znotraj medicine. Za uspešno opravljanje dela medicinske sestre v nekem visoko tehnološkem področju medicine so potrebne ustrezne kompetence za uporabo visoko sofisticiranih naprednih tehnologij.

Pridobivanje kompetenc je tesno povezano z izobraževanjem, s tem pa je povezano ključno vprašanje, kdaj, kje in kako lahko medicinska sestra pridobi dodatna potrebna znanja za uporabo vedno novih visokih tehnologij. Za organizacijo in izvajanje pridobivanja dodatnih znanj in veščin s področja uporabne informatike in informacijske znanosti so odgovorne izobraževalne institucije, strokovna društva, posamezniki, ki znanja želijo pridobiti, in delodajalci, ki potrebujejo visoko kvalificirane kadre.

Razvoj poklica medicinske sestre se bo vsekakor nadaljeval.

Prihodnost poklica medicinske sestre je odvisna od spreminjajočega se profesionalnega dela v kompleksnem kontekstu socialnih in kulturnih sil ter drugih konkurenčnih poklicev in konkurenčnih organizacij ter dobrin.

V kontekstu tehnoloških sprememb v zdravstvu in odnosu tehnologije do konkurenčnih virov ekspertnega znanja se tudi v zdravstveni negi kaže, kot možnost, *federalna profesija* (pojem je uvedel Abbott in ga pojasnjuje na primeru knjižničarstva, Kolenc 2000).

Prednost federalne profesije je *učinkovita prilagoditev spremembam*, ki jih narekuje sodobna tehnologija. Federalne profesije se odrekajo absolutni zaprtosti glede priznavanja izobrazbe,

monopolu nad storitvami, osebni avtonomiji, s tem pa tudi možnosti za višji status. Pridobijo pa *sposobnost vsrkavanja novih (manjših) področij*, ki jim predstavljajo izziv, in preživetja v naglo se spreminjajočih okoljih, kar tradicionalni specialisti ne zmorejo (Abbott 1988).

Kot primer naj navedemo simulacije v visoko tehnološko opremljenih simulacijskih centrih (v edukativnem procesu), ki jih lahko uspešno vodi le *ekspert tehnolog*. Drug tak primer je *ontobroker*, specializirani ekspert za iskanje informacijskih virov po internetu in svetovnem spletu pri kliničnem in raziskovalnem delu medicinske sestre (Kolenc in drugi 2003).

Vpliv sodobne tehnologije na spreminjanje profesionalnega dela medicinske sestre narekuje nove *specialiste tehnologe* s področja naravoslovnih, tehniških in tehnoloških ved, s katerimi medicinske sestre, tudi specialistke, *ne morejo tekmovati za delo*, ki pa ga medicinske sestre kljub specializaciji s področja biomedicinske tehnologije ne morejo v popolnosti opravljati, saj jih le-ta usposablja za uporabo in rokovanje s temi tehnologijami. Prestop meje v smeri prispevanja k razvoju in evalvaciji teh tehnologij pa bi pomenil tudi prestop v drugo profesijo, tj. v profesijo biomedicinskega tehnologa oz. informatika.

Tehnološko podprte zdravstvene storitve se *odmikajo od poslanstva poklica medicinske sestre v skrbi za druge (po definiciji)*, specializacije s področij tehnologij pomenijo beg od neposredne zdravstvene nege bolnika, v *kvazi-profesionalizacijo*, v *deprofesionalizacijo poklica medicinske sestre*.

Eksperte tehnologe je potrebno dodatno educirati tudi zaradi boljših medpoklicnih sodelovalnih odnosov.

Primeren se zdi *alternativni, fleksibilni sistem za pridobivanje in priznavanje specialnih, ciljnih kompetenc* s področja zdravstvene nege (npr. vsebine zdravstvene nege, profesionalne etike in etike skrbi ter komunikacijskih kompetenc, kot obvezne vsebine in ciljne kompetence za konkretno delo), ki bi ga medicinske sestre lahko uvedle za navedene eksperte: (a) *izven izobraževalnih institucij* ali pa (b) *v okviru centrov za vseživljenjsko učenje*, kot organizacijskih enot izobraževalnih institucij za zdravstveno nego, kot *sistem kooperativnega izobraževanja* (WACE 2005) in z metodo *medpoklicnega kooperativnega učenja s pridobitvijo certifikatov*. Razmišljati kaže tudi o možnosti *licenciranja* tako pridobljene ciljne usposobljenosti in *strokovnem nadzoru* tega novega (reguliranega) poklica v sestavi federalne profesije medicinske sestre.

V tovrstno ciljno pridobivanje kompetenc bi npr. lahko zajeli tudi zdravstvene tehnike in druge kadre z vsaj visokošolsko izobrazbo, motivirane za *skrb in delo z ljudmi* (kadrovsko-psihološka testiranja in druge selektivne metode), za določena delovna mesta. Potencialne kandidate bi lahko kadrovali iz baze zbornice in zaposlenih zdravstvenih delavcev s srednješolsko izobrazbo (nadgraditveno pridobivanje ciljnih kompetenc), druge poklice z vsaj visokošolsko izobrazbo (prekvalifikacije) pa iz baze nezaposlenih in upokojenih prebivalcev.

Medpoklicno kooperativno pridobivanje ciljnih kompetenc za opravljanje konkretnega dela bi prispevalo k izmenjavi izkušenj, medpoklicnem sodelovanju in profesionalni socializaciji.

Enako kot smo opisali možen *razvoj zdravstveno-negovalno-tehnološkega poklica* velja razmišljati o novem *zdravstveno-negovalno-socialno-skrbstveno-svetovalno-informacijsko podprtem poklicu*.

Zaradi povečanega deleža starejše populacije in napovedanega velikega pomanjkanja medicinskih sester (večanje povprečne starosti, upokojitve) in povečanih potreb po zdravstveno-negovalno-socialno-skrbstveno-informacijskih storitvah v Evropi in svetu, bomo tudi v Sloveniji morali razmišljati o kadrovskih pogojih za zagotovitev teh storitev. Po zadnjih znanih statističnih podatkih (SURSTAT 2007) je v Sloveniji konec leta 2006 živel 2.010.377 prebivalcev, izvajalcev zdravstvene nege je bilo 15.505, od tega 3.804 ali 24,5 % medicinskih sester (nosilcev zdravstvene nege), kar pomeni, da je samostojno zdravstveno nego lahko opravljala ena medicinska sestra za 528,5 prebivalcev Slovenije. Napovedanega in (obstoječega) kadrovskega deficita medicinskih sester (verjetno) ne bodo nadomestili prihajajoči diplomanti, kljub povečanju števila šol in vpisnih mest za zdravstveno nego.

Verjetno bo potrebno odpreti *diskusijo na to temo tudi širše*, saj omenjena problematika poklica medicinske sestre, ki je vpeta v vse pore življenja, skrbi in politike ni značilna le za Slovenijo, saj ima mednarodne razsežnosti (Centers for Medicare and Medicaid Services 2001, Royal College of Nursing 2009).

To je *drzno* razmišljanje o poklicu medicinske sestre, ki se kot klasičen poklic bori za svoje mesto v družbeni delitvi dela po zgledu že uveljavljenih profesij, npr. medicine – po neke vrste asociacijskem profesionalizmu 19. stoletja (Abbott 1988). Vendar pa analiza prihodnosti poklica medicinske sestre ne vključuje neposredno posameznikov, ki so trenutno v poklicu, prihodnost poklica pa je zelo kompleksna in polna naključij.

Iz povedanega *se izrisuje razvoj poklica medicinske sestre*, ki v prerivanju za opravljanje tehnološko podprtih zdravstvenih storitev izgublja boj s tehnologi v dveh smereh: po definiciji gre za odmik od osnovnega poslanstva poklica – za *deprofesionalizacijo* in za *ново podrejeno, odvisno vlogo poklica medicinske sestre od tehnologa*. Doslej so se s tem problemom medicinske sestre srečevale le na področju medicine, tehnologija pa jih dodatno podreja; gre torej za dve vrsti podrejenosti: (a) *medicini (zdravnikom) in tehnologiji (tehnologom)*, kar ponovno potrjuje *usodo polprofesij v sistemu profesij in (b) profesionalno delo se pod vplivom tehnologije spreminja in je edino, ki zares šteje, vendar to ni več avtonomno delo medicinske sestre (po definiciji)*.

Zaradi visokih stroškov in povečanih potreb po tehnološko podprtih zdravstvenih storitvah so države, zdravstveni sistemi, zavarovalnice in menedžment v delovnih organizacijah zainteresirani za *prenos teh storitev na cenejšo delovno silo, tj. medicinske sestre*. Medicinske sestre pa v tem vidijo višjo stopnjo profesionalizma, preseganje spolne segregacije, bolj superiorno vlogo v družbi (opravljanje tehnološko podprtih storitev, ki pa v zdravstvu predstavlja inferiorno vlogo za medicinske sestre), višji profesionalni prestiž, v bistvu pa gre za *kvazi-profesionalizacijo*. Tudi v slovenskem prostoru so aktivnosti za prenos teh storitev v teku.

Predlog za nove razdelitve nalog v zdravstvu (EESO 2009): prenos tehnološko podprtih zdravstvenih storitev s področja medicine na področje zdravstvene nege, za katere je zainteresiran menedžment v zdravstvu (ekonomski interes) in medicinske sestre ne prispeva k profesionalizaciji poklica medicinske sestre; cilj je pocenitev storitev, ki jih opravljajo cenejši kadri.

Pridružujemo se mnenju Evropskega ekonomsko-socialnega odbora (EESO 2009), *da bi bila boljša rešitev izboljšanje uskladitve, optimizacija procesa in mreženje ob hkratnem izboljšanju prožnosti pri razdeljevanju nalog*, ter mnenju, *da je izredno pomembno opraviti ustrezno usposabljanje, da se prepreči upadanje kakovosti zdravljenja*.

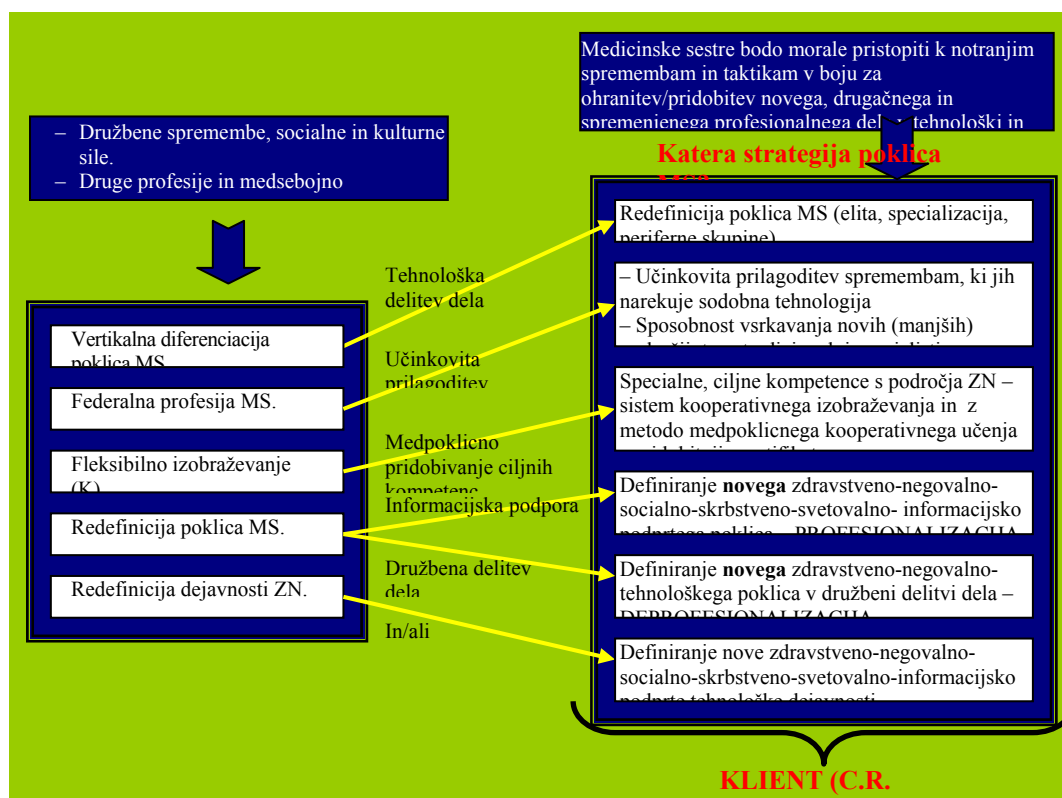
Opozoriti kaže na nujnost etičnega vidika že pri razvoju sodobne tehnologije (tehnologi, etične komisije), pri uporabi pa na varovanje podatkov (medicinske sestre, drugi zdravstveni delavci).

Postavlja se vprašanje, ali so medicinske sestre specialistke npr. zdravstvene informatike, bioinformatike *sploh še medicinske sestre*? Gre za *deprofesionalizacijo poklica medicinske sestre* ali morda za *nov poklic* v družbeni delitvi dela?

Opisane razmere narekujejo:

- *Redefiniranje poklica medicinske sestre* (sedaj je definiran kot generalist) skladno z *vertikalno diferenciacijo* (elita, specializacije, periferne skupine), ki jo je ustvarila *tehnološka delitev dela*.
- *Redefiniranje zdravstvene nege in/ali definiranje nove zdravstveno-negovalno-socialno-skrbstveno-svetovalno-informacijsko podprte tehnološke dejavnosti*.
- *Definiranje novega zdravstveno-negovalno-socialno-skrbstveno-svetovalno-informacijsko podprtega poklica*.
- *Definiranje novega zdravstveno-negovalno-tehnološkega poklica v družbeni delitvi dela*.

Shema 5.9: Prihodnost poklica medicinske sestre



Čas bo pokazal, ali je koncept *federalne profesije* za zdravstvene profesije ustrezná rešitev. Prihodnost poklica medicinske sestre je odvisna od tega, kaj se bo dogajalo s spreminjajočim profesionalnim delom medicinske sestre, z drugimi konkurenčnimi poklici in konkurenčnimi organizacijami. Medicinske sestre bodo *morale pristopiti k notranjim spremembam in taktikam v boju za ohranitev/pridobitev novega, drugačnega in spremenjenega profesionalnega dela v tehnološki in družbeni delitvi dela*.

Kljub že obstoječemu in napovedanemu pomanjkanju medicinskih sester se bodo morale tudi v prihodnosti boriti za svoje mesto v tehnološki in družbeni delitvi dela, saj je sistem *profesij svet potiskanja in prerivanja dobljenih in izgubljenih bitk* (Abbott 1988).

Tudi upravljanje zadev za *ciljne skupine pacientov v omrežju zdravstvene nege* predstavlja nove možnosti za medicinske sestre (menedžment omrežij – *deprofesionalizacija*; specializacije in periferne skupine za nudenje storitev ciljnim skupinam pacientov – *profesionalizacija poklica medicinske sestre*).

Naslednji izziv predstavlja *relokacija skrbi in vzpostavitev koncepta skrbnega državljanstva* (Sevenhuijsen 2003), odpirajo se nove možnosti za *zdravstveno-negovalno-socialno-skrbstveno-svetovalno-informacijsko podprt poklic, npr. v skupnostnih socialnih omrežjih* (Gilchrist 2004 v Mandič in Hlebec 2005) – *skrb za zdravje kot skupna vrednota skupnostnih omrežij*.

Negovalne bolnišnice bodo predstavljale bazo za *profesionalizacijo elite* (razen top menedžmenta na ravni zavoda), *specializacij in perifernih skupin poklica medicinske sestre z izjemo tehnološko podprtega profesionalnega dela*.

Spreminjanje profesionalnega dela in razmerij v medpoklicnem in medsektorskem sodelovanju vključno z uporabniki zdravstvenih, negovalnih in socialnih storitev (Reynolds 2007) narekuje *novi poklicni identiteto*, zahteva pa tudi *redefinicijo tima (zdravstveno-negovalno-socialno-skrbstvenega) v katerem enakovredno sodeluje uporabnik/klient* (C.R. Rogers).

Prihodnost poklica medicinske sestre je zelo kompleksna in polna naključij. *Ključni izziv za poklic kot celoto je v zajemanju predvsem številnih informacijskih tehnologij prihodnosti in skupin, ki jim strežejo* (Abbott 1988). To zajemanje se lahko konča tudi z redefiniranjem poklica medicinske sestre.

GLAVNI POUČENKI

- Sodobna tehnologija (biomedicinska, IKT in tehnologija znanja) *ne vpliva* na razvitost teorij in tehnik zdravstvene nege, monopola nad strokovno dejavnostjo oz. ekspertizo zdravstvene nege in prepoznavnost poklica medicinske sestre med uporabniki zdravstvenih storitev. Izjemi sta *organiziranost poklica medicinske sestre in profesionalna etika*.

- Sodobna tehnologija *zelo spreminja delo medicinske sestre*, vendar posledice vpliva tehnologij na delo ne prispevajo k razvoju (profesionalizaciji) poklica medicinske sestre kot polne profesije.
- Skladno s tem je treba *sodobno tehnologijo upoštevati v raziskavah*, ki se nanašajo na delo medicinske sestre, medtem ko *ni upravičeno uvesti tehnologije kot samostojne dimenzije profesije* po Turner-Hodgevi teoriji, dopolnjeni s profesionalno etiko (Šporer) medicinske sestre.
- Delo medicinske sestre je vedno bolj kompleksno in zahteva nove kompetence, kljub temu pa *spremembe dela medicinske sestre pod vplivom sodobne tehnologije ne vplivajo bistveno na status in plače poklica medicinske sestre*, ki so pogoj za polno profesijo. Izjema so specialisti za biomedicinsko tehnologijo, informatiko in tehnologijo znanja v zdravstveni negi ter specialisti klinične dietetike.
- Biomedicinska tehnologija vpliva na delo medicinske sestre tako, *da je delo vedno bolj zapleteno*, zato zahteva nova stališča, znanja in spretnosti (*nove kompetence*) in s tem povezano na uporabo sodobne biomedicinske tehnologije usmerjeno izobraževanje in *vseživljenjsko učenje*.
- Biomedicinska tehnologija zagotavlja nove funkcionalnosti in vedno kakovostnejše storitve zdravstvene nege.
- *Spreminjanje dela samo po sebi še ne prispeva k profesionalizaciji poklica medicinske sestre*.
- Teorija profesij Turner-Hodgea dopolnjena z dimenzijo profesionalne etike (Šporer) se je pokazala kot *učinkovita za empirično raziskavo merjenja razvitosti posameznih dimenzij profesije*.
- Za ocenjevanje razvoja v polno profesijo in vpliva sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre se je izkazala kot *zelo pomanjkljiva*, saj ne vključuje:
 - *v svojem horizontu izrecnega stališča do tehnologij*, ki vplivajo na tehnološko delitev dela in brez katerih se nobeno profesionalno delo ne more opravljati ,
 - *prestiža in plač* pripadnikov profesionalne skupine, ki so pogoj za polno profesijo.

- *Prihodnost poklica medicinske sestre je odvisna predvsem od tega, kaj se bo dogajalo z nenehno spreminjajočim se profesionalnim delom v kontekstu tehnoloških in družbenih sprememb ter v kontekstu drugih konkurenčnih poklicev.*
- *Profesija medicinske sestre bi morala pristopiti k notranjim spremembam in se z različnimi taktikami boriti za profesionalno delo v družbeni delitvi dela.*
- *Možne strategije se kažejo v uvedbi federalne profesije medicinske sestre, alternativnem sistemu za pridobivanje in priznavanje kompetenc (fleksibilna ponudba izobraževanja) redefiniranju poklica medicinske sestre in redefiniranju dejavnosti zdravstvene nege.*

ODPRTA VPRAŠANJA ZA RAZISKOVANJE:

- *Kako zagotoviti dovolj ustrezno izobraženih in usposobljenih medicinskih sester za zdravstveno-negovalno-socialno-skrbstveno-svetovalno ter hkrati tehnološko kompetentno in odgovorno nudenje zdravstvenih storitev ob napovedih velikega pomanjkanja zdravstvenih delavcev, povečanem deležu starejše populacije, povečanih potrebah po kurativnem in preventivnem zdravstvenem varstvu, novi svetovalni vlogi medicinske sestre in mreženju zdravstvenih storitev?*
- *Katere strategije poklica medicinske sestre bi bile najbolj primerne za razvoj poklica medicinske sestre v spremenjenih socialnih in kulturnih silah, vplivu drugih profesij in drugih načinov zagotavljanja strokovnega znanja v Sloveniji?*

Uporabnost rezultatov raziskovalnega dela ni vedno neposredno razvidna. Marsikatera ideja ni bila ob svojem nastanku videti prav nič koristna. Za uporabnost velja še to pravilo: čim bolj je kak odgovor neposredno uporaben, tem ožje je področje njegove uporabnosti (Pečjak 2001: 82).

LITERATURA

Abbott, Andrew. 1988. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.

Abecednik.com. 2009. *Servilen odnos*. Dostopno prek: <http://s.abecednik.com/servilnost.html> (2. september 2009).

Adam, Frane. 1992. Pomen profesionalizacije politike v kontekstu modernizacije političnega sistema (Fragmentarni oris). V *Politika kot poklic*, ur Frane Adam, 7–18. Ljubljana: Krt.

Argyris, Chris in Donald Schön. 1974. *Theory and Practice: Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Auerbach, Jerrold S. 1976. *Unequal Justice: Lawyers and Social Change in Modern America*. New York: Oxford University Press.

Babić Bosanac, Sonja. 1990. Etička pravna odgovornost medicinskih sestara. *Žena* 48 (1–2): 76–86.

Bačovič Dolinšek, Olivera. 2007. *9Korakov učinkovitega komuniciranja – pot prosvetljevanja*. Ljubljana: Slovensko društvo za odnose z javnostmi & Informa Echo.

Bohinc, Marija in Miro Gradišar. 1999. Informacijska zasebnost pacientov v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege* 33: 239–242.

Brumec, Viljem. 2008. *Kratka zgodovina medicine*. Maribor: Založba Pivec.

Centers for Medicare and Medicaid Services. 2001. *Appropriateness of minimum nurse staffing ratios in nursing homes: Report to Congress, Phase I*. Baltimore, MD: Author.

Clarke, Adele E.; Janet K. Shim, Laura Mamo, Jannifer Ruth Fosket in Jannifer R. Rishman, R. 2004. Biomedicalisation: Techno–Scientific Transformations of Health, Illness and U.S. Biomedicine. V *The Sociology of Health and Illness. Critical perspectives*, ur. Peter Conrad, 442–455. New York: St. Martin's Press.

Clarke, John; Janet Newman, Nick Smith, Elizabeth Vidler in Louise Westmarland. 2007. *Creating Citizen – Consumers: Changing Public, Changing Public Services*. London: Sage.

Clarke, Steve. 2001. Earning of man and women in the EU: The gap narrowing but only slowly. *Statistic in focus* 5: 1–6.

Collins, R. 1979. *The credential society: an historical sociology of education and stratification*. New York: Academic Press.

Curran, Christine. 2003. Managing Information and Technology: Caring and Communicating with Computers. V *Leading and Managing in Nursing*, ur. Patricia S. Yoder-Wise, 191–215. St. Louis, Missouri: Mosby.

- Cvetek, Slavko. 2005. *Poučevanje kot profesija, učitelj kot profesionallec*. Didakta, Radovljica.
- Čatić, I. 1997. Neke dimenzije tehnike, tehnologije i kulture. *Polimeri* 18 (1–2): 71–78.
- Different worlds – different values. 2001. *Highlighting pay differentials between women and men*. Government Offices Sweden. Scb–Trysk, Örebro 10.
- Dolenc, Anton. 1993. *Medicinska etika in deontologija*. Ljubljana: Založba Tangram.
- Dolenc, Anton. 1996. Pouk medicinske deontologije na Medicinski fakulteti v Ljubljani. V *Profesionalna etika pri delu z ljudmi*, gl. ur. Ludvik Toplak, 231–240. Univerza v Mariboru: Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno v Ljubljani.
- Dornik, Ema. 2002. *Vpliv sprememb v izobraževanju medicinskih sester v Sloveniji na objavljane v njihovem strokovnem glasilu*. Magistrsko delo. Univerza v Ljubljani Filozofska fakulteta Oddelek za bibliotekarstvo, informacijsko znanost in knjigarstvo.
- Elektrokardiografija*. Dostopno prek: <http://sl.wikipedia.org/wiki/Elektrokardiografija> (8. december 2008).
- Enciklopedija Slovenije*. 1999. Ljubljana: Mladinska Knjiga.
- Etzioni, A. 1964. *Modern Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice–Hall.
- Evans, R. I. 1975. *Carl Rogers: The Man and His Ideas*. New York: Dutton.
- Evropska unija. Evropski parlament. 2005. *Direktiva 2005/36/ES Evropskega parlamenta in sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij*, sprejeta 7. september 2005.
- Evropski ekonomsko-socialni odbor. 2009. *Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora o Zeleni knjigi o evropskih delavcih na področju zdravja*. Bruselj: Evropska unija. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/esc_sl.pdf (17. september 2009).
- EU–TeleInVivo–3D Ultrasound Telemedical Workstation*. 2001. European Commission Telematics Technologies Programme Project #HC 4021. Dostopno prek: <http://www.igd.fhg.de/teleinvivo/> (15. november 2008).
- Filej, Bojana. 2003. Pomen enotne terminologije zdravstvene nege v procesih globalizacije. V *4. kongres zdravstvene nege: Globalizacija in zdravstvena nega*, ur. Bojana Filej, Petra Kersnič, Peter Požun, Klaudija Urbančič in Danica Železnik, 35–40. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Freidson, Eliot. 1970. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press.
- Freidson, Eliot. 1986. *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot. 1994. *Professionalism Reborn Theory, Prophecy and Policy*. Polity Press, Chicago.

Goode, William J. 1957. Community within a Community: The Professions. *American Sociological Review* 22: 194–200.

Grbec, V. 1997. Obzornik zdravstvene nege praznuje tridesetletnico. *Obzornik zdravstvene nege* 31 (5–6): 183–185.

Greenwood, Ernest. 1957. Attributes of a profession. *Social Work* 2: 5-45.

Grošelj, S. 1999. Povprečna mesečna bruto plača za določene poklice, Slovenija 1997. *Statistične informacije*, Ljubljana, 1–8.

Halliday, Terence C. 1989. Legal professions and politics: neocorporatist variations on the pluralist theme of liberal democracies. V *Lawyers in Society, vol. 3: Comparative Theories*, ur. Richard L. Abel in Philip S. Lewis, 375–426. Berkeley: University of California Press.

Haywood, Trevor. 1997. *Info-bogataši – Info-reveži: Dostop in izmenjava v globalni informacijski družbi*. Maribor. IZUM.

Heath, C., P. Luff in M. S. Svensson. 2003. Technology and medical practice. *Sociology of Health and Illness* 25: 75–96.

Heidegger, Martin. (1997). *Bit in čas*. Ljubljana. Slovenska matica.

Hindle, Don, Anne – Marie Yazbeck in Jana Wahl. 2004. Klinične poti v 17 državah EU: pregled mnenj strokovnjakov. *Zdravstveni vestnik* 73: 839–845.

Hjørland, B. 2002. Domain analysis in information science. Eleven approaches – traditional as well as innovative. *Journal of Documentation* 58 (4): 422–462.

Howe, David. 2009. *A rural ambulance service with leverage*. Dostopno prek: <http://www.hhs.state.ne.us/newsletters/> (30. september 2009).

Hughes, E. C. 1958. *Men and their Work*. New York: Free Press.

Iljaž, Rade in Emil Hudomalj. 2007. Elektronski posvet med zdravstvenim osebjem in uporabnikom zdravstvene storitve. *Informatika Medica Slovenica* 12 (1): 24–33.

Institut informacijski znanosti Maribor. 2009. *Etično upravljanje prihajajočih tehnologij – Novi vidiki upravljanja z vključevanjem etike v tehnične razvojne projekte in aplikacije EGAIS – The Ethical Governance of Emerging Technologies*. Dostopno prek: http://home.izum.si/COBISS/OZ/2009_1-2/html/clanek_10.html (2. september 2009).

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. 1993. Razmejitev zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege* 27: 1–43.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. 2007. Zdravstveni statistični letopis. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja. Dostopno prek: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1627-18_Zdravstvene_ole_2007.pdf (22. oktober 2009).

- International Confederation of Midwives. 2005. *Mednarodni kodeks etike za babice ICM 1999 – prevod. Utrip* 13 (3): 41–42.
- International Council of Nurses. 2003. Definicija zdravstvene nege Mednarodnega sveta medicinskih sester. *Utrip* 11 (1): 12.
- International Council of Nurses. 2004. Mednarodni svet medicinskih sester predlaga usmeritve o globalnih kompetencah medicinske sestre. *Utrip* 12 (7–8): 11–24.
- International Councils of Nurses. 2008a. Genetika in zdravstvena nega. Izjava ICN. *Utrip* 16 (12): 17.
- International Councils of Nurses. 2008b. Informatika zdravstvene nege. Izjava ICN. *Utrip* 16 (12): 18.
- International Council of Nurses. 2009a. Mednarodni svet medicinskih sester napoveduje izdajo druge verzije Mednarodne klasifikacije prakse zdravstvene nege (ICNP). *Utrip* 17 (9): 32.
- International Council of Nurses. 2009b. Zadeve zdravstvene nege – Nursing Matters. *Utrip* 17 (7-8): 29–30.
- Isola, Arja. 2008. *Znanost, filozofija in teorije zdravstvene nege*. Magistrski študijski program Zdravstvena nega. Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede. Dostopno prek: <http://www.fzv.uni-mb.si> (15. december 2008).
- Ivanuša, Antonija in Danica Železnik. 2002. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Visoka zdravstvena šola Maribor.
- Ivanuša, Antonija in Danica Železnik. 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.
- Jackson Lears, T. J. 1983. From salvation to Self-Realization: Advertising and the Therapeutic Roots of the Consumer Culture, 1880–1930. V *The Culture of Consumerism: Critical Essays in American History*, ur. Richard Wightman Fox in T. J. Jackson Lears, 1880–1980. New York: Pantheon Books, 1983, 4.
- Johnson, Terence. 1972. *Professions and Power*. London: Macmillan.
- Kersnič, Petra. 2005. Kronika dogodkov v marcu 2005. *Utrip* 13 (4): 6.
- Klemenc, Darinka. 2008. Poklicnim aktivnostim in kompetencam v zdravstveni in babiški negi na pot. *Utrip* 16 (11): 4.
- Klemenc, Darinka. 2009. Posvet o zdravju kot vrednoti v luči nove zakonodaje pri predsedniku Republike Slovenije dr. Danilu Türku. *Utrip* 17 (10): 4-5.
- Kodele, Drago, Franc Košir, Dorjan Marušič in Marjan Sušelj. 2005. *e-Zdravje 2010, Strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema 2005–2010*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Dostopno prek: <http://www.ris.org/uploadi/editor/1130935067OsnetekeZdravje2010-01.pdf> (16. novembra 2008)

Kokol, Peter. 2005. *Informatika v zdravstveni negi. Dodiplomski strokovni študijski program Zdravstvena nega*, ur. Dušanka Mičetić Turk, Danica Železnik in Ljudmila Kolenc, 27–28. Univerza v Mariboru Visoka zdravstvena šola.

Kolenc, Ljudmila. 2000. *Profesionalizacija poklica medicinske sestre*. Magistrsko delo. Univerza v Ljubljani Fakulteta za družbene vede.

Kolenc, Ljudmila. 2001. Plače kot kriterij profesionalizma – primer medicinskih sester. Management in globalizacija. 20. *Znanstveno posvetovanje o razvoju organizacijskih ved, zbornik posvetovanja z mednarodno udeležbo*, Univerza v Mariboru Fakulteta za organizacijske vede.

Kolenc, Ljudmila, Bojan Oštir in Tvrtnko Šercar. 2003. The need for a new professional ontobroker specialization in the digital environment. V *7th World Multiconference on Systemics, Cybernetics and Informatics [also] SCI 2003*, ur. Nagib Callaos, 59–62. Orlando, Florida, USA: International Institute of Informatics and Systemics.

Kolenc, Ljudmila. 2006. *Model prekrivanja kompetenc*. Prispevek brez natisa. Predavanja: Sociologija zdravja in bolezni. Visoka zdravstvena šola Univerze v Mariboru.

Komisija Evropskih skupnosti. 2008. *Zelena knjiga o evropskih delavcih na področju zdravja*. Bruselj: Evropska unija. Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:SL:PDF> (18. julij 2009).

Kooperativno učenje. Dostopno prek: <http://www.pro-skills.eu/> (2. september. 2009).

Kralj, Božo. 2004. Ob 250-letnici Babiške šole v Ljubljani - zgodovinski oris. *Obzornik zdravstvene nege* 38: 7–11.

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

Kuhar, Roman. 2003. Labirinti skrbi – Pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko. *Teorija in praksa* 40 (6): 1188–1191.

Kuhlmann, Ellen. 2009. From Women's Health to Gender Mainstreaming and Back Again: Linking Feminist Agendas and New Governance in Healthcare. *Current Sociology* 57: 135–154.

Kuhlmann, Ellen, Judith Allsop in Mike Saks. 2009. Professional Governance and Public Control: A Comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany. *Current Sociology* 57: 511–528.

Kurzweil, Edith. 1989. *The Freudians: A Comparative Perspective*. New Haven, Conn: Yale University Press.

Kvas, Andreja. 2001. Stališča medicinskih sester v Sloveniji do izobraževanja. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 84–95. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

- Kvas, Andreja. 2003. Predstavitev raziskave "Zdravstvena nega v luči etike". V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor in Jana Šmitek, 203–212. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Kvas, Andreja in Janko Seljak. 2004. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Larson, Magalí S. 1977. *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Lobe, Bojana. 2006. Združevanje kvalitativnih in kvantitativnih metod – stara praksa v novi preobleki? *Družboslovne razprave* 22 (53): 55-73.
- Long, A. F. 2002. Foreword: some challenges in doing evidence-based practice. V *Evidence-informed nursing: a guide for clinical nurses*, ur. I. R. McSherry, M. Simmons in P. Abbott, 25-28. London: Routledge.
- Lubej, Miro, Majda Pahor, Martin Bauer, Kristina Likar, Geli Hajdinjak, Vera Štebe in Gabrijela Gaber. 1994. Razvoj Visoke šole za zdravstvo in njenih programov. V *Razvoj visokega strokovnega šolstva v Republiki Sloveniji*, ur. Pavel Zgaga, 243–248. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport.
- Macdonald, Keith, M. 1995. *The sociology of the professions*. London. Thousand Oakas, New Delhi. SAGE.
- Machlup, Fritz. 1980. *Knowledge: its creation, distribution and economic significance, vol. II. the Branches of learning*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Mandič, Srna in Valentina Hlebec. 2005. Socialno omrežje kot okvir upravljanja s kakovostjo življenja in spremembe v Sloveniji med letoma 1987 in 2002. *Družboslovne razprave* 21 (49/50): 263–285.
- Marić, J. 1988. *Medicinska etika (četrto izd.)*. Beograd: Naučna knjiga.
- Matcha, Duane, A. 2000. *Medical Sociology*. Massachusetts: A. Pearston Education Company.
- May, R. Rollo. 1987. Theory in Our Day. V *The Evolution of Psycho-therapy*, ur. Jeffrey K. Zeig, 212. New York: Bournier/Mazel.
- Maze, Hilda. 2008. *Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici*. Magistrsko delo. Univerza v Mariboru Fakulteta za organizacijske vede Kranj.
- Mednarodna klasifikacija za prakso zdravstvene nege (ICNP®)*. 2006. Dostopno prek: <http://www.zbornica-zveza.si> (10. april 2008).
- Ministrstvo za zdravstvo Republike Slovenije Zdravstveni Svet. 1997. *Sklep o preimenovanju Visoke zdravstvene šole v Mariboru v Fakulteto za zdravstvo – zaprosilo za strokovno mnenje s strani Sveta za visoko šolstvo RS*. (Zapisnik 55. redne seje, 20. 1. 1997).

Ministrstvo za zdravstvo Republike Slovenije Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego in Zbornica zdravstvene nege Slovenije. 1997. Razmejitev zdravstvene nege. *Utrip* 5 (12): 21–40.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2008. *Konferenca e-Zdravje brez meja*. Dostopno prek:

http://www.mz.gov.si/si/predsedovanje_eu_in_evropske_zadeve/konference/konferenca_e_zdravje_brez_meja/ (21. november 2008).

Mednarodni simpozij 2. Lošinjski dani bioetike. 2003. *Bioetika i nova epoha*, 16–18. 2003 (Zbornik referata).

Mumford, L. 1988. *Grad u historiji. Njegov postanak, njegovo mijenjanje, njegovi izgledi*. Zagreb: Naprijed.

Nacionalne demografske napovedi v letu 2008, konvergenčni scenarij. 2008. EUROPOP. Dostop prek: <http://www.zbornica-zveza.si> (18. julij 2009).

Nehring, Wendy M., Wayne E. Ellis in Felissa R. Lashley. 2001. Human Patient Simulators in Nursing Education: An Overview. *Simulation & Gaming* 32 (2): 194–204.

Nutting, M. A. in L. L. Doch. 1907. *History of nursing: the evolution of nursing systems from the earliest times to the foundation of the first English and American training schools for nurses (Vol. 2)*. New York: G. P. Putnam's Sons.

Obzornik zdravstvene nege. 2008a. Namen in cilji časopisa. *Obzornik zdravstvene nege* 42: 2.

Obzornik zdravstvene nege. 2008b. Časopis indeksirajo in abstrahirajo. *Obzornik zdravstvene nege* 42: 3.

Orešković, Stipe. 1990. Depersonalizacija medicinskih sestara u kontekstu bio tehnologijski zasnovane medicine. *Revija za sociologiju* 2: 391–398.

Pahor, Majda. 1997. *Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani*. Doktorska disertacija. Univerza v Ljubljani Pedagoška fakulteta.

Pahor, Majda. 1998. Razlogi za prehod izobraževanja za zdravstveno nego na univerzitetno raven in njegove značilnosti. *Obzornik zdravstvene nege* 32 (1–2): 5–19.

Pahor, Majda. 2001. Medicinske sestre v očeh študentov zdravstvene nege: kvalitativna študija. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 53–60. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Pahor, Majda. 2003. Skrb v slovenski zdravstveni negi: Nekateri ovire za kognitivno in moralno prakso. V *Labirinti skrbi. Pomen etike skrbi za socialno politiko*, ur. A. Švab in S. Sevnhuijsen, 75–86. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študija.

Pahor, Majda. 2005. Moč za pomoč. *Teorija in praksa* 40 (6): 1127–1142.

Pahor, Majda. 2006. Sodelovanje v zdravstvu kot predmet premišljevanja, pojasnjevanja in ukrepanja. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu*:

Priložnost za izboljšanje kakovosti, ur Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, 112–122. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Pahor, Majda in Sanja Vrbovšek. 2006. Metodološke značilnosti anketne študije o medpoklicnem sodelovanju med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehniki in zdravniki v Sloveniji. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: Priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, 201–217. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Pahor, Majda. 2009. Ocena doktorske disertacije mag. Ljudmile Kolenc z naslovom Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre. Drugi doktorski seminar, 9. junij 2009. FDV UL.

Parsons, Talcott. 1951. *The Social System*. New York: Free Press.

Parsons, Talcott. 1964. A sociologist looks at the legal profession. V *Essays in Sociological Theory*, ur. Talcott Parsons, 370-385. New York: Free Press.

Parsons, Talcott. 1968. Professions. *International Encyclopedia of the Social Sciences* 12: 536–547.

Pavey, A E. 1937. *The Story of the Growth of Nursing: as an Art, Vocation, and a Profession*. London: Faber and Faber.

Pavlin Samo. 2007. *Vloga znanja pri profesionalizaciji poklicev*. Ljubljana: Znanstvena knjižnica Fakultete za družbene vede.

Pavlin, Samo, Igor Švab in Helena Kovačič. 2008. *Ugotavljanje in razvijanje ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) zdravnikov kot izhodišče za modernizacijo izobraževalnega programa*. Dostopno prek: http://www.ivz.si/javne_datoteke/vestniki/datoteke/ (30. september. 2009).

Pečjak, Vid. 2001. *Učenje, spomin, mišljenje*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Pesut, Daniel J. 2000. Knowledge-Work for 21st Century Nursing. *Nursing Outlook* 48 (2): 57.

Peternelj, Klavdija in Majda Pahor. 2001. Medicinske sestre v Sloveniji v luči nekaterih dosedanjih raziskav. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 27–52. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Pilotni projekt Tuning educational structures in Europa. 2006. Dostopno prek: <http://ec.europa.eu/> (30. november 2008).

Pivec, Franci, Tomaž Seljak in Tvrčko M. Šercar. 1997. The COBISS System in the Information Economy in Slovenia. V *The role of libraries in economic development*, ur. J. Watkins in P. Connolly, 107–130. West Yorkshire, Ljubljana: IFLA & CTL.

Pivec, Franci. 2004. *Informacijska družba*. Maribor: Subkulturni azil Maribor.

Platt, Anthony M. 1969. *The Child Savers: The Invention of Delinquency*. Chicago: University of Chicago Press.

Points of departure. 2001. *Highlighting pay differentials between women and men*. Government Offices Sweden. Scb–Trysk, Örebro 10.

Pollard, Katherine. 2006. Raziskovanje medpoklicnih odnosov v zdravstvu. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: Priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, 60–72. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Polit, Denise F., Cheryl Tatano Beck in Bernadette P. Hungler. 2001. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization (5th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Porter – O'Grady, Tim. 2001. Profound Change: 21st Century Nursing. *Nursing Outlook* 49 (4): 182–192.

Požun, Peter. 2008. Strokovna vprašanja rešujemo na Zbornici – Zvezi, za plače se pogajajo sindikati. *Utrip* 16 (10): 6.

Pravilnik o registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Ur. l. RS, št. 24/2007 (20. marec 2007).

Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Ur. l. RS 24/2007 (20. marec 2007).

Rafferty, A., M. 1996. *The politics of nursing knowledge*. London: Routledge.

Rajkovič, Vladislav, Olga Šušteršič; Uroš Rajkovič, Aleš Porenta in Jože Zupančič. 2002. Kako z e-predstavitvijo približamo uporabniku mednarodno klasifikacijo prakse zdravstvene nege? *Informatika Medica Slovenica* 7: 5–10.

Rajkovič, Vladislav, Olga Šušteršič, Uroš Rajkovič, in Aleš Porenta. 2004. Slovenski pregledovalnik mednarodne klasifikacije prakse zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege* 38: 193–197.

Ramovš, Jože 1996. Osebnostne osnove etičnega ravnanja v poklicu. V *Profesionalna etika pri delu z ljudmi*, gl. ur. Ludvik Toplak, 67–81. Univerza v Mariboru: Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno v Ljubljani.

Reynolds, Jill. 2007. Discourses of Inter – Professionalism. *The British Journal of Social Work* 37 (3): 441-457.

Rothman, David, J. 1971. *The Discovery of the Asylum*. Boston: Little, Brown and Company.

Royal College of nursing. 2009. *Past imperfect, future tense: Nurses' employment and morale in 2009*. London: RCN Publication code: 003 545. Dostopno prek: http://www.rcn.org.uk/___data/assets/pdf_file/0005/271364/003545.pdf (22. oktober 2009).

Rueschemeyer, Dietrich. 1964. Doctors and lawyers: a comment on the theory of professions. *Canadian Journal of Sociology and Anthropology* 1: 17.

Rueschemeyer, Dietrich. 1986. Comparing legal professions cross-nationally: from a professions-centered to a state-centered approach. *American Bar Foundation Research Journal* 415–446.

Rus, Veljko. 1979. Protislovni procesi profesionalizacije. *Teorija in praksa* 16 (10): 1482–1491.

Sajovic, Mateja in Marjan Sušelj. 2008. Prenova kartičnega sistema z uvedbo on-line dostopa do podatkov za novo razvojno obdobje. *Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 24 (4): 131–135.

Santrić, Vjeko. 1990. Osnovni tokovi i problemi profesionalizacije zanimanja: slučaj sestrinstva. *Revija za sociologiju* 2: 311–339.

Scharff, R. C. in V. Dusek. 2003a. General introduction. V *Philosophy of Technology: The Technological Condition: An Antology*, ur. R. C. Scharff in V Dusek, 7-9. Madden, Oxford, Melbourne, Berlin: Blackwell Publishing.

Scharff, R. C. in V. Dusek. 2003b. The Historical Background: Introduction. V *Philosophy of Technology: The Technological Condition: An Antology*, ur. R.C. Scharff in V. Dusek, 3–7. Madden, Oxford, Melbourne, Berlin: Blackwell Publishing.

Schatz, Bruce R. 2002. The Interspace: concept navigation across distributed communities. *Computer* 35 (1): 54-62.

Schwirian, Patricia. 1998. *Professionalisation of Nursing*. Philadelphia. New York: Lippincott.

Sevenhuijsen, Selma. 2003. Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. V *Labirinti skrbi. Pomen etike skrbi za socialno politiko*, ur. A. Švab in S. Sevnhuijsen, 13–39. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študija.

Seznam o dopolnitvi Seznama poklicev v zdravstveni dejavnosti. Ur. l. RS 110/2008 (21. november 2008)

Seznam o spremembah in dopolnitvah Seznama poklicev v zdravstveni dejavnosti. Ur. l. RS 40/2006 (14. april 2006).

Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Ur. l. RS 82/2004 (110/2004 popr.) (11. oktober 2004).

Shanteau, Jim, David Weiss in William Cochran. 2002. CWS indeks uspešnosti. Dostopno prek: <http://www.k-state.edu/psych/cws/index.htm> (14. februar 2009).

Simon, Herbert A. 1996: *The Sciences of the Artificial (3rd Ed.)*. Cambridge, Mass: The MIT Press.

Skela Savič, Brigita. 2008a. Pozdravni govor. V *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri na katerih temelji sodobna zdravstvena nega*, ur. Brigita Skela Savič, Boris Miha Kaučič, Jožica Ramšak Pajk, 13. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Skela Savič, Brigita. 2008b. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. V *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri na katerih temelji sodobna zdravstvena nega*, ur. Brigita Skela Savič, Boris Miha Kaučič, Jožica Ramšak Pajk, 38-46. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Skela Savič, Brigita. 2009. Vplivni dejavniki razvoja zdravstvene nege v sodobni družbi: prevzemanje odgovornosti s strani vseh akterjev. V *Novi trendi v sodobni zdravstveni negi – razvijanja raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja*, ur. Brigita Skela Savič, Boris Miha Kaučič, Bojana Filej, 45–54. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Sruk, Vlado. 1980. *Filozofsko izrazje in repertorij*. Murska Sobota: Pomurska založba.

Staggers, N., B. C. Thompson in R Snyder – Halpern. 2001a. History and Trends in Clinical Information Systems in the United States. *Journal of Nursing Scholarship* 33 (1): 75–80.

Staggers, N., C. Gassert in C. Curran. 2001b. Informatic Competencies for Nurses at four Levels of Practice. *Journal of Nursing Education* 40 (7): 303–308.

Statistični urad Republike Slovenije. 1998, 1999, 2002, 2003, 2005, 2007, 2008. Statistični letopis. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.stat.si/publikacije/pub_letopis_prva.asp (22. oktober 2009).

Statistični urad Republike Slovenije. 2009a. Mednarodni dan medicinskih sester 2009. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=2334 (22. oktober 2009).

Statistični urad Republike Slovenije. 2009b. Statistične informacije. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.stat.si/doc/statinf/05-si-007-0901.pdf> (22. oktober 2009).

Sundin, O. 2003. Towards an Understanding of Symbolic Aspects of Professional Information: An Analysis of the Nursing Knowledge Domain. *Knowledge Organization* 30 (3–4): 170–181.

Svetlik, Ivan. 1986. Nova tehnologija in kadri. *Teorija in praksa* 23 (1–3).

Svetlik, Ivan. 1994. *Razvoj visokega strokovnega šolstva v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, 17–18.

Svetlik, Ivan. 1999. Sodobni izzivi profesionalizmu. *Knjižnica* 43 (2/3): 7–18.

Svetlik, Ivan in Samo Pavlin. 2004. Izobraževanje in raziskovanje za družbo znanja. *Teorija in praksa* 41 (1–2): 199-211.

Svetlik, Ivan. 2004a. Opredelitev, dejavniki in mehanizmi družbe znanja. V publikaciji Bevc, Milena in drugi. Raziskovalni projekt Dejavniki in indikatorji razvoja na znanju temelječe (slovenske) družbe. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, 1-5.

Svetlik, Ivan. 2004b. Znanje v na znanju temelječi družbi/gospodarstvu. V publikaciji Bevc, Milena in drugi. Opredelitev, dejavniki in mehanizmi družbe znanja. Raziskovalni projekt

Dejavniki in indikatorji razvoja na znanju temelječe (slovenske) družbe. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, 12-38.

Svetlik, Ivan. 2005. O kompetencah. V *Kompetence v kadrovske praksi*, ur. M. S. Pezdirc, 11–27. Ljubljana: GV Izobraževanje.

Šercar, M. Tvrtko. 1988. Komunikacijska filozofija znanstvenih časopisa. Zagreb: Globus.

Šercar, M. Tvrtko, Bojan Oštir in Anka Rogina. 1999. Ali gre za spremembo paradigme znanstvenega komuniciranja? COBISS Obv 4: 18-32. Dostopno prek: http://home.izum.si/cobiss/cobiss_obvestila/1999_3/html/clanek_02.html (22. oktober 2009).

Šercar, M. Tvrtko. 2000. *Gradivo za uvod v Kritiko informacijske družbe*. Maribor: Inštitut informacijskih znanosti. Dostopno prek: http://home.izum.si/cobiss/cobiss_obvestila/2001_2/Html/clanek_02.html (22. oktober 2009).

Šercar, M. Tvrtko. 2001. *Priloga h kritiki tehnološkega determinizma in globalizma*. Maribor: Inštitut informacijskih znanosti. Dostopno prek: http://home.izum.si/cobiss/cobiss_obvestila/2001_4/index.html (22. oktober 2009).

Šercar, M. Tvrtko. 2005. Ali Slovenija noče informacijske znanosti?. *Organizacija znanja* 10 (1): 18-28. Dostopno prek: http://home.izum.si/cobiss/oz/2005_1/html/clanek_03.html.

Šercar, M. Tvrtko in Igor Brbre. 2007. Prispevek k filozofiji knjižničarstva in informacijske znanosti. *Organizacija znanja* 12 (3): 119–136.

Šlajmer – Japelj, Majda. 2005. Negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi. *Utrip* 13 (4): 29–33.

Šmitek, Jana. 2000. Sistem delitve dela v bolnišnični zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege* 34: 177–184.

Šporer, Željka. 1990. *Sociologija profesije: Ogled o društvenoj uvjetovanosti profesionalizacije*. Zagreb: Sociološko društvo Hrvatske.

Šuštar, Branko. 1993. *Šola za sestre. Zdravstveno šolstvo na Slovenskem, 1753–1993*. Slovenski šolski muzej v Ljubljani.

Švab, Igor in Josip Car. 2004. *Medicinska sestra v družinski medicini*. Dostopno prek: <http://www.dlib.si/dLib.si> (18. julij 2009).

The World Association for Cooperative Education. 2005. Developing International Coop Programs. Developing International Work – Integrated Learning. World Association for Cooperative Education. <http://www.waceinc.org/conferences> (15. december 2008).

TheStrategyWeb. 2009. *Digital DNA – define your personal branding*. Dostopno prek: <http://www.thestrategyweb.com/digital-dna-define-your-personal-branding> (2. september 2009).

Timmermans, S. in M. Berg. 2003. The practice of medical technology. *Sociology of Health and Illness* 25: 97–114.

Traynor, M. 1996. Looking at the discourse in a literature review of nursing texts. *Journal of Advanced Nursing* 23 (6): 1155–1161.

Traynor, M. 1999. The problem of the dissemination: evidence and ideology. *Nursing Inquiry* 6 (3): 187–197.

Tuning educational structures in Europa. 2006. A pilot project supported by the European Commission in the framework of the Socrates programme. Dostopno prek: <http://ec.europa.eu/> (30. november 2008).

Turner, C. in M. N. Hodge. 1970. Occupations and Professions. V *Professions and Professionalization*, ur. J.A. Jackson, 19 – 50. London. UK: Cambridge University Press.

Ule, Mirjana. 2003a. *Spregljana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.

Ule, Mirjana. 2003b. Razvoj zdravstvenega sistema v pogojih globalizacije: In kaj je z zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege* 4: 243-249.

Ule, Mirjana. 2004. *Socialna psihologija*. Ljubljana: FDV UL.

Ule, Mirjana. 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: FDV UL.

Ule, Mirjana. 2009. *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: FDV UL.

Univerza v Mariboru Visoka zdravstvena šola. 1996a. Vloga za pridobitev soglasja Sveta za visoko šolstvo Republike Slovenije o univerzitetnem dodiplomskem študijskem programu zdravstvene nege. (23. september 1996).

Univerza v Mariboru Visoka zdravstvena šola. 1996b. Vloga za pridobitev soglasja Sveta za visoko šolstvo Republike Slovenije o statusnem preoblikovanju visoke zdravstvene šole v Fakulteto za zdravstvo Univerze v Mariboru. (23. september 1996).

Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta. 2009a. *Visokošolski strokovni študijski program 1. stopnje babištvu*. Dostopno prek: http://www.vsz.uni-lj.si/vsebina/si/babistvo/studijski_program_oddelka_za_babistvo_30/ (22. oktober 2009).

Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta. 2009b. Zdravstvena fakulteta v Ljubljani. Dostopno prek: http://sl.wikipedia.org/wiki/Zdravstvena_fakulteta_v_Ljubljani (18. junij 2009)

Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede. 2009. *Študijski programi*. Dostopno prek: http://www.fzv.uni-mb.si/page/index.php?option=com_content&task=view&id=34&Itemid=173 (16. april 2008)

Univerza na Primorskem Visoka šola za zdravstvo Izola. 2009. *Študijski programi*. Dostopno prek: <http://www.vszi.upr.si/index.php?catid=71&lang=slo> (22. oktober 2009).

Urbančič, Klaudia. 1996. Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege* 30 (1–2): 21–28.

Van Sell, Sharon in Ionnis A. Kallofissudis. 2002. *Complexity Nursing Theory. The evolving Essence of the Science of Nursing*. Dostopno prek: <http://www.nursing.gr/Evolving.pdf> (15. december 2008).

Van den Hout, Ton. 2002. Managementski vplivi na kakovost v zdravstvenem varstvu. V *Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti: metode, meritve, management in načini za doseganje ciljev*, ur. Petra Kersnič in Bojana Filej, 37–42. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice. 2009. *Študijski programi*. Dostopno prek: http://www.vszn-je.si/index.php?page=static&id=15&item=1&get_treerot=1 (22. oktober 2009).

Visoka šola za zdravstvo Novo mesto. 2008. *Študijski programi*. Dostopno prek: http://www.vsz.vsnm.si/sl/program_1_stopnje/ (23. november 2008).

Vizek Vidović, V. in D. Rovan. 2006. Psihološka istraživanja o prirodi ekspertnog znanja. *Liječnički vijesnik* 128 (1–2): 56–60.

Vrbovšek, Sanja. 2003. Kompetentnost kot element etike skrbi v diskurzu zdravstvene nege. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor in Jana Šmitek, 279–291. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Vrbovšek, Sanja. 2006. *Strukturne značilnosti razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki*. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani Fakulteta za družbene vede.

Webopedia.com. 2009. *Digitalna senca*. Dostopno prek: <http://www.webopedia.com/TERM/d/digital.html> (2. september 2009).

Wilensky, H. L. 1964. The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology* 70: 137–158,

Witz, A. 1992. *Professions and patriarchy*. London: Routledge.

World Health Organization. 1986. *Report of the WHO Study Group*, Geneva, WHO, 738.

World Health Organization. 1996. *Expert Committee on Nursing. Fifth Report*. Geneva, WHO, Technical Report Series, 347.

Vuga, Silva 1996. Zdravstvena nega in profesionalna etika. V *Profesionalna etika pri delu z ljudmi*, gl. ur. Ludvik Toplak, 317–323. Univerza v Mariboru: Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno v Ljubljani.

Zakon o nacionalnih poklicnih kvalifikacijah (ZNPk-UPB-2) Ur. l. RS 1/2007 (5. januar 2007).

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) Ur. l. RS 15/2008 (2. februar 2008).

Zakon o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS-I) Ur. l. RS 58/2008 (10. junij 2008)

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB-2) Ur.l. RS 23/2005 (10. marec 2005).

Zakon o zdravniški družbi (ZZdrS-UPB2) Ur.l. RS 36/2004 (13. april 2004).

Zaletel, Marija. 2004. Zdravstvena nega. V *Zbornik ob 50 letnici Visoke šole za zdravstvo*, ur. Ana Božič, Božo Kralj, Dušica Črtanec, Martin Bauer in Miro Lubej, 24–58. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Visoka šola za zdravstvo.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. 2005a. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005. Utrip* 13 (3): 43–48.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. 2005b. *Podoba medicinske sestre. Utrip* 13 (3): 49–50.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. 2008a. *Novosti iz EFN*. Dostopno prek: <http://www.zbornica-zveza.si/EFN.aspx> (16. november 2008).

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. 2008b. *Novosti iz ICM*. Dostopno prek: <http://www.zbornica-zveza.si/icm.aspx> (16. november 2008).

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. 2008c. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. 2009a. *Kratka zgodovina*. Dostopno prek: http://www.zbornica-zveza.si/Kratka_zgodovina.aspx (14. junij 2009).

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. 2009b. *Zbornica zdravstvene in babiške nege*. Dostopno prek: http://www.zbornica-zveza.si/Kratka_zgodovina.aspx (22. oktober 2009).

Zvekić, Uglješa. 1985. *Profesija sudija. Sociološka analiza*. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.

Železnik, Danica. 2008. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi predstavljene vodstvu Slovenskega zdravniškega društva. *Utrip* 16 (12): 10.

Stvarno in imensko kazalo

A

Abbott, A., 16, 22, 30, 33, 37, 64, 65, 66, 72, 100, 130, 178, 182, 206, 209, 228, 237, 239, 245, 246, 247, 250
 Abdellah, F., 27, 55, 211
 Adam, F., 39
 akademizacija, 70, 215, 216
 Alligood, M.R., 55
 Allsop, J., 31, 107
 Anglija, 46, 47
 Arendt, H., 89
 Argyris, C., 56
 Aristotel, 58
 Arocha, J.F., 112
 Atene, 59
 Auerbach, J.S., 28
 Avstralija, 44, 46
 Avstrija, 49
 avtonomija, 15, 123, 148, 215
 avtoriteta, 15, 21, 23, 44, 61, 180, 182, 216, 240, 243

B

Babić Bosanac, S., 79
 Babilon, 20
 Bačović Dolinšek, O., 64
 baze podatkov, 66, 79, 213
 Beckmann, J., 86
 Bedford-Fenwich, E., 41, 45, 47
 Belgija, 46, 49
 Beograd, 47, 68
 Berg, M., 96
 biomedikalizacija, 94, 95, 123, 204
 Boginja
 Afrodita, 20
 Atena, 58
 Ištar, 20
 Izida, 20
 Minerva, 58
 Venera, 20
 Bohinc, M., 82
 bolnikove emocije, 77
 Bordeaux, 46
 Boston, 45
 Bovolini, N., 47
 Brazilija, 47
 Brbre, I., 58, 89
 British Columbia, 47
 Brumec, V., 187
 Bruselj, 46
 Bryman, A., 128
 Burish, M., 76
 Butler, S., 89

C

Car, J., 104
 Carr, W., 56
 case management, 108
 Celje, 71
 Celovec, 67
 certificiranje, 102
 certifikat, 72, 109, 246

cesarica Terezija, 67
 Childe, 19
 Ciper, 49
 Clarke, A.E., 94, 96
 Clarke, J., 31
 Clarke, S., 49, 235
 Cocharn, W., 110
 Collins, R., 64
 Cowles, E., 45
 Crano, W.P., 128
 Curran, C., 60, 89, 94, 114
 Cvetek, S., 56, 57

Č

Čatić, I., 86, 87
 Češka, 49
 človeški genom, 81, 95, 103, 124, 244

D

Danska, 45, 49
 Dapage, A., 46
 dehumanizacija emocionalnega dela, 98, 125, 204, 216
 deinstitucionalizacija storitev, 108
 Delitev dela
 družbena, 30, 38, 89, 208, 243, 248
 kontrola delitve dela, 58
 med medicinsko sestro in zdravnikom, 119
 med medicinsko sestro in zdravstvenim tehnikom, 119
 nerešeno vprašanje, 205
 nove razdelitve nalog v zdravstvu, 248
 tehnološka, 37, 89, 241, 249, 251
 v zdravstveni negi, 117, 203
 v zdravstvu, 15, 116, 131, 155, 205, 230, 239
 Delo medicinske sestre, 17, 22, 100, 106, 114, 120, 124, 145, 203, 204, 207, 209, 210, 214, 218, 222, 226, 238, 242
 metoda dela – PZN, 55, 61, 123, 125, 131, 134, 141, 146, 174, 203
 Denzin, N.K., 129
 deprofesionalizacija, 59, 125, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 250
 Determinizem
 ekonomski, 99
 tehnološki, 16, 88, 89, 96, 97
 devolucija zdravstvene nege, 95, 100, 123, 125, 204
 Dewey, J., 34, 57
 digitalizacija, 95, 123
 Digitalna
 IKT, 238
 pismenost, 93
 revolucija, 98
 senca, 79, 238
 Dingwall, R., 76
 Doch, L.L., 83
 Dolenc, A., 79
 Dornik, E., 176
 Drucker, P., 112
 Družbeni
 status, 17, 41, 235
 ugled, 41, 106, 183
 Durkheim, E., 31
 Dusek, V., 89

E

e-depresija, 93
 Egipt
 poddelitev v specializacije, 19
 e-informacije, 93
 Elita, 36, 37, 66
 v zdravstveni negi, 66
 enakost med spoloma, 108
 Engels, F., 89
 e-pošta, 238, 244
 e-rojstvo, 93
 Erzberger, C., 128
 Estonija, 49
 Etika
 bioetika, 80, 82
 informacijska, 82
 profesionalna, 39, 75, 76, 121, 127, 230, 241
 skrbi, 77, 78, 229, 238, 242, 246
 Etzioni, A., 73
 EU, 48, 49, 59, 247
 EU-15, 49
 EU-27, 104
 e-učenje in poučevanje, 237
 Evans, R.I., 23
 Evetts, J., 183
 Evropa, 29, 67, 81
 e-vsebine, 244
 e-zdravje, 93
 E-Zdravje brez meja, 93
 e-zdravljenje, 93

F

Farrell, J.P., 50, 235
 federalna profesija, 245, 246, 249, 252
 feminizacija poklica, 240
 Filej, B., 61
 Finska, 49, 70, 130, 167
 Fisher, A., 45
 Fliedner, T., 44
 Francija, 47, 49
 Frankfurt, 79
 Freidson, E., 28, 29, 30, 40, 58
 Freud, S., 23
 Freudenheim, M., 50, 235
 Frey, E., 44
 frustracija, 15, 169, 172, 183, 210, 215

G

genomsko tipiziranje anomalij, 101
 George, J.B., 55
 Giddens, A., 76
 Gilchrist, A., 250
 Gilgameš, 20
 Goode, W., 31, 32
 Gradec, 67
 Gradišar, M., 82
 Grbec, V., 75
 Grčija, 49
 Greenwood, E., 31, 39
 Grki, 56, 87
 Grošelj, S., 51, 235

H

Habermas, J., 89
 Habjanič, A., 134
 Hall, L.E., 55
 Halliday, T.C., 30
 Hamer, B., 211
 Hamilton, A., 46
 Harmer, B., 54
 Haywood, T., 218
 Heath, C., 98
 Heidegger, M., 99, 228, 238
 Henderson, V., 26, 27, 55, 105, 211
 Herodot, 19, 20
 Hindle, D., 108
 Hipokrat, 227
 Hirošima, 81
 Hlebec, V., 250
 Hocart, 19
 Hodge, M.N., 15, 16, 17, 18, 32, 39, 54, 128, 130, 131, 132, 141, 209, 229, 230, 233, 241, 242, 251
 Holandija. *glej* Nizozemska
 Horton, K., 73
 Howe, D., 108
 Hudomalj, E., 93
 Hughes, E., 28, 38

I

Ihde, D., 24
 Iljaž, R., 93
 Irska, 46, 49
 Isola, A., 55
 Italija, 47, 49
 Ivanuša, A., 187
 Izola, 69

J

Japonska, 47, 81
 Jeruzalem, 47
 Jesenice, 70
 Jezik
 EMZZP, 94
 ICNP, 56, 60, 61, 93, 147, 238
 kondenziran, 59
 latinski, 59
 MZPZN, 60, 94, 238
 pacienta, 60
 profesionalni
 medicine, 60
 zdravstvene nege, 60, 61
 raba moškega spola kot generičnega spola, 60
 raba ženskega spola kot specifičnega spola, 60
 slovenski, 79, 223, 227
 umetni, 59
 utišanih skupin, 60
 žargon, 59
 Johnson, T., 21, 29
 Joseph, G-M., 111
 Jugoslavija, 47, 80, 227

K

Kaiserwerth, 44
 Kalofissudis, I.A., 55
 Kanada, 45, 47, 54, 98

Kant, I., 58
 Katz, F.E., 55
 Kaufman, D.R., 112
 Kelle, U., 128
 Kemmis, C., 56
 Klemenc, D., 75, 107, 119, 120, 180, 184
 klinične poti, 108
 Kokol, P., 209
 kolektivna oblika človeških potreb, 20
 Kolenc, L., 21, 51, 115, 120, 123, 216, 235, 245, 246
 Kompetence
 ciljne, 246, 249
 e-kompetence, 93
 fleksibilni sistem za pridobivanje in priznavanje
 specialnih, ciljnih kompetenc, 246
 informacijske, 113, 125
 K1, 121, 212, 216, 217, 221, 225, 228, 238
 K2, 121, 212, 216, 217, 221, 225, 228, 238
 K3, 106, 121, 212, 216, 217, 221, 225, 228, 238
 medicinske sestre, 109, 118, 122, 128, 190, 196, 201,
 206
 model prekrivanja, 120, 121
 nove, 56, 63, 71, 99, 104, 116, 124, 147, 203, 206, 213,
 218, 226, 229, 238, 251
 novi izzivi, 101
 PIZK, 58
 PIZM, 58
 s področja vrednostnih sistemov, 207, 229
 samozavedanje o kompetentnosti, 236
 v zdravstveni in babiški negi, 75, 118, 122, 203, 204,
 215
 Konfucij, 58
 konkurenčnost poklicev, 36, 41, 73, 240, 245, 249, 252
 kontrola nad življenjem in smrtjo, 25
 kooperativno izobraževanje, 72, 246
 Koos, E.L., 27
 Kralj, B., 68
 Kramberger, A., 30, 33, 40
 Krause, A.E., 40
 Kuhar, R., 78
 Kuhlmann, E., 31, 107, 108
 kulturne in demografske značilnosti populacije, 103
 Kurzweil, E., 23
 Kvas, A., 137, 176, 177, 184, 257
 kvazi-profesionalizacija, 246, 248
 Kyoto, 45

L

laična nega, 117
 Lang, N., 27
 Larson, M.S., 29, 30, 40
 Latvija, 49
 Lees, F., 45
 licenca, 26, 33, 34, 74, 127, 216
 licenciranje, 106, 246
 Linköping, 84
 Litva, 49
 Liverpool, 44
 Ljubljana, 47, 67, 68, 74
 Lobe, B., 129
 London, 44, 45, 51
 Long, A.F., 86
 Lord Salisbury, 109
 Los Angeles, 46
 Lubej, M., 68
 Luksemburg, 49

Luzana, 44

M

Macdonald, K., 21, 40, 41, 42, 43, 64, 240, 243
 Macgregor, F.C., 55
 Machlup, F., 109
 Madžarska, 49
 Malta, 49
 Mandič, S., 250
 Mann, T., 58
 Maribor, 71, 74
 Marx, K., 29, 89, 96, 97
 Massachusset, 45
 Matcha, D., 98
 May, R., 23
 Maze, H., 108
 Mechanic, D., 28
 Medicinska sestra
 administrativni birokrat, 183
 fotomodel, 183
 generalist, 72, 249
 nosilka zdravstvene nege, 72, 247
 skrbni angel, 183, 219
 usmiljenka, 219
 medkulturne razlike, 98
 Mills, D.L., 74
 miniaturizacija, 95, 123
 Minnesota, 46
 modrost, 58
 Montreal, 47
 motivacija, 38, 58, 113, 165
 mreženje, 107, 248, 252
 Mumford, L., 19, 20, 89
 Munck, C., 45

N

Na dokazih temelječa
 medicina, 86, 124
 zdravstvena nega, 56, 83, 86, 125, 210
 Nehring, W.M., 107
 Nemčija, 46, 49
 Neuman, D., 211
 New York, 45, 46
 Nightingale, F., 21, 27, 41, 44, 45, 46, 54, 79, 83, 187, 210,
 211, 227
 Nizozemska, 46, 47, 49, 106
 Novo mesto, 70
 Nutting, M.A., 83

O

Odgovornost
 dodana vrednost, 63
 individualna, 63, 105, 106, 120
 kazenska, 62
 klienta, 63
 materialna, 62
 moralno-etična, 62
 pacienta/klienta, 105
 poznavanje, prepoznavanje in razumevanje pravil, 236
 prostor za odločanje, 236
 samozavedanje o odgovornosti, 236
 skupna, 63, 105
 za izbiro, 236
 za izvajanje, 28, 236

- za izvajanje tehnološko podprtih zdravstvenih storitev, 236
- za profesionalno izvedbo storitev, 236
- za tehnično izvedbo tehnološko podprtih storitev, 63
- za uporabo znanja, 63
- za znanje, 65, 217, 218
- Odnos
- birokratski, 76
 - enakopravni, 104
 - enakovredni, 105, 180, 181
 - med medicinsko sestro in pacientom, 77
 - med znanjem, 64
 - medpoklicni, 185, 241
 - oblastniški, 76
 - partnerski, 22, 104, 211, 240
 - paternalistični, 76
 - podrejeni, 182
 - poklicnih skupin in ciljnih skupin klientov, 23
 - pravni pristop, 105
 - servilen, 180
 - socioprofesionalni, 240
 - sodelovalni, 61, 105, 185, 241, 246
 - spremenjen, 104, 206
- Olsson, M., 86
- Omrežje
- skupnosti socialnih omrežij, 250
 - zdravstvene nege, 106, 250
- Ontario, 45
- ontologija, 116
- Orem, D.E., 55, 211
- Orešković, S., 99
- Orlando, J., 55, 211
- Oštir, B., 91
- Oulton, A., 59
- P**
- Pagoaga, J.A., 50, 235
- Pahor, M., 28, 69, 76, 78, 136, 137, 138, 176, 177, 182, 183, 220, 226
- Parel, V.L., 112
- Parsons, T., 28, 31
- Pavey, A.E., 20, 47
- Pavlin, S., 58, 105
- Pečjak, V., 17, 252
- Peplau, H., 27
- periferne skupine, 66, 249
- Pesnik Vergil, 109
- Pesut, D.J., 112
- Peternelj, K., 176
- Philadelphia, 44, 45
- Pivec, F., 21, 82
- plače medicinskih sester, 50, 53, 131, 230
- Platt, A.M., 28
- Poklic
- arhitekt, 24, 25, 53
 - babica, 26, 71, 80
 - biomedicinski tehnolog, 246
 - duhovnik, 19, 23, 35, 40, 59
 - hišni sluga, 19
 - informatik, 123, 218
 - kmet, 19
 - knjižničar, 34, 36
 - magister
 - bioinformatike, 66
 - zdravstvene nege, 66, 70
 - zdravstveno-socialnega menedžmenta, 66
 - medicinska sestra, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 33, 34, 36, 41, 42, 43, 50, 66, 156, 219, 220, 239, 240, 241, 243
 - mojster za oklepe, 20
 - mornar, 19
 - nevrolog, 34
 - obrtnik, 19, 20
 - ontobroker, 115, 116, 246
 - pravnik, 40, 59
 - profesor zdravstvene vzgoje, 66
 - prostitutka, 20
 - psihiater, 34, 35
 - psiholog, 35
 - računalničar, 218
 - računovodja, 35
 - regulirani poklic, 70, 71, 122, 215, 223
 - socialni delavec, 34
 - sociolog, 26, 27, 33, 67
 - specialist, 19, 37, 246
 - biomedicinske tehnologije, 91, 121, 243
 - gerontološke zdravstvene nege, 66
 - informatik, 114
 - informatike v zdravstvu in zdravstveni negi, 66, 124
 - klinične dietetike, 66
 - patronažne zdravstvene nege, 66
 - perioperativne zdravstvene nege, 66
 - višja medicinska sestra ginekološko-porodniške zdravstvene nege, 66
 - višja medicinska sestra oftalmološke zdravstvene nege, 66
 - višja medicinska sestra patronažne zdravstvene nege, 66
 - višja medicinska sestra psihiatrične zdravstvene nege, 66
 - za seksualno igro, 20
 - za tehnologijo znanja, 214
 - zdravnik, 51, 52, 189
 - storitveni, 51, 209
 - tehnik, 34, 35
 - tehnolog, 100, 123, 218
 - terapevt, 22, 23
 - za glas, 23
 - za hišne ljubljence, 23
 - za seks, 23
 - za zakon, 23
 - trgovec, 19
 - učitelj, 34
 - umetnik, 25, 74
 - v skrbi za druge, 16, 21, 117, 125, 127, 162, 165, 207, 237, 240, 242
 - vojak, 19
 - zdravnik, 19, 23, 28, 34, 36, 37, 40, 42, 50, 59, 218, 240
 - za notranje težave, 19
 - za oči, 19
 - za želodec, 19
 - zdravstveno-negovalno-socialno-skrbstveno-svetovalno-informacijsko podprt, 249
 - zdravstveno-negovalno-tehnološki, 249
- Polit, D.F., 167
- politika skrbi, 77
- Poljska, 49
- Pollard, K., 105, 120
- Popper, K., 17, 89
- Porter – O'Grady, T., 101, 102, 104
- Portugalska, 49
- Poslanstvo poklica medicinske sestre
- altruizem, 117, 243
 - empatija, 63, 78

etičnost, 77, 242
 nežnost, 63, 76, 242
 skrb, 72, 75, 76, 78, 80, 85, 102, 108, 125, 247
 skrb za sebe, 241
 sočutje, 28, 63, 78
 zaupanje, 77, 78, 79
 posredovalne profesije, 21
 prepoznavanje družbe kot celote za klienta, 25
 prerivanje za delo, 63, 99
 prerok Mohamed, 97
 Profesija – polprofesija
 kontinuum, 40, 239
 Profesionalizacija, *glej tudi* kontinuum
 proces profesionalizacije, 38
 profesionalizem, 34, 35, 37, 241
 profesionalna titula medicinske sestre, 65, 155, 156
 profesionalni prestiž, 38, 43, 64, 233, 235, 248, 251
 Projekt
 profesionalizacije, 40, 43
 profesionalizacije zdravstvene nege, 41
 proletarizacija, 22, 36

R

Rafferty, A.M., 65, 83
 Rajkovič, V., 61
 Ramovš, J., 75
 Rathbone, W., 44, 45
 Redefiniranje
 poklica medicinske sestre, 249, 250, 252
 zdravstvene nege, 249
 Refleksija
 medicinske sestre, 147, 237, 239
 na področju dajanja skrbi, 78
 refleksivna morala, 57
 refleksivna praksa, 57, 78
 reflektirati, 56, 57, 76
 v akciji, 57
 Relokacija
 politike, 77
 skrbi, 77, 250
 Richards, L., 45
 rivalstvo med profesijami, 64
 Rogers, C.R., 22, 23, 228, 250
 Rogers, M., 27
 Romunija, 49
 Roper, N., 211
 Rothman, D.J., 28
 Rován, D., 109, 110, 111, 112
 Rueschemeyer, D., 29, 30
 Rus, V., 15, 38, 53, 59

S

Sajovic, M., 92
 Saks, M., 31, 107
 Santrič, V., 21, 26, 27, 28, 31, 32, 47, 53, 54, 55, 58, 59,
 67, 157, 237, 239, 240, 243
 Scharff, R.C., 89
 Schatz, B.R., 115
 Schön, D., 56, 57
 Schwirian, P.M., 38, 39, 50, 53, 59, 67, 235, 239
 Scientifikacija, 85
 Schmidbauer, W., 76
 Seaman, C.H.C., 55
 Seljak, J., 137, 176
 Sevenhuijsen, S., 77, 78, 250

Shanteau, J., 109, 110, 111
 Sheer, B., 71
 Simon, H.A., 24, 25, 72, 228
 simulacije, 107, 108, 145, 207, 236, 246
 Sindikat, 22, 53, 59, 67, 74, 161, 226
 delavcev v zdravstveni negi Slovenije, 59, 216, 224, 237
 zdravstvenega varstva Švedske, 85
 sinergija, 63, 119, 205
 Skela Savič, B., 56, 71, 73, 75
 Skopje, 47
 skrb kot del kolektivnega delovanja v javni sferi, 78
 Slovaška, 49
 Slovenija, 17, 30, 49, 50, 51, 53, 58, 60, 66, 67, 69, 70, 74,
 79, 87, 92, 106, 123, 136, 176, 208, 233, 235
 severovzhodna Slovenija, 16, 128, 132, 134, 167, 172,
 209, 213, 219
 Slovenj Gradec, 71
 Smith, A., 19
 socialni eksistencializem, 97
 sodno izvedenstvo, 149, 155
 spolna segregacija, 17, 48, 131, 230, 235
 Staggers, N., 113, 114
 Storitve
 kompleksna, 31
 kvalitetnejša, 108
 manj invazivna, 101
 medicinske sestre, 62, 204
 neposredna, 206, 239, 243
 neprenosljiva na druge uporabnike, 62, 117, 204
 osebna, 21, 22, 240
 prenos tehnološko podprtih zdravstvenih storitev, 63
 prenosljiva, 63
 prenosljiva na druge uporabnike, 21, 117
 tehnološko podprta, 63, 101, 106, 205, 236, 246, 248
 zdravstvena, 27, 63, 93, 103, 246
 zdravstvene nege, 251
 zdravstveno-negovalno-socialno-skrbstvena, 72, 109,
 247
 Sundin, O., 82, 83, 86
 Sušelj, M., 92
 sv. mati Tereza, 21
 svet potiskanja in prerivanja, 35, 250
 Svetlik, I., 39, 40, 41, 69, 117

Š

Šercar, M.T., 24, 58, 89, 91, 96, 100, 116, 208, 241
 Šlajmer-Japelj, M., 60, 61
 Šmitek, J., 77, 108, 184
 Španija, 49
 Šporer, Ž., 15, 17, 18, 31, 32, 54, 59, 67, 73, 74, 128, 130,
 131, 209, 229, 230, 231, 241, 242, 251
 Šuštar, B., 68
 Švab, I., 104
 Švedska, 49, 82
 Švica, 44

T

taktike zastraševanja, 36
 teoretična mistika, 54
 Timmermans, S., 96
 Tivadar, B., 184
 Tolstoj, L.N., 58
 transparentnost tehnologije, 99, 126, 178, 238
 Traynor, M., 65
 Trg

dela, 30, 42
delovne sile, 22, 29, 48, 69, 104, 106
zdravstvenih storitev, 73, 104
Turner, C., 15, 16, 17, 18, 32, 39, 54, 128, 130, 131, 132,
141, 209, 210, 229, 230, 233, 241, 242, 251

U

Ule, M., 60, 77, 78, 104, 177, 184, 243
Umeå, 84
Univerza
Clark University, 23
McGill University, 47
na Primorskem, 69
University of British Columbia, 47
University of Illinois, 115
University of Leeds, 47
University of Linköping, 84
University of Manchester, 215
University of Minnesota, 46
University of Oulu, 130, 167
University of Umeå, 84
University of Uppsala, 84
v Ljubljani, 61, 68, 176, 182
v Mariboru, 61, 66, 176
Western Reserve University, 47
Yale University, 47
univerzalne in individualne človekove potrebe, 83
Uporabnik zdravstvenih storitev
bolnik, 27, 183
klient, 62, 95, 105, 250
moralni subjekt, 227
oblikovanje profila uporabnika, 79, 238
osrednji avtonomni subjekt odločanja, 187
pacient, 22, 24, 37, 54, 62, 76, 82, 94, 95, 96, 105, 187
pasiven objekt, 79, 238
potrošnik, 29
resnični vodja tima, 187
trpeči objekt, 187
Urbana
kultura, 19
piramida, 19
specializacija, 20

V

Van den Hout, T., 105, 106
Van Sell, S., 55
Van Swieten, G., 67
Velika Britanija, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 51, 52, 53, 70, 105,
235
Vizek Vidović, V., 109, 110, 111, 112
Vloga medicinske sestre
odvisna, 63
podrejena, 28, 205, 220, 248
samostojna, 187
socialna, 27
sodelujoča, 63, 120, 187
soodvisna, 63, 123, 187
spreminjanje, 101, 103
tehnična, 62
Vollmer, H.M., 74

Vrbovšek, S., 136, 137, 176, 177, 179, 181, 185
vsakdanja skrb, 77, 78
vseživljenjsko učenje, 72, 81, 116, 123, 213, 237, 241, 246,
251
Vuga, S., 80

W

Warrington, J., 44
Weber, 38
Weiss, D., 110
Wiedenbach, E., 55, 211
Wilensky, H., 31, 39, 239
Witz, A., 41, 42, 64, 83, 239
Worchester, A., 45

Z

Zagreb, 47, 68
Zakon o
pacientovih pravicah, 106
registraciji medicinskih sester, 42
sestrinstvu, 62
sistemu plač v javnem sektorju, 235
visokem šolstvu, 68
zdravniški službi, 62
zdravstveni dejavnosti, 62, 118
Zaletel, M., 66, 69
ZDA, 23, 28, 34, 37, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 53, 59, 67, 82,
88, 98, 107, 113, 235
zdravstvena nega, 21, 22, 26, 27, 28, 33, 34, 41, 42, 43, 66,
239, 240
Znanje
deklarativno, 111
duhovno, 109
ekspertno, 109, 110, 111, 242, 245
epistémé, 56
ezoterično, 21, 61, 240
formalno, 64, 83
frónesis, 56
intelektualno, 109
na znanju temelječe delo, 112, 113, 125, 147
nepotrebno, 109
nevažno in razvedrilno, 109
praktično, 56, 109, 144
proceduralno, 110
profesionalna umetnost, 57
specifično, 39, 126, 218, 236, 243
strokovno, 36, 252
tacitno, 57, 58
razumevanje, 57
védenje, 57
teoretično, 55, 144
znanost o umetnem, 24
Zvekić, U., 31

Ž

Železnik, D., 119, 120, 187
Ženeva, 44, 46

--	--	--	--

VPRASHALNIK ZA MEDICINSKE SESTRE (MS)

V raziskavo bodo vključene (zaposlene) in naključno izbrane višje medicinske sestre. Anketiranje bo potekalo na območju SV Slovenije. V vprašalniku so pri navodnih odgovorih uporabljene naslednje kratic:

- medicinska sestra (MS)
- zdravstveni tehnik (ZT)
- zdravstvena nega (ZN)
- Visoka zdravstvena šola v Mariboru (VZS)
- Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (društvo MS in ZT)

A. PODATKI O MEDICINSKI SESTRICI

A.1. Spol

1. moški
2. ženski

A.2. Katerega leta ste rojeni? 19__

--	--

A.3. Kakšen je vaš zakonski stan?

1. samski (-a)
2. poročen (-a)
3. razvečan (-a)
4. invezakorska skupnost
5. vdovec (-a)
6. b. o.

A.4. Ali imate otroke?

1. NE
2. DA
a. Če da, koliko? __
Od tega 1. __ v šoli, študij
2. __ zaposleni
3. __ nezaposleni

A.5. Število oseb v gospodinjstvu? __ (vpisite število)

--	--

1

A.6. Ali stanujete v:

	1	2
	lastno	v najemu
1. stanovanjsko		
2. hišo		

A.7. Ali stanujete

Možen je en odgovor:

1. s starši
2. sami (-a)
3. z družino

A.8. Koliko prebivalcev šteje vaš kraj zaposlitve?

Možen je en odgovor.

Prostno navedite:

1. do 2000
2. nad 2000 do 5000
3. nad 5000 do 10.000
4. nad 10.000

A.9. Koliko ste oddaljeni od delovnega mesta (v km)?

Možen je en odgovor.

1. do 5 km
2. 5 do 9 km
3. 10 do 14 km
4. 15 do 19 km
5. več kot 20 km

A. 10. Ali na dele

Možen je en odgovor.

1. hodite pet
2. z javnim prevoznim sredstvom
3. z osebnim avtomobilom (sami)
4. z osebnim avtomobilom (z drugimi)
5. drugo

2

B. DELOVNA KARIERA IN DELOVNI STATUS (POLOŽAJ)

B.1. Prosimo navedite, zakaj ste se odločili za poklic medicinske sestre!

B. 2. Kje ste zaposleni?

Možen je en odgovor.

1. v bolnišnici
2. v zdravstvenem domu
3. v socialnem zavodu
4. v zdravilišču
5. drugo

B.3. Na katerem področju zdravstvene nege delujete?

Prosimo obkrožite. Možen je en odgovor.

1. preventiva
2. kurativa
3. preventiva in kurativa
4. drugo

B.4. Ali imate zdravniško oz. zdravstveno tradicijo v sorodstvu?

1. starši, bratje, sestre 1. NE
2. DA
Če da, 1. MS
2. zdravnik
3. drugi zdravstveni poklici
2. drugi bližnji sorodniki v zdravstvu 1. NE
2. DA
Če da, kateri 1. MS
2. zdravnik
3. drug zdravstveni poklici

3

B.5. Kakšna je stopnja strokovne izobrazbe vaših staršev?

	1	2
	oče	mati
1. osnovna šola		
2. srednja šola		
3. višja šola		
4. visoka šola oz. fakulteta		

B.6. Potek formalnega izobraževanja za zdravstveno nego (vpisite vrsto šole, kraj in zaklj. leto)

1. srednja šola _____ v _____ leto zaklj. šole 19__
2. višja šola: _____ v _____ 19__
3. specializacija _____ v _____ 19__
4. fakulteta: _____ v _____ 19__

B.7. Znanje tujih jezikov

Prosimo obkrožite

1. AN 2. NEM 3. _____
a. aktivno a. aktivno b. pasivno
b. pasivno b. pasivno b. pasivno

4

B.3. Delovno mesto
Prosimo obkrožite

- 1. timska med. sestra
- 2. oddelčna med. sestra
- 3. glavna med. sestra bolnišnice, zdravstvenega doma
- 4. med. sestra - vodja organizacijske enote
- 5. patronažna med. sestra
- 6. dispanzerska med. sestra
- 7. ambulantna med. sestra
- 8. drugo

B.9. Ali vaše delovno mesto ustreza vaši strokovni izobrazbi?
Prosimo obkrožite

- 1. ustreza
- 2. je preveč zahtevno
- 3. je premalo zahtevno

B.10. Kako dolgo ste na tem delovnem mestu (vpilite število let)? --

B.11. Delovna doba v zdravstvu --

B.12. Skupna delovna doba --

B.13. Leto prve zaposlitve 19__

B.14. Ali ste opravljali vodilna mesta v zdravstvu?
Prosimo obkrožite

- 1. NE
 - 2. DA
- Če da, katera
- 1. oddelčna med. sestra
 - 2. glavna sestra bolnišnice, zdravstvenega doma
 - 3. drugo

B.15. Koliko časa ste opravljali oz. opravljate vodilno delovno mesto (vpilite število let)? --

B.16. Ali ste se v času zaposlitve strokovno izpopolnjevali?
Prosimo obkrožite

- 1. NE
- 2. DA

- Če da, navedite prosim kje
- 1. v SLO
 - 2. v tujini

B.17. Kdo je financiral vaše udeležbe na strokovnih izpopolnjevanjih?
Prosimo obkrožite. Možen je en odgovor.

- 1. vaš zavod
- 2. sam (-a)
- 3. delno zavod, delno sam (-a)
- 4. Društvo MS in ZT
- 5. sponzorji
- 6. drugo

B.18. Kdo je organiziral strokovno izpopolnjevanje?
Prosimo obkrožite. Možen je en odgovor.

- 1. Zbornica ZN, sekcije
- 2. Društvo MS in ZT
- 3. Visoka zdravstvena šola v Mariboru
- 4. Visoka šola za zdravstvo v Ljubljani
- 5. Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije s sedežem v Mariboru
- 6. vaš zavod
- 7. drugo

B.19. V kakšni obliki je potekalo izpopolnjevanje?
Prosimo obkrožite

- 1. seminarji
- 2. strokovna posvetovanja
- 3. okrogle mize
- 4. učne delavnice
- 5. kongresi
- 6. drugo

B.20. Koliko strokovnih izpopolnjevanj ste se udeležili v zadnjih treh letih?
Prosimo obkrožite

- 1. enega
- 2. dveh
- 3. treh
- 4. petih
- 5. več kot petih

B.21. Ali ste član (-ica) Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov?
Prosimo obkrožite

- 1. NE
- 2. DA

B.22. Ali opravljate katero od funkcij v Društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov?
Prosimo obkrožite

- 1. NE
- 2. DA

B.23. Katere strokovne revije prebirate?
Prosimo odgovornite na vsa spodaj navedena vprašanja

	1 redno	2 občasno	3 ne prebiram
1. Utrp			
2. Ohzomik ZN			
3. Nurse Times			
4. Zdravstveni vestnik			
5. ISIS			
6. JAMA			
7. Informatika v zdravstvu			
8. Zdravstveno varstvo			
9. Občasnik ZZS			
10. VITA			
11. Informatica Medica			
12.			
13.			
14.			

B.24. Kateri članek (-ki) je (so) v zadnjem času pritegnili vašo pozornost? Prosim navedite

B.25. Ali ste tudi vi objavili v strokovni reviji ali v časopisu kakšen članek, samostojni sestavek v knjigi ali knjigo/učbenik?

- 1. NE
- 2. DA

Če da, navedite

1. naslov revije/časopisa

B. 26. Ali sodelujete v pedagoškem procesu Visoke zdravstvene šole v Mariboru?

- 1 NE
- 2 DA

Če da, kako ste vključeni?

- 1 prodavatelj (-ica) ZN
- 2 izvajate teoretične vaje
- 3 mentor (-ica) na ključnih vajah
- 4 drugo

B. 27. Kaj vam to pomeni?

Možen je en odgovor:

- 1 dodatno obremenitev
- 2 vzpodbudo za strokovno izpopolnjevanje
- 3 priznanje za vaše strokovno delo
- 4 drugo

B. 28. Ali menite, da je poklic medicinske sestre ustrezno priznan s strani družbe?

- 1 DA
- 2 NE

Če ne, zakaj ne?

- 1 poklic MS je premalo plačan
- 2 poklic MS ni cenjen, ker je področje delovanja ZN negotovje
- 3 poklic MS ni cenjen, ker področje ZN ni zakonsko urejeno
- 4 drugo

B. 29. S katerimi od navedenih poklicev se po vašem mnenju lahko primerja poklic medicinske sestre?

Prosimo obkrožite. Možen je en odgovor.

- 1 pravnik
- 2 zdravnik
- 3 odvetnik
- 4 arhitekt
- 5 ekonomist
- 6 inženir
- 7 učitelj srednje šole
- 8 socialni delavec
- 9 knjižničar
- 10 drugo

9

B. 30. S katerimi poklici po vašem mnenju je primerljiva plača medicinske sestre? Prosimo obkrožite. Možen je en odgovor.

- 1 pravnik
- 2 zdravnik
- 3 odvetnik
- 4 arhitekt
- 5 ekonomist
- 6 inženir
- 7 učitelj srednje šole
- 8 socialni delavec
- 9 knjižničar
- 10 drugo

B. 31. Kateri družbeni skupini (sloju, razredu) po vašem mnenju pripadate? Prosimo obkrožite. Možen je en odgovor.

- 1 spodnji
- 2 nižji srednji
- 3 srednji
- 4 višji srednji
- 5 zgornji
- 6 zavrnil odgovor
- 7 ne vem
- 8 brez odgovora

B. 32. Ali ste zadovoljni s svojo plačo?

Prosimo obkrožite. Možen je en odgovor.

- 4 zelo zadovoljen
- 3 zadovoljen
- 2 še kar zadovoljen
- 1 nisem zadovoljen
- 0 zelo nezadovoljen

B. 33. Ali ste v primerjavi z zdravniki za svoje delo ustrezno plačani?

Prosimo obkrožite. Možen je en odgovor.

- 4 povsem ustrezno
- 3 ustrezno
- 2 še kar ustrezno
- 1 neustrezno
- 0 povsem neustrezno

10

B. 34. Kdo po vašem mnenju lahko nadomesti delo medicinske sestre?

Prosimo obkrožite. Možen je en odgovor.

- 1 zdravnik
- 2 socialni delavec
- 3 zdravstveni tehnik
- 4 bolničar
- 5 nihče

B. 37. Navedite prosim področje dela na katerem naj bi medicinske sestre samostojno odločale o svojem delu!

Možnih je več odgovorov.

- 1 zdravstveno vzgojno izobraževanje
- 2 organizacija in načrtovanje ter izvajanje ZN
- 3 izobraževanje za zdravstveno nego
- 4 v diagnostično terapevtskem timu
- 5 drugo

B. 35. Ali zdravniki cenijo delo medicinske sestre?

- 1 DA
- 2 NE

Če ne, zakaj ne?

- 1 ker menijo, da je medicinska sestra njihova pomočnica
- 2 ker menijo, da lahko delo s področja zdravstvene nege opravijo sami
- 3 ker menijo, da lahko to delo opravi manj izobražen kader, kot npr. zdravstveni tehnik ali bolničar
- 4 drugo

B. 38. Ali menite, da naj bi imlele medicinske sestre pravico, da kot samostojne strokovnjakinje podajo strokovno mnenje s področja zdravstvene nege?

- 1 NE
- 2 DA

Če da, prosim navedite za katere sionve?

B.36. Ali zdravniki dovolj priznavajo delo medicinske sestre?

Prosimo obkrožite. Možen je en odgovor.

- 4 povsem priznavajo
- 3 dovolj priznavajo
- 2 priznavajo
- 1 ne priznavajo
- 0 sploh ne priznavajo

11

12

C. UREJENOST STROKOVNEGA PODROČJA

C.1. Ali je v vašem zavodu organizirana samostojna Služba zdravstvene nege (kot organizacijska oblika)?

- 1 DA
2 NE

Če ne, kdo opravlja to nalogo?

- 1 glavna medicinska sestra zavoda
2 direktor zavoda
3 direktor za kadrovske zadeve oz. kadrovik
4 drugo

C.2. Kaj je predvsem cilj Službe zdravstvene nege?
Prosimo odgovorite na vsako od navedenih trditev

	1	2
	DA	NE
1. zagotoviti kakovosti zdravstvene nege		
2. usklajeno delovanje		
3. strokovno povezovanje z medicinsko dejavnostjo		
4. organizacijsko povezovanje z medicinsko dejavnostjo		
5. nove namestitve vodilnih MS (VMS in s fakult. izobrazbo)		
6. napredovanje na delovnem mestu MS		
7. možnost za boljše plačana delovna mesta MS		
8. možnost večjega sodelovanja pri odločanju		

13

C.3. Ali menite, da bi izvajanje zdravstvene nege potekalo drugače, če bi bila Služba zdravstvene nege v vašem zavodu samostojna?
Prosimo, da za vsako od spodaj navedenih trditev izročite svoje mnenje

	4	3	2	1	0
	zelo se strinjam	strinjam se	delno se strinjam	se ne strinjam	sploh se ne strinjam
1. delo bi bilo bolj organizirano					
2. bolniki/varovanci bi bili bolj zadovoljni					
3. MS bi bile bolj samostojne pri delu					
4. odgovornosti MS bi bila točno določena					
5. plače MS bi bile bolj ugodne					

C.4. Pri izvajanju zdravstvene nege sodelujete?
Prosimo obkrožite

1. v negovalnem timu
2. v zdravstvenem timu
3. v obeh
4. delo poteka le delno v timu
5. delo ne poteka v timu
6. delo poteka individualno
7. drugo

C.5. Ali se čutite, da ste enakovredni član (-ica) tima?

	2	1	0
	povsem	delno	sploh ne
1. negovalni tim			
2. zdravstveni tim			

C.6. Ali vodja tima upošteva vaše strokovno mnenje?

	4	3	2	1	0
	vedno	pogosto	občasno	redko	nikoli
1. negovalni tim					
2. zdravstveni tim					

14

C.7. Na kakšen način poteka koordiniranje (delitev nalog) v timu?
Prosimo navedite

	1	2	3	4	5
	na strokovnem sestanku	na viziti	v sestriški sobi	po telefonu	mimogrede (na hodniku ...)
1. neg. tim					
2. zdr. tim					

C.8. Ali vodilna medicinska sestra sodeluje na zdravniških sestankih?

1. NE
2. DA

Če da, kolikokrat

1. vsak dan
2. enkrat tedensko
3. enkrat mesečno
4. 1x na 6 mesecev
5. 1x na leto

C.9. Če vodilna medicinska sestra sodeluje na zdravniški sestankih ali:
Prosimo obkrožite. Možnih je več odgovorov

1. predstavi proces ZN pri zahtevnejših bolnikih/varovancih
2. poroča o zdravstvenem stanju bolnikov na oddelku
3. poroča o zdravstvenem stanju bolnikov/varovancev
4. poroča o ugotovljenih potrebah po ZN
5. drugo

C.10. Kdo deli naloge medicinski sestri v zdravstvenem timu?
Možnih je več odgovorov

1. šef oddelka oz. namestnik
2. zdravnik specialista
3. zdravnik
4. drugi strokovnjaki

C.11. Katere naloge dodeljuje zdravnik medicinski sestri?
Možnih je več odgovorov

1. samo s področja medicine
2. tudi s področja ZN
3. s področja medicine in ZN

15

4 drugo

C.12. Za katere naloge se pri opravljanju poklica medicinske sestre čutite odgovorni?
Možnih je več odgovorov.

Prosimo navedite

1. za postopke ZN
2. za medicinsko tehnične posege
3. drugo

C.13. Katere naloge iz svoje pristojnosti najpogosteje dodeljujejo zdravniki medicinskim sestram?

	4	3	2	1	0
	vedno	pogosto	občasno	redko	nikoli
1. intravenska aplikacija zdravil					
2. i.m. aplikacija zdravil					
3. oralna in druga terapija					
4. vstavev in menjava urnskega katetra pri moškem					
5. odstranitev šivov					
6. prevez ran					
7.					
8.					
9.					
10.					

C.14. Ali ob dodeljevanju nalog iz pristojnosti zdravnika le-ti izdajajo:

	4	3	2	1	0
	vedno	pogosto	občasno	redko	nikoli
1. ustno pooblastilo					
2. pisno pooblastilo					

16

- C. 15. Kako najbolj pogosto ravnate ko sprejmete nalogo, ki niso v vaši pristojnosti?
Možen je le en odgovor
1. zahtevate pisno pooblastilo
 2. nalogo opravite, ker veste, da je to nujno potrebno bolniku
 3. ste tiho, ker ruma smisla diskutirati
 4. odklonite nalogo
 5. drugo
- C. 16. Kako najbolj pogosto ravnate, kadar pride do zapletov pri posegih, ki bi jih sicer moral opraviti zdravnik?
Možen je le en odgovor
1. takoj obvestim zdravnika
 2. poskušam sama rešiti zaplet
 3. poskušam rešiti zaplet s pomočjo kolege MS
 4. opazujem bolnika in čakam kaj se bo zgodilo
 5. ne obvestim nikogar
 6. drugo
- C. 17. Kdo menite, da je odgovoren, če pride do zapleta pri posegu, ki ste ga opravili, čeprav bi ga moral opraviti zdravnik?
Možen je le en odgovor
1. MS, ki je poseg opravila
 2. zdravnik, ker bi poseg moral opraviti sam
 3. nadrejena MS
 4. šef oddelka
 5. direktor zavoda
 6. drugo
- C. 18. Kje bi poiskali varstvo v primeru strokovne napake, ki bi se vam pripetila pri posegu, za katerega niste bili pristojni, da ga samostojno opravite?
Možen je le en odgovor
1. pri zdravniku, ki mi je poseg naročil
 2. pri vodilni MS
 3. pri glavnem MS
 4. pri direktorju zavoda
 5. pri Društvu MS in ZT
 6. pri odvetniku
 7. drugo

17

- C. 23. Ali menite, da bi nekatera opravila medicinske sestre opravil bolje zdravstveni tehnik, ker ima npr. več praktičnih izkušenj?
Možen je le en odgovor
1. NE
 2. DA
- Če da, prosimo navedite katere:
1. opazovanje in evidentiranje stanja zenic, zavesti
 2. intramuskularna aplikacija zdravil
 3. intravenozna aplikacija zdravil
 4. psihološka priprava bolnika na kemoterapijo in radioterapijo
 5. drugo
- C. 24. Kdo menite, da je odgovoren, če pride do strokovne napake pri opravljenih, ki so v pristojnosti medicinske sestre, pa jih je opravil zdravstveni tehnik?
Možen je le en odgovor
1. ZT, ki je postopek opravil (-a)
 2. MS, ker bi postopek morala opraviti
 3. nadrejena MS
 4. zdravnik
 5. direktor zavoda
 6. drugo

- C. 25. Kdo rešuje probleme oz. zaplete, ki se pripetijo na področju zdravstvene nege, kot npr.:

	1	2	3
	ZT	MS	Zdravniki
1. i.v. aplikacija zdravil			
2. anafilačni šoki			
3. šokice po i.m. aplikaciji zdravil			
4. metava in vstavitev urinskega katetra pri moščen			

19

- C. 19. Ali menite, da je razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki povsem jasna?

1. DA
2. NE

Če ne, katere naloge se predvsem prepletajo?

Prosimo navedite

- C. 20. Ali menite, da bi lahko nekatera opravila zdravnikov bolje opravile medicinske sestre?

1. NE
2. DA

Če da, katere od navedenih

1. aplikacija zdravil (i.v.)
2. prevoz ran
3. kateterizacija možkega
4. odvzem šivov
5. drugo

- C. 21. Prosimo, opišite delokrog zdravstvenega tehnika!
Možnih je več odgovorov.

1. izvajanje postopkov ZN
2. izvajanje posegov ZN
3. načrtovanje ZN
4. vrednotenje ZN
5. drugo

- C. 22. Ali medicinska sestra iz svojega delokroga dodeljuje postopke, posege zdravstvenemu tehniku?

1. NE
2. DA

Če da, katere

18

- C. 26. Ali menite, da je sistem izobraževanja medicinskih sester ustrezen?

1. DA
2. NE

Če ne, navedite zakaj:

- C. 27. Ali ste v teku študija dobili dovolj teoretičnega in praktičnega znanja za opravljanje poklica medicinske sestre?

	5	4	3	2	1	0
	bitveno preveč	preveč	dovolj	premalo	veliko premalo	bitveno premalo
teoretično znanje						
praktično znanje						

- C. 28. Kaj bi predvsem svetovali, da se v izobraževalnem procesu za zdravstveno nego doda, izboljša?

Prosimo navedite

- C. 29. Kaj bi po vašem mnenju lahko v izobraževalnem procesu za zdravstveno nego izpustili?

Prosimo navedite

- C. 30. Ali menite, da medicinska sestra potrebuje fakultetno izobrazbo s področja zdravstvene nege?

1. NE
2. DA

Če da, navedite zakaj:

20

C. 31. Na katerih delovnih mestih naj bi bila zaposlena medicinska sestra s fakultetno izobrazbo?

Prosimo navedite

- 1 glavna medicinska sestra zavoda (bolnišnica, zdrav. dom)
- 2 predavatelj ZN na srednji in visoki zdravstveni šoli
- 3 direktor zavoda (bolnišnica, zdrav. dom)
- 4 medicinska sestra - vodja organizacijske enote
- 5 drugo _____

C. 32. Ali izvajate zdravstveno nego po procesu zdravstvene nege?

- 1 NE
- 2 DA

Če da, koliko časa že

- 1 1 leto
- 2 2 - 5 let
- 3 6 - 9 let
- 4 10 let in več

C. 33. Ali menite, da je proces zdravstvene nege kot metoda dela v zdravstveni negi nujno potrebna?

- 1 NE
- 2 DA

Če da, navedite zakaj?

C.34. Ali menite, da vam izvajanje zdravstvene nege po metodi procesa zdravstvene nege

Možen je le en odgovor

- 1 jemlje veliko dragocenejša časa
- 2 olajša izvajanje ZN
- 3 zdi se vam nepotreben
- 4 drugo _____

21

C. 35. Ali menite, da tudi kadar ne delate po procesu zdravstvene nege ravinate: Prosimo obkrožite. Možen je en sam odgovor

- 4 zelo podobno
- 3 podobno
- 2 enako
- 1 drugače
- 0 povsem drugače

C. 36. Ali menite, da je proces zdravstvene nege: Prosimo obkrožite. Možen je en sam odgovor

- 1 nova metoda v teoriji ZN
- 2 normalen potek vsakega intelektualnega dela
- 3 je le teorizacija ZN
- 4 drugo _____

C. 37. Kakšne rezultate dosegate, če ne delate po procesu zdravstvene nege? Prosimo obkrožite. Možen je en sam odgovor

- 4 veliko boljše
- 3 boljše
- 2 enake
- 1 slabše
- 0 veliko slabše

C. 38. Koliko časa porabite za načrtovanje zdravstvene nege ?

Prosimo navedite čas, ki ga porabite za načrtovanje ZN za enega bolnika

_____ minut

--	--	--

C. 39. Ali delate več časa, če delate po procesu zdravstvene nege ali na običajen način? Možen je le en odgovor.

Prosimo navedite

- 1 po procesu ZN porabim več časa, vendar je delo doslednejše
- 2 po procesu ZN porabim več časa, vendar je delo bolj učinkovito
- 3 če ne delam po procesu ZN prihranim veliko časa, lahko se bolj posvetim bolniku
- 4 ker dobro poznam svoje delo, ne delam po procesu
- 5 drugo _____

22

40. Prosim navedite ustrezne slovenske izraze za

- 1 negovalne intervencije _____
- 2 negovalne diagnoze _____
- 3 negovalni tui _____
- 4 kontinuirana ZN _____
- 5 negovalne anamneze _____
- 6 standard ZN _____
- 7 proces ZN _____

C. 41. Pri katerih nalogah s področja zdravstvene nege uporabljate računalnik? Prosimo navedite

C. 42. Ali je po vašem mnenju obremenjenost medicinske sestre prevelika?

- 1 NE
- 2 DA

Če da, zakaj?

- 1 zaradi racionalizacije v zdravstvu, ki se odraža predvsem v zmanjševanju števila MS
- 2 zaradi uvajanja novih metod dela na področju ZN
- 3 zaradi uvajanja mentorstva pripravnikom in mentorstva pri kliničnih vajah študentom ZN
- 4 zaradi uvajanja računalniško podprtega sistema zdravstvenega varstva
- 5 drugo _____

23

C. 43. Kdo po vašem mnenju oblikuje razvoj zdravstvene nege? Možen je en odgovor.

- 1 MS same
- 2 Društvo MS in ZT
- 3 Zbornica ZN
- 4 zavod v katerem ste zaposleni
- 5 drugo _____

C. 44. Kako po vaših izkušnjah gledajo na zdravstveno nego zdravniki? Prosimo obkrožite. Možen je en odgovor

- 1 ZN je zanje samostojna dejavnost v zdravstvu
- 2 ZN je zanje strokovna disciplina kot medicina
- 3 ZN je zanje pomožna dejavnost v zdravstvu
- 4 drugo _____

C. 45. Katere medicinske sestre so po vašem mnenju najbolj priljubljene pri: Prosimo opredelite se do vseh navedenih trditve:

	1	2	3
	pri kolegicah MS	pri zdravnikih	pri bolnikih
1 MS, ki so netrne in tankočutne (pozorne) negovalke pripravljene prisluhniti bolniku, ubogljive			
2 MS, ki so lepe in spogledljive			
3 MS, ki jim največ pomena red in disciplina			
4 MS, ki temeljito opravljajo tehnične postopke			

24

VPRAŠALNIK ZA PREBIVALCE SV SLOVENIJE

V raziskavo bodo vključeni naključno izbrani prebivalci na območju SV Slovenije

A. Podatki o respondenti

A.1. Kraj bivanja? _____

--	--	--	--

A.2. Spol

- 1. moški
- 2. ženski

A.3. Katerega leta ste rojeni? 19__

--	--

A.4. Kakšna je vaša stopnja strokovne izobrazbe?
Možen je en odgovor.

- 1. osnovna šola
- 2. srednja šola
- 3. višja šola
- 4. visoka šola oz. fakulteta
- 5. b.o.

A.6. V kakšni organizaciji ste zaposleni?
Možen je en odgovor.

- 1. pridobitni dejavnosti (podjetja,banke,podjetnik, itd.)
- 2. nepridobitni dejavnosti (zavodi, ustanove, itd.)
- 3. kmet
- 4. nezaposlen
- 5. drugo

A.7. Ali ste zaposleni na vodilnem delovnem mestu?

- 1. NE
- 2. DA

B. Prepoznavnost poklica MS

B.1. Prosim navedite s katerimi vrstami zdravstvenih delavcev se srečujete v zdravstvenih ustanovah (zdravstvenem domu, bolnišnicah ...)

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

B.2. Če ste med poklici navedli tudi poklic medicinske sestre oštevilčite po pomembnosti največ tri med spodaj navedenimi znaki po katerem (-ih) takoj veste, da gre za zdravstvenega delavca, ki opravlja delo medicinske sestre:

- po barvi delovne obleke
- ker preberem na priponki (bedgu), ki jo ima delavka (-vec) pripeto na delovni obleki
- po tem, ker sedi v sprejemni pisarni za prijavo za pregled pri zdravniku
- po tem, ker me pokliče, ko sem na vrsti, ko čakam na zdravnika
- po zdravstveni storitvi, ki jo sama opravi
- drugo

B.3. Če medicinsko sestro spoznate izmed drugih poklicev v zdravstvu po zdravstveni storitvi, ki jo opravi za vas, naštejte, prosim, čim več takih storitev.

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

B.4. Ali je po vašem mnenju poklic medicinske sestre predvsem ženski poklic?

- 1. NE
- 2. DA

Če da, navedite zakaj?

B.5. Prosim navedite, kako ogovorite medicinsko sestro, ki ji pristopate

- 1. če je ženska _____
- 2. če je moški _____

B.6. Ali mislite, da je poklic medicinske sestre dovolj priznan v družbi?

- 1. DA
- 2. NE

B.7. Ali je po vašem mnenju poklic medicinske sestre naporen?

	4	3	2	1	0
1. fizično naporen	zelo naporen	naporen	neopredeljen	ni naporen	sploh ni naporen
2. psihično naporen					

B.8. Katere vodilne funkcije po vašem mnenju lahko opravlja medicinska sestra? Prosim navedite

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. drugo

B.9. Ali po vašem mnenju lahko opravlja poklic medicinske sestre samo tisti, ki je zaključil predpisano šolo?

- 1. DA
- 2. NE

Če ne, prosim navedite kdo še lahko opravlja ta poklic

B.10. Ali je po vašem mnenju medicinska sestra pri opravljanju svojega dela s področja zdravstvene nege samostojna, ali potrebuje nasvet zdravnika?

- 1. je samostojna
- 2. potrebuje nasvet zdravnika

B.11. Kakšne lastnosti naj bi imela medicinska sestra? Prosim navedite:

- 1. ljubezniva
- 2. nežna
- 3. pozorna
- 4. čustvena
- 5. hladnokrvna
- 6. brezvoljna
- 7. površna
- 8. drugo _____

B.12. Prosimo navedite kakšne so vaše izkušnje z medicinskimi sestrami !
Prosimo, da se opredelite do vseh spodaj navedenih trditev.

	1	2
	DA	NE
1. MS, ki sem jih srečal (-a), so bile v glavnem ljubezne in pristopne.		
2. Svoje delo opravljajo z zadovoljstvom in interesom.		
3. Sproščeno se pogovarjajo z bolniki.		
4. Zanimajo jih vse težave bolnikov (emocionalne, socialne, družinske ...).		
5. Zelo so pozorne in vedo kaj delajo.		
6. V glavnem so ne ljubezne in nedostopne.		
7. Svoje delo opravljajo brezvoljno in površno.		
8. Ne želijo se pogovarjati z bolnikom (-ce).		
9. Imam občutek, da mislijo, da so bolniki (-ce) sitni (-e) in se jezijo nanje.		
10. Ne žalijo bolnika (-ce) niti ne sočustvujejo z njim.		

B.13. Katere medicinske sestre so po vašem mnenju najbolj priljubljene?
Prosimo opredelite se do vseh spodaj navedenih trditev.

	1	2
	DA	NE
1. MS, ki so pripravljene prisluhniti bolniku.		
2. MS, ki so lepega izgleda in spogledljive.		
3. MS, ki jim največ pomeni red in disciplina.		
4. MS, ki vestno opravljajo svoja opravila.		

B.14. Navedite prosim druge poklice v zdravstvu!

5

B.15. S katerimi od navedenih poklicev se po vašem mnenju lahko primerja poklic medicinske sestre?
Možen je en odgovor.

1. pravnik
2. zdravnik
3. odvetnik
4. arhitekt
5. ekonomist
6. inženir
7. učitelj srednje šole
8. socialni delavec
9. knjižničar
10. drugo _____

--	--

B.16. S katerimi poklici menite je primerljiva plača medicinske sestre ?
Možen je en odgovor.

1. pravnik
2. zdravnik
3. odvetnik
4. arhitekt
5. inženir
6. učitelj srednje šole
7. socialni delavec
8. knjižničar
9. drugo _____

--	--

6

--	--	--	--

VPRAŠALNIK ZA ŠTUDENTE ZDRAVSTVENE NEGE

V raziskavi bodo sodelovali študenti zdravstvene nege Visoke zdravstvene šole v Mariboru, Univerze v Mariboru.

A. Splošni podatki

A.1. Spol

1. moški
2. ženski

A.2. Katerega leta ste rojeni? 19__

--	--

A.3. Kakšen je vaš zakonski stan?

Možen je en odgovor

1. samski (-a)
2. poročen (-a)
3. razvezan (-a)
4. izvenzakonske skupnosti
5. vdovec (-a)
6. b.o.

A.4. Ali imate otroke?

1. NE
2. DA

Če da, koliko?

- Od tege 1. __ v šoli, študij
2. __ zaposleni
3. __ nezaposleni

A.5. Število oseb v gospodinjstvu? __

(vpišite število)

--	--

A.10. Prosim povejte, kolikšen je dohodek vašega gospodinjstva, če upoštevate vse zasluge, (pokojsnine, štipendije in druge dohodke gospodinjstva) in preden plačate davke in druge dajatve? (navedeni razredi)

1. manj kot 60.000
2. od 60.000 do 75.000 SIT
3. od 75.000 do 80.000 SIT
4. od 80.000 do 85.000 SIT
5. od 85.000 do 100.000 SIT
6. od 100.000 do 150.000 SIT
7. od 150.000 do 200.000 SIT
8. od 200.000 do 250.000 SIT
9. več kot 250.000 SIT
10. ne ve, neče povedati

A.11. Kateri družbeni skupini (sloju, razredu) se vam zdi da pripadate?

Možen je en odgovor

1. spodnji
2. nižji srednji
3. srednji
4. višji srednji
5. zgornji
6. zavrnil odgovor
7. ne ve
8. brez odgovora

A.6. Ali stanujete v:

	1	2
	lastno	v najemu
1. stanovanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. hiši	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.7. Ali stanujete

Možen je en odgovor:

1. s starši
2. sami (-a)
3. z družino
4. v štud. domu

A.8. Izobrazba vaših staršev

	1	2
	oče	mati
1. osnovna šola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. srednja šola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. višja šola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. visoka šola oz. fakulteta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.9. Ali imate zdravniško oz. zdravstveno tradicijo v sorodstvu?

1. starši, bratje, sestre 1. NE
2. DA

Če da,

1. MS
2. zdravnik
3. drugi zdravstveni poklici

2. drugi bližnji sorodniki v zdravstvu 1. NE
2. DA

Če da, kateri

1. MS
2. zdravnik
3. drugi zdravstveni poklici

B

B.1. Prosim navedite zakaj ste se odločili za poklic medicinske sestre?

Možnih je več odgovorov.

B.2. Ali ste zadovoljni, da ste se uspeli vpisati na Visoko zdravstveno šolo Univerze v Mariboru?

Možen je en odgovor:

4. zelo zadovoljen
3. zadovoljen
2. še kar zadovoljen
1. nisem zadovoljen
0. zelo nezadovoljen

B.3. Kako študenti drugih fakultet cenijo vas študente Visoke zdravstvene šole Univerze v Mariboru?

Možen je en odgovor:

4. zelo nas cenijo
3. cenijo nas
2. še kar nas cenijo
1. ne cenijo nas
0. sploh nas ne cenijo

B.4. Za študij zdravstvene nege sem se odločil (-ia) ker sem si predstavljal (-a), da mi bo to prineslo

Možnih je več odgovorov

1. varno in takojšnjo zaposlitev
2. dobro plačo
3. zaželen ugled v družbi
4. ker so me k temu prepovabili starši
5. drugo

C

C.1. Kako dobro je po vašem mnenju urejeno področje zdravstvene nege v zdravstvu?
Možen je en odgovor:

- 4 zelo dobro
- 3 dobro
- 2 srednje
- 1 slabo
- 0 zelo slabo

C.5. Kakšne izboljšave predlagate?

C.2. Kakšno je po vašem mnenju izvajanje pedagoškega procesa na Visoki zdravstveni šoli Univerze v Mariboru?
Možen je en odgovor:

- 4 zelo dobro
- 3 dobro
- 2 srednje
- 1 slabo
- 0 zelo slabo

C.3. Kakšno je po vašem mnenju izvajanje kliničnih vaj v učnih bazah Visoke zdravstvene šole Univerze v Mariboru?
Možen je en odgovor:

- 4 zelo dobro
- 3 dobro
- 2 srednje
- 1 slabo
- 0 zelo slabo

C.4. Kakšno je po vašem mnenju izvajanje študijskega programa, ki se nanasa na Računalništvo v zdravstvu in zdravstveni negi?
Možen je en odgovor:

- 4 zelo dobro
- 3 dobro
- 2 srednje
- 1 slabo
- 0 zelo slabo

5

6

Hi-kvadrat testi – MEDICINSKE SESTRE

	B 16 2	B 21 2	B 23 4	B 23 5	B 23 7	B 23 9	B 32
Starost [A 2 S]	0,011	0,252	0,001	0,237	0,252	0,001	0,441
Št. oseb v gosp. [A 5 2]	0,900	0,008	0,825	0,381	0,677	0,555	0,460
Izobrazba očeta [B 5 1]	0,667	0,567	0,144	0,783	0,032	0,066	0,653
Izobrazba matere [B 5 2]	0,037	0,620	0,230	0,159	0,375	0,235	0,516
Zaposlitev [B 2]	0,365	0,092	0,407	0,002	0,948	0,002	0,000
Delovno mesto [B 8 S]	0,034	0,461	0,019	0,721	0,374	0,025	0,207
Del. doba v zdravstvu [B 11 S 2]	0,001	0,288	0,067	0,185	0,643	0,000	0,542

	B 38 2	C 5 2	C 6 2	C 6 2	C 7 1	C 7 2	C 13 1
Starost [A 2 S]	0,166	0,029	0,062	0,062	0,199	0,094	0,223
Št. oseb v gosp. [A 5 2]	0,220	0,054	0,596	0,596	0,088	0,122	0,745
Izobrazba očeta [B 5 1]	0,022	0,696	0,189	0,189	0,655	0,232	0,488
Izobrazba matere [B 5 2]	0,223	0,233	0,081	0,081	0,899	0,592	0,763
Zaposlitev [B 2]	0,359	0,017	0,004	0,004	0,000	0,000	0,003
Delovno mesto [B 8 S]	0,195	0,621	0,986	0,986	0,276	0,095	0,352
Del. doba v zdravstvu [B 11 S 2]	0,389	0,063	0,006	0,006	0,483	0,198	0,259

	C 13 4	C 14 1	C 14 2	C 17	C 18	C 19 2	C 27 1
Starost [A 2 S]	0,758	0,254	0,056	0,257	0,255	0,830	0,063
Št. oseb v gosp. [A 5 2]	0,698	0,525	0,826	0,148	0,628	0,202	0,332
Izobrazba očeta [B 5 1]	0,028	0,632	0,221	0,421	0,814	0,031	0,933
Izobrazba matere [B 5 2]	0,742	0,017	0,205	0,847	0,118	0,195	0,003
Zaposlitev [B 2]	0,005	0,458	0,140	0,019	0,026	0,289	0,209
Delovno mesto [B 8 S]	0,132	0,235	0,080	0,406	0,301	0,012	0,459
Del. doba v zdravstvu [B 11 S 2]	0,927	0,754	0,048	0,726	0,447	0,394	0,106

	C 27 2	C 30 2	C 33 2	C 45 1	C 45 2	C 45 4
Starost [A 2 S]	0,002	0,048	0,009	0,214	0,074	0,598
Št. oseb v gosp. [A 5 2]	0,148	0,734	0,857	0,779	0,729	0,043
Izobrazba očeta [B 5 1]	0,305	0,988	0,228	0,763	0,775	0,657
Izobrazba matere [B 5 2]	0,326	0,268	0,010	0,926	0,892	0,292
Zaposlitev [B 2]	0,490	0,015	0,919	0,808	0,537	0,787
Delovno mesto [B 8 S]	0,864	0,383	0,713	0,001	0,020	0,801
Del. doba v zdravstvu [B 11 S 2]	0,008	0,050	0,313	0,016	0,106	0,375

Crosstabs

Starost A2 * Strokovno izpopolnjevanje B16_2

		Crosstab		Strokovno izpopolnjevanje B16_2		Total
			NE	DA		
Starost A2	od 21 do 30 let	Count	12	30	42	
		% within Starost A2	28.6%	71.4%	100.0%	
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	50.0%	20.8%	25.0%	
		% of Total	7.1%	17.9%	25.0%	
	od 31 do 40 let	Count	6	39	45	
		% within Starost A2	13.3%	86.7%	100.0%	
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	25.0%	27.1%	26.8%	
		% of Total	3.6%	23.2%	26.8%	
	od 41 do 50 let	Count	5	41	46	
		% within Starost A2	10.9%	89.1%	100.0%	
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	20.8%	28.5%	27.4%	
		% of Total	3.0%	24.4%	27.4%	
	od 51 do 60 let	Count	1	34	35	
		% within Starost A2	2.9%	97.1%	100.0%	
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	4.2%	23.6%	20.8%	
		% of Total	.6%	20.2%	20.8%	
Total		Count	24	144	168	
		% within Starost A2	14.3%	85.7%	100.0%	
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	14.3%	85.7%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.205(a)	3	.011
Likelihood Ratio	11.494	3	.009
Linear-by-Linear Association	10.073	1	.002
N of Valid Cases	168		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2 * Strokovno izpopolnjevanje B16_2

		Crosstab		Strokovno izpopolnjevanje B16_2		Total
			NE	DA		
Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	osnovnošolska	Count	3	57	60	
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	5.0%	95.0%	100.0%	

		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	12.5%	39.6%	35.7%
		% of Total	1.8%	33.9%	35.7%
	srednješolska	Count	19	79	98
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	19.4%	80.6%	100.0%
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	79.2%	54.9%	58.3%
		% of Total	11.3%	47.0%	58.3%
	višja ali visoka	Count	2	8	10
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	20.0%	80.0%	100.0%
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	8.3%	5.6%	6.0%
		% of Total	1.2%	4.8%	6.0%
Total		Count	24	144	168
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	14.3%	85.7%	100.0%
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	14.3%	85.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.575(a)	2	.037
Likelihood Ratio	7.577	2	.023
Linear-by-Linear Association	5.558	1	.018
N of Valid Cases	168		

a 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.43.

Delovno mesto B8 * Strokovno izpopolnjevanje B16_2

Crosstab

			Strokovno izpopolnjevanje B16_2		Total
			NE	DA	
Delovno mesto B8	Vodilne	Count	5	63	68
		% within Delovno mesto B8	7.4%	92.6%	100.0%
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	20.8%	43.8%	40.5%
		% of Total	3.0%	37.5%	40.5%
	Nevodilne	Count	19	81	100
		% within Delovno mesto B8	19.0%	81.0%	100.0%
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	79.2%	56.3%	59.5%
		% of Total	11.3%	48.2%	59.5%
Total		Count	24	144	168
		% within Delovno mesto B8	14.3%	85.7%	100.0%
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	14.3%	85.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.484(b)	1	.034		
Continuity Correction(a)	3.583	1	.058		
Likelihood Ratio	4.831	1	.028		
Fisher's Exact Test				.043	.026
Linear-by-Linear Association	4.457	1	.035		
N of Valid Cases	168				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.71.

Delovna doba v zdravstvu B11 * Strokovno izpopolnjevanje B16_2

Crosstab

			Strokovno izpopolnjevanje B16_2		Total
			NE	DA	
Delovna doba v zdravstvu B11	do 10 let	Count	17	42	59
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	28.8%	71.2%	100.0%
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	70.8%	29.2%	35.1%
		% of Total	10.1%	25.0%	35.1%
	od 11 do 20 let	Count	3	35	38
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	7.9%	92.1%	100.0%
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	12.5%	24.3%	22.6%
		% of Total	1.8%	20.8%	22.6%
	od 21 do 30 let	Count	3	47	50
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	6.0%	94.0%	100.0%
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	12.5%	32.6%	29.8%
		% of Total	1.8%	28.0%	29.8%
	31 in več	Count	1	20	21
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	4.8%	95.2%	100.0%
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	4.2%	13.9%	12.5%
		% of Total	.6%	11.9%	12.5%
Total		Count	24	144	168
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	14.3%	85.7%	100.0%
		% within Strokovno izpopolnjevanje B16_2	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	14.3%	85.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.796(a)	3	.001
Likelihood Ratio	15.215	3	.002
N of Valid Cases	168		

a 1 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

Število oseb v gospodinjstvu A5 * Članica društva MS in ZT B21_2

Crosstab

			Članica društva MS in ZT B21_2		Total
			NE	DA	
Število oseb v gospodinjstvu A5	od 1 do 3 osebe	Count	16	66	82
		% within Število oseb v gospodinjstvu A5	19.5%	80.5%	100.0%
		% within Članica društva MS in ZT B21_2	76.2%	45.2%	49.1%
		% of Total	9.6%	39.5%	49.1%

	4 in več	Count	5	80	85
		% within Število oseb v gospodinjstvu A5	5.9%	94.1%	100.0%
		% within Članica društva MS in ZT B21_2	23.8%	54.8%	50.9%
		% of Total	3.0%	47.9%	50.9%
Total		Count	21	146	167
		% within Število oseb v gospodinjstvu A5	12.6%	87.4%	100.0%
		% within Članica društva MS in ZT B21_2	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	12.6%	87.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.053(b)	1	.008		
Continuity Correction(a)	5.867	1	.015		
Likelihood Ratio	7.350	1	.007		
Fisher's Exact Test				.010	.007
N of Valid Cases	167				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.31.

Starost A2 * Zdravstveni vestnik B23_4

Crosstab

		Zdravstveni vestnik B23_4			Total	
		redno	obcasno	ne prebiram		
Starost A2	od 21 do 30 let	Count	2	8	31	41
		% within Starost A2	4.9%	19.5%	75.6%	100.0%
		% within Zdravstveni vestnik B23_4	10.5%	18.6%	30.7%	25.2%
		% of Total	1.2%	4.9%	19.0%	25.2%
	od 31 do 40 let	Count	5	7	31	43
		% within Starost A2	11.6%	16.3%	72.1%	100.0%
		% within Zdravstveni vestnik B23_4	26.3%	16.3%	30.7%	26.4%
		% of Total	3.1%	4.3%	19.0%	26.4%
	od 41 do 50 let	Count	3	13	28	44
		% within Starost A2	6.8%	29.5%	63.6%	100.0%
		% within Zdravstveni vestnik B23_4	15.8%	30.2%	27.7%	27.0%
		% of Total	1.8%	8.0%	17.2%	27.0%
	od 51 do 60 let	Count	9	15	11	35
		% within Starost A2	25.7%	42.9%	31.4%	100.0%
		% within Zdravstveni vestnik B23_4	47.4%	34.9%	10.9%	21.5%
		% of Total	5.5%	9.2%	6.7%	21.5%
Total		Count	19	43	101	163
		% within Starost A2	11.7%	26.4%	62.0%	100.0%
		% within Zdravstveni vestnik B23_4	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	11.7%	26.4%	62.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.830(a)	6	.001
Likelihood Ratio	21.721	6	.001
Linear-by-Linear Association	14.427	1	.000
N of Valid Cases	163		

a 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.08.

Delovno mesto B8 * Zdravstveni vestnik B23_4

Crosstab

		Zdravstveni vestnik B23_4			Total	
		redno	obcasno	ne prebiram		
Delovno mesto B8	Vodilne	Count	12	20	32	64
		% within Delovno mesto B8	18.8%	31.3%	50.0%	100.0%
		% within Zdravstveni vestnik B23_4	63.2%	46.5%	31.7%	39.3%
		% of Total	7.4%	12.3%	19.6%	39.3%
	Nevodilne	Count	7	23	69	99
		% within Delovno mesto B8	7.1%	23.2%	69.7%	100.0%
		% within Zdravstveni vestnik B23_4	36.8%	53.5%	68.3%	60.7%
		% of Total	4.3%	14.1%	42.3%	60.7%
Total		Count	19	43	101	163
		% within Delovno mesto B8	11.7%	26.4%	62.0%	100.0%
		% within Zdravstveni vestnik B23_4	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	11.7%	26.4%	62.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.930(a)	2	.019
Likelihood Ratio	7.842	2	.020
Linear-by-Linear Association	7.872	1	.005
N of Valid Cases	163		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.46.

Zaposlitev B2 * ISIS B23_5

Crosstab

		ISIS B23_5			Total	
		redno	obcasno	ne prebiram		
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count	3	4	68	75
		% within Zaposlitev B2	4.0%	5.3%	90.7%	100.0%
		% within ISIS B23_5	60.0%	15.4%	52.3%	46.6%
		% of Total	1.9%	2.5%	42.2%	46.6%
	zdravstveni dom	Count	2	19	42	63
		% within Zaposlitev B2	3.2%	30.2%	66.7%	100.0%
		% within ISIS B23_5	40.0%	73.1%	32.3%	39.1%
		% of Total	1.2%	11.8%	26.1%	39.1%
	drugo	Count		3	20	23
		% within Zaposlitev B2		13.0%	87.0%	100.0%
		% within ISIS B23_5		11.5%	15.4%	14.3%
		% of Total		1.8%	12.3%	14.3%

		% of Total		1.9%	12.4%	14.3%
Total		Count	5	26	130	161
		% within Zaposlitev B2	3.1%	16.1%	80.7%	100.0%
		% within ISIS B23_5	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	3.1%	16.1%	80.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.706(a)	4	.002
Likelihood Ratio	17.828	4	.001
Linear-by-Linear Association	1.112	1	.292
N of Valid Cases	161		

a 4 cells (44.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .71.

Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1 * Informatika v zdravstvu B23_7

Crosstab

		Informatika v zdravstvu B23_7			Total	
			redno	obcasno	ne prebiram	
Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1	osnovnošolska	Count	3	19	39	61
		% within Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1	4.9%	31.1%	63.9%	100.0%
		% within Informatika v zdravstvu B23_7	50.0%	48.7%	33.3%	37.7%
		% of Total	1.9%	11.7%	24.1%	37.7%
	srednješolska	Count	2	14	72	88
		% within Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1	2.3%	15.9%	81.8%	100.0%
		% within Informatika v zdravstvu B23_7	33.3%	35.9%	61.5%	54.3%
		% of Total	1.2%	8.6%	44.4%	54.3%
	višja ali visoka	Count	1	6	6	13
		% within Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1	7.7%	46.2%	46.2%	100.0%
		% within Informatika v zdravstvu B23_7	16.7%	15.4%	5.1%	8.0%
		% of Total	.6%	3.7%	3.7%	8.0%
Total		Count	6	39	117	162
		% within Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1	3.7%	24.1%	72.2%	100.0%
		% within Informatika v zdravstvu B23_7	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	3.7%	24.1%	72.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.550(a)	4	.032
Likelihood Ratio	10.294	4	.036
Linear-by-Linear Association	.205	1	.651
N of Valid Cases	162		

a 4 cells (44.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .48.

Starost A2 * Obcasnik ZZS B23_9

Crosstab

		Obcasnik ZZS B23_9			Total	
			redno	obcasno	ne prebiram	
Starost A2	od 21 do 30 let	Count	1	6	34	41
		% within Starost A2	2.4%	14.6%	82.9%	100.0%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	3.0%	16.2%	36.2%	25.0%
		% of Total	.6%	3.7%	20.7%	25.0%
	od 31 do 40 let	Count	7	10	27	44
		% within Starost A2	15.9%	22.7%	61.4%	100.0%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	21.2%	27.0%	28.7%	26.8%
		% of Total	4.3%	6.1%	16.5%	26.8%
	od 41 do 50 let	Count	13	12	19	44
		% within Starost A2	29.5%	27.3%	43.2%	100.0%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	39.4%	32.4%	20.2%	26.8%
		% of Total	7.9%	7.3%	11.6%	26.8%
	od 51 do 60 let	Count	12	9	14	35
		% within Starost A2	34.3%	25.7%	40.0%	100.0%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	36.4%	24.3%	14.9%	21.3%
		% of Total	7.3%	5.5%	8.5%	21.3%
Total		Count	33	37	94	164
		% within Starost A2	20.1%	22.6%	57.3%	100.0%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	20.1%	22.6%	57.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.102(a)	6	.001
Likelihood Ratio	25.094	6	.000
Linear-by-Linear Association	20.417	1	.000
N of Valid Cases	164		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.04.

Zaposlitev B2 * Obcasnik ZZS B23_9

Crosstab

		Obcasnik ZZS B23_9			Total	
			redno	obcasno	ne prebiram	
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count	8	12	56	76
		% within Zaposlitev B2	10.5%	15.8%	73.7%	100.0%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	24.2%	32.4%	59.6%	46.3%
		% of Total	4.9%	7.3%	34.1%	46.3%
	zdravstveni dom	Count	16	19	28	63
		% within Zaposlitev B2	25.4%	30.2%	44.4%	100.0%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	48.5%	51.4%	29.8%	38.4%
		% of Total	9.8%	11.6%	17.1%	38.4%
	drugo	Count	9	6	10	25
		% within Zaposlitev B2	36.0%	24.0%	40.0%	100.0%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	27.3%	16.2%	10.6%	15.2%
		% of Total	5.5%	3.7%	6.1%	15.2%
Total		Count	33	37	94	164

	% within Zaposlitev B2	20.1%	22.6%	57.3%	100.0%
	% within Obcasnik ZZS B23_9	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	20.1%	22.6%	57.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.342(a)	4	.002
Likelihood Ratio	17.455	4	.002
Linear-by-Linear Association	14.421	1	.000
N of Valid Cases	164		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.03.

Delovno mesto B8 * Obcasnik ZZS B23_9

Crosstab

		Obcasnik ZZS B23_9			Total
		redno	obcasno	ne prebiram	
Delovno mesto B8	Vodilne	Count	18	18	29
		% within Delovno mesto B8	27.7%	27.7%	44.6%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	54.5%	48.6%	30.9%
		% of Total	11.0%	11.0%	17.7%
	Nevodilne	Count	15	19	65
		% within Delovno mesto B8	15.2%	19.2%	65.7%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	45.5%	51.4%	69.1%
		% of Total	9.1%	11.6%	39.6%
Total		Count	33	37	94
		% within Delovno mesto B8	20.1%	22.6%	57.3%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	20.1%	22.6%	57.3%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.354(a)	2	.025
Likelihood Ratio	7.346	2	.025
Linear-by-Linear Association	6.915	1	.009
N of Valid Cases	164		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.08.

Delovna doba v zdravstvu B11 * Obcasnik ZZS B23_9

Crosstab

		Obcasnik ZZS B23_9			Total
		redno	obcasno	ne prebiram	
Delovna doba v zdravstvu B11	do 10 let	Count	3	9	46
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	5.2%	15.5%	79.3%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	9.1%	24.3%	48.9%
		% of Total	1.8%	5.5%	28.0%
	od 11 do 20 let	Count	8	8	21
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	21.6%	21.6%	56.8%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	24.2%	21.6%	22.3%
		% of Total	4.9%	4.9%	12.8%
	od 21 do 30 let	Count	13	17	18
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	27.1%	35.4%	37.5%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	39.4%	45.9%	19.1%
		% of Total	7.9%	10.4%	11.0%
	31 in več	Count	9	3	9
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	42.9%	14.3%	42.9%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	27.3%	8.1%	9.6%
		% of Total	5.5%	1.8%	5.5%
Total		Count	33	37	94
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	20.1%	22.6%	57.3%
		% within Obcasnik ZZS B23_9	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	20.1%	22.6%	57.3%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.429(a)	6	.000
Likelihood Ratio	28.467	6	.000
N of Valid Cases	164		

a 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.23.

Zaposlitev B2 * Zadovoljstvo s plačo B32

Crosstab

		Zadovoljstvo s plačo B32				Total
		zelo nezadovoljen	nezadovoljen	še kar zadovoljen	zadovoljen	
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count	3	32	34	8
		% within Zaposlitev B2	3.9%	41.6%	44.2%	10.4%
		% within Zadovoljstvo s plačo B32	20.0%	50.8%	51.5%	33.3%
		% of Total	1.8%	19.0%	20.2%	4.8%
	zdravstveni dom	Count	12	26	21	7
		% within Zaposlitev B2	18.2%	39.4%	31.8%	10.6%
		% within Zadovoljstvo s plačo B32	80.0%	41.3%	31.8%	29.2%
		% of Total	7.1%	15.5%	12.5%	4.2%
	drugo	Count		5	11	9
		% within Zaposlitev B2		20.0%	44.0%	36.0%
		% within Zadovoljstvo s plačo B32		7.9%	16.7%	37.5%
		% of Total		3.0%	6.5%	5.4%
Total		Count	15	63	66	24
		% within Zaposlitev B2	8.9%	37.5%	39.3%	14.3%
		% within Zadovoljstvo s plačo B32	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	8.9%	37.5%	39.3%	14.3%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.427(a)	6	.000

Likelihood Ratio	23.902	6	.001
Linear-by-Linear Association	2.619	1	.106
N of Valid Cases	168		

a 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.23.

Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1 * Ima svoje mnenje B38_2

		Crosstab		Ima svoje mnenje B38_2		Total
			NE	DA		
Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1	osnovnošolska	Count	8	57		65
		% within Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1	12.3%	87.7%		100.0%
		% within Ima svoje mnenje B38_2	80.0%	36.3%		38.9%
		% of Total	4.8%	34.1%		38.9%
srednješolska	Count	2	87			89
		% within Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1	2.2%	97.8%		100.0%
		% within Ima svoje mnenje B38_2	20.0%	55.4%		53.3%
		% of Total	1.2%	52.1%		53.3%
višja ali visoka	Count			13		13
		% within Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1		100.0%		100.0%
		% within Ima svoje mnenje B38_2		8.3%		7.8%
		% of Total		7.8%		7.8%
Total	Count	10	157			167
		% within Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1	6.0%	94.0%		100.0%
		% within Ima svoje mnenje B38_2	100.0%	100.0%		100.0%
		% of Total	6.0%	94.0%		100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.652(a)	2	.022
Likelihood Ratio	8.069	2	.018
Linear-by-Linear Association	6.821	1	.009
N of Valid Cases	167		

a 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .78.

Starost A2 * Zdravstveni tim C5_2

		Crosstab			Total		
			Zdravstveni tim C5_2				
			sploh ne	delno	povsem		
Starost A2	od 21 do 30 let	Count	4	32	6	42	
			% within Starost A2	9.5%	76.2%	14.3%	100.0%
			% within Zdravstveni tim C5_2	30.8%	34.4%	10.5%	25.8%
		% of Total	2.5%	19.6%	3.7%	25.8%	
od 31 do 40 let	Count	3	26	14		43	
		% within Starost A2	7.0%	60.5%	32.6%	100.0%	
		% within Zdravstveni tim C5_2	23.1%	28.0%	24.6%	26.4%	
		% of Total	1.8%	16.0%	8.6%	26.4%	
od 41 do 50 let	Count	3	21	20		44	
		% within Starost A2	6.8%	47.7%	45.5%	100.0%	
		% within Zdravstveni tim C5_2	23.1%	22.6%	35.1%	27.0%	
		% of Total	1.8%	12.9%	12.3%	27.0%	
od 51 do 60 let	Count	3	14	17		34	
		% within Starost A2	8.8%	41.2%	50.0%	100.0%	
		% within Zdravstveni tim C5_2	23.1%	15.1%	29.8%	20.9%	
		% of Total	1.8%	8.6%	10.4%	20.9%	
Total	Count	13	93	57		163	
		% within Starost A2	8.0%	57.1%	35.0%	100.0%	
		% within Zdravstveni tim C5_2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	8.0%	57.1%	35.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.031(a)	6	.029
Likelihood Ratio	15.084	6	.020
Linear-by-Linear Association	8.437	1	.004
N of Valid Cases	163		

a 4 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.71.

Zaposlitev B2 * Zdravstveni tim C5_2

		Crosstab			Total		
			Zdravstveni tim C5_2				
			sploh ne	delno	povsem		
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count	9	48	19	76	
			% within Zaposlitev B2	11.8%	63.2%	25.0%	100.0%
			% within Zdravstveni tim C5_2	69.2%	51.6%	33.3%	46.6%
		% of Total	5.5%	29.4%	11.7%	46.6%	
zdravstveni dom	Count	4	35	23		62	
		% within Zaposlitev B2	6.5%	56.5%	37.1%	100.0%	
		% within Zdravstveni tim C5_2	30.8%	37.6%	40.4%	38.0%	
		% of Total	2.5%	21.5%	14.1%	38.0%	
drugo	Count		10	15		25	
		% within Zaposlitev B2		40.0%	60.0%	100.0%	
		% within Zdravstveni tim C5_2		10.8%	26.3%	15.3%	
		% of Total		6.1%	9.2%	15.3%	
Total	Count	13	93	57		163	
		% within Zaposlitev B2	8.0%	57.1%	35.0%	100.0%	
		% within Zdravstveni tim C5_2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	8.0%	57.1%	35.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.093(a)	4	.017
Likelihood Ratio	13.487	4	.009
Linear-by-Linear Association	11.543	1	.001
N of Valid Cases	163		

a 2 cells (22.2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.99.

Zaposlitev B2 * Zdravstveni tim C6_2

		Crosstab					Total	
		Zdravstveni tim C6_2						
			nikoli	redko	obcasno	pogosto	vedno	
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count	3	11	35	19	8	76
		% within Zaposlitev B2	3.9%	14.5%	46.1%	25.0%	10.5%	100.0%
		% within Zdravstveni tim C6_2	50.0%	68.8%	62.5%	31.1%	36.4%	47.2%
		% of Total	1.9%	6.8%	21.7%	11.8%	5.0%	47.2%
zdravstveni dom	zdravstveni dom	Count	2	5	18	29	7	61
		% within Zaposlitev B2	3.3%	8.2%	29.5%	47.5%	11.5%	100.0%
		% within Zdravstveni tim C6_2	33.3%	31.3%	32.1%	47.5%	31.8%	37.9%
		% of Total	1.2%	3.1%	11.2%	18.0%	4.3%	37.9%
drugo	drugo	Count	1		3	13	7	24
		% within Zaposlitev B2	4.2%		12.5%	54.2%	29.2%	100.0%
		% within Zdravstveni tim C6_2	16.7%		5.4%	21.3%	31.8%	14.9%
		% of Total	.6%		1.9%	8.1%	4.3%	14.9%
Total	Total	Count	6	16	56	61	22	161
		% within Zaposlitev B2	3.7%	9.9%	34.8%	37.9%	13.7%	100.0%
		% within Zdravstveni tim C6_2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	3.7%	9.9%	34.8%	37.9%	13.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.382(a)	8	.004
Likelihood Ratio	24.641	8	.002
Linear-by-Linear Association	12.835	1	.000
N of Valid Cases	161		

a 5 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .89.

Delovna doba v zdravstvu B11 * Zdravstveni tim C6_2

		Crosstab					Total	
		Zdravstveni tim C6_2						
			nikoli	redko	obcasno	pogosto	vedno	
Delovna doba v zdravstvu B11	do 10 let	Count	4	9	26	17	3	59
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	6.8%	15.3%	44.1%	28.8%	5.1%	100.0%
		% within Zdravstveni tim C6_2	66.7%	56.3%	46.4%	27.9%	13.6%	36.6%
		% of Total	2.5%	5.6%	16.1%	10.6%	1.9%	36.6%
	od 11 do 20 let	Count	2	4	8	19	3	36
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	5.6%	11.1%	22.2%	52.8%	8.3%	100.0%
		% within Zdravstveni tim C6_2	33.3%	25.0%	14.3%	31.1%	13.6%	22.4%
		% of Total	1.2%	2.5%	5.0%	11.8%	1.9%	22.4%
	od 21 do 30 let	Count		3	16	19	9	47
		% within Delovna doba v zdravstvu B11		6.4%	34.0%	40.4%	19.1%	100.0%
		% within Zdravstveni tim C6_2		18.8%	28.6%	31.1%	40.9%	29.2%
		% of Total		1.9%	9.9%	11.8%	5.6%	29.2%
	31 in več	Count			6	6	7	19
		% within Delovna doba v zdravstvu B11			31.6%	31.6%	36.8%	100.0%
		% within Zdravstveni tim C6_2			10.7%	9.8%	31.8%	11.8%
		% of Total			3.7%	3.7%	4.3%	11.8%
Total	Total	Count	6	16	56	61	22	161
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	3.7%	9.9%	34.8%	37.9%	13.7%	100.0%
		% within Zdravstveni tim C6_2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	3.7%	9.9%	34.8%	37.9%	13.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.730(a)	12	.006
Likelihood Ratio	30.246	12	.003
N of Valid Cases	161		

a 9 cells (45.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .71.

Zaposlitev B2 * Negovalni tim C7_1

		Crosstab					Total	
		Negovalni tim C7_1						
			na strok.sestanku	na viziti	v sestrski sobi	po telefonu	mimogrede	
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count	14	12	45		1	72
		% within Zaposlitev B2	19.4%	16.7%	62.5%		1.4%	100.0%
		% within Negovalni tim C7_1	27.5%	92.3%	60.8%		20.0%	49.3%
		% of Total	9.6%	8.2%	30.8%		.7%	49.3%
zdravstveni dom	zdravstveni dom	Count	26		19	2	4	51
		% within Zaposlitev B2	51.0%		37.3%	3.9%	7.8%	100.0%
		% within Negovalni tim C7_1	51.0%		25.7%	66.7%	80.0%	34.9%
		% of Total	17.8%		13.0%	1.4%	2.7%	34.9%
drugo	drugo	Count	11	1	10	1		23
		% within Zaposlitev B2	47.8%	4.3%	43.5%	4.3%		100.0%
		% within Negovalni tim C7_1	21.6%	7.7%	13.5%	33.3%		15.8%
		% of Total	7.5%	.7%	6.8%	.7%		15.8%
Total	Total	Count	51	13	74	3	5	146
		% within Zaposlitev B2	34.9%	8.9%	50.7%	2.1%	3.4%	100.0%
		% within Negovalni tim C7_1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	34.9%	8.9%	50.7%	2.1%	3.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.282(a)	8	.000
Likelihood Ratio	36.781	8	.000
Linear-by-Linear Association	3.637	1	.057
N of Valid Cases	146		

a 8 cells (53.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .47.

Zaposlitev B2 * Zdravstveni tim C7_2

		Crosstab					Total
		Zdravstveni tim C7_2					
		na strok.sestanku	na viziti	v sestrski sobi	po telefonu	mimogrede	
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count	24	39	8		75
		% within Zaposlitev B2	32.0%	52.0%	10.7%		100.0%
		% within Zdravstveni tim C7_2	34.3%	76.5%	33.3%		47.2%
		% of Total	15.1%	24.5%	5.0%		47.2%
	zdravstveni dom	Count	34	3	14	3	61
		% within Zaposlitev B2	55.7%	4.9%	23.0%	4.9%	100.0%
		% within Zdravstveni tim C7_2	48.6%	5.9%	58.3%	100.0%	38.4%
		% of Total	21.4%	1.9%	8.8%	1.9%	38.4%
	drugo	Count	12	9	2		23
		% within Zaposlitev B2	52.2%	39.1%	8.7%		100.0%
		% within Zdravstveni tim C7_2	17.1%	17.6%	8.3%		14.5%
		% of Total	7.5%	5.7%	1.3%		14.5%
Total		Count	70	51	24	3	159
		% within Zaposlitev B2	44.0%	32.1%	15.1%	1.9%	100.0%
		% within Zdravstveni tim C7_2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	44.0%	32.1%	15.1%	1.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40.983(a)	8	.000
Likelihood Ratio	49.540	8	.000
Linear-by-Linear Association	.655	1	.418
N of Valid Cases	159		

a 6 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .43.

Zaposlitev B2 * i.v. aplikacija zdravil C13_1

		Crosstab					Total
		i.v. aplikacija zdravil C13_1					
		nikoli	redko	občasno	pogosto	vedno	
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count		27		3	47
		% within Zaposlitev B2		35.1%		3.9%	61.0%
		% within i.v. aplikacija zdravil C13_1		54.0%		18.8%	47.0%
		% of Total		16.5%		1.8%	47.0%
	zdravstveni dom	Count	6	18	2	9	28
		% within Zaposlitev B2	9.5%	28.6%	3.2%	14.3%	44.4%
		% within i.v. aplikacija zdravil C13_1	100.0%	36.0%	50.0%	56.3%	38.4%
		% of Total	3.7%	11.0%	1.2%	5.5%	17.1%
	drugo	Count		5	2	4	13
		% within Zaposlitev B2		20.8%	8.3%	16.7%	54.2%
		% within i.v. aplikacija zdravil C13_1		10.0%	50.0%	25.0%	14.6%
		% of Total		3.0%	1.2%	2.4%	14.6%
Total		Count	6	50	4	16	88
		% within Zaposlitev B2	3.7%	30.5%	2.4%	9.8%	100.0%
		% within i.v. aplikacija zdravil C13_1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	3.7%	30.5%	2.4%	9.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.384(a)	8	.003
Likelihood Ratio	26.308	8	.001
Linear-by-Linear Association	.051	1	.821
N of Valid Cases	164		

a 7 cells (46.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .59.

Stopnja strok.izobrazbe-oce B5_1 * Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4

		Crosstab					Total
		Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4					
		nikoli	redko	občasno	pogosto	vedno	
Stopnja strok.izobrazbe- oce B5_1	osnovnošolska	Count	21	11	2	8	23
		% within Stopnja strok.izobrazbe- oce B5_1	32.3%	16.9%	3.1%	12.3%	35.4%
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4	42.9%	61.1%	25.0%	47.1%	40.9%
		% of Total	13.2%	6.9%	1.3%	5.0%	40.9%
	srednješolska	Count	19	7	6	9	40
		% within Stopnja strok.izobrazbe- oce B5_1	23.5%	8.6%	7.4%	11.1%	49.4%
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4	38.8%	38.9%	75.0%	52.9%	50.9%
		% of Total	11.9%	4.4%	3.8%	5.7%	50.9%
	višja ali visoka	Count	9				4
		% within Stopnja strok.izobrazbe- oce B5_1	69.2%				30.8%
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4	18.4%				6.0%
		% of Total	5.7%				8.2%
Total		Count	49	18	8	17	67
		% within Stopnja strok.izobrazbe- oce B5_1	30.8%	11.3%	5.0%	10.7%	42.1%
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	30.8%	11.3%	5.0%	10.7%	42.1%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.212(a)	8	.028
Likelihood Ratio	19.004	8	.015
Linear-by-Linear Association	.001	1	.974
N of Valid Cases	159		

a 6 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .65.

Zaposlitev B2 * Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4

Crosstab

		Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4					Total	
		nikoli	redko	občasno	pogosto	vedno		
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count	14	8	3	12	39	76
		% within Zaposlitev B2	18.4%	10.5%	3.9%	15.8%	51.3%	100.0%
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4	28.0%	44.4%	37.5%	70.6%	58.2%	47.5%
		% of Total	8.8%	5.0%	1.9%	7.5%	24.4%	47.5%
	zdravstveni dom	Count	27	4	3	5	21	60
		% within Zaposlitev B2	45.0%	6.7%	5.0%	8.3%	35.0%	100.0%
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4	54.0%	22.2%	37.5%	29.4%	31.3%	37.5%
		% of Total	16.9%	2.5%	1.9%	3.1%	13.1%	37.5%
	drugo	Count	9	6	2		7	24
		% within Zaposlitev B2	37.5%	25.0%	8.3%		29.2%	100.0%
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4	18.0%	33.3%	25.0%		10.4%	15.0%
		% of Total	5.6%	3.8%	1.3%		4.4%	15.0%
Total	Count	50	18	8	17	67	160	
	% within Zaposlitev B2	31.3%	11.3%	5.0%	10.6%	41.9%	100.0%	
	% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem C13_4	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	31.3%	11.3%	5.0%	10.6%	41.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.798(a)	8	.005
Likelihood Ratio	23.471	8	.003
Linear-by-Linear Association	10.944	1	.001
N of Valid Cases	160		

a. 5 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.20.

Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2 * Ustno pooblastilo C14_1

Crosstab

		Ustno pooblastilo C14_1					Total	
		nikoli	redko	občasno	pogosto	vedno		
Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	osnovnošolska	Count	8	2	9	9	32	60
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	13.3%	3.3%	15.0%	15.0%	53.3%	100.0%
		% within Ustno pooblastilo C14_1	53.3%	20.0%	33.3%	33.3%	36.8%	36.1%
		% of Total	4.8%	1.2%	5.4%	5.4%	19.3%	36.1%
	srednješolska	Count	5	5	18	18	50	96
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	5.2%	5.2%	18.8%	18.8%	52.1%	100.0%
		% within Ustno pooblastilo C14_1	33.3%	50.0%	66.7%	66.7%	57.5%	57.8%
		% of Total	3.0%	3.0%	10.8%	10.8%	30.1%	57.8%
	višja ali visoka	Count	2	3			5	10
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	20.0%	30.0%			50.0%	100.0%
		% within Ustno pooblastilo C14_1	13.3%	30.0%			5.7%	6.0%
		% of Total	1.2%	1.8%			3.0%	6.0%
Total	Count	15	10	27	27	87	166	
	% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	9.0%	6.0%	16.3%	16.3%	52.4%	100.0%	
	% within Ustno pooblastilo C14_1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	9.0%	6.0%	16.3%	16.3%	52.4%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.605(a)	8	.017
Likelihood Ratio	17.048	8	.030
Linear-by-Linear Association	.128	1	.721
N of Valid Cases	166		

a. 5 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .60.

Delovna doba v zdravstvu B11 * Pisno pooblastilo C14_2

Crosstab

		Pisno pooblastilo C14_2					Total	
		nikoli	redko	obcasno	pogosto	vedno		
Delovna doba v zdravstvu B11	do 10 let	Count	20	10	6	10	12	58
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	34.5%	17.2%	10.3%	17.2%	20.7%	100.0%
		% within Pisno pooblastilo C14_2	28.6%	45.5%	42.9%	50.0%	33.3%	35.8%
		% of Total	12.3%	6.2%	3.7%	6.2%	7.4%	35.8%
	od 11 do 20 let	Count	14	9	3	6	6	38
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	36.8%	23.7%	7.9%	15.8%	15.8%	100.0%
		% within Pisno pooblastilo C14_2	20.0%	40.9%	21.4%	30.0%	16.7%	23.5%
		% of Total	8.6%	5.6%	1.9%	3.7%	3.7%	23.5%
	od 21 do 30 let	Count	27	3	3	3	9	45
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	60.0%	6.7%	6.7%	6.7%	20.0%	100.0%
		% within Pisno pooblastilo C14_2	38.6%	13.6%	21.4%	15.0%	25.0%	27.8%
		% of Total	16.7%	1.9%	1.9%	1.9%	5.6%	27.8%
	31 in več	Count	9		2	1	9	21
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	42.9%		9.5%	4.8%	42.9%	100.0%
		% within Pisno pooblastilo C14_2	12.9%		14.3%	5.0%	25.0%	13.0%
		% of Total	5.6%		1.2%	.6%	5.6%	13.0%
Total	Count	70	22	14	20	36	162	
	% within Delovna doba v zdravstvu B11	43.2%	13.6%	8.6%	12.3%	22.2%	100.0%	
	% within Pisno pooblastilo C14_2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	43.2%	13.6%	8.6%	12.3%	22.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.159(a)	12	.048
Likelihood Ratio	23.194	12	.026
N of Valid Cases	162		

a. 7 cells (35.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.81.

Zaposlitev B2 * Odgovornost v primeru zapleta pri posegu kjer niste bili pristojni C17

Crosstab

		Odgovornost v primeru zapleta pri posegu kjer niste bili pristojni C17							Total
			MS, ki je poseg opravila	zdravnik, ker bi poseg moral opraviti sam	nadrejena MS	šef oddelka	direktor zavoda	drugo	
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count	47	27		3			77
		% within Zaposlitev B2	61.0%	35.1%		3.9%			100.0%
		% within Odgovornost v primeru zapleta pri posegu kjer niste bili pristojni C17	52.2%	40.9%		100.0%			46.1%
		% of Total	28.1%	16.2%		1.8%			46.1%
	zdravstveni dom	Count	27	32	3		3	1	66
		% within Zaposlitev B2	40.9%	48.5%	4.5%		4.5%	1.5%	100.0%
		% within Odgovornost v primeru zapleta pri posegu kjer niste bili pristojni C17	30.0%	48.5%	100.0%		100.0%	50.0%	39.5%
		% of Total	16.2%	19.2%	1.8%		1.8%	.6%	39.5%
	drugo	Count	16	7				1	24
		% within Zaposlitev B2	66.7%	29.2%				4.2%	100.0%
		% within Odgovornost v primeru zapleta pri posegu kjer niste bili pristojni C17	17.8%	10.6%				50.0%	14.4%
		% of Total	9.6%	4.2%				.6%	14.4%
Total		Count	90	66	3	3	3	2	167
		% within Zaposlitev B2	53.9%	39.5%	1.8%	1.8%	1.8%	1.2%	100.0%
		% within Odgovornost v primeru zapleta pri posegu kjer niste bili pristojni C17	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	53.9%	39.5%	1.8%	1.8%	1.8%	1.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.333(a)	10	.019
Likelihood Ratio	24.747	10	.006
Linear-by-Linear Association	1.067	1	.302
N of Valid Cases	167		

a 12 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .29.

Zaposlitev B2 * Varstvo v primeru strokovne napake pri posegu kjer niste bili pristojni C18

Crosstab

		Varstvo v primeru strokovne napake pri posegu kjer niste bili pristojni C18							Total	
			pri zdravniku, ki mi je poseg naročil	pri vodilni MS	pri glavni MS	pri direktorju zavoda	pri Društvu MS in ZT	pri odvetniku	drugo	
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count	42	8	17		2	7		76
		% within Zaposlitev B2	55.3%	10.5%	22.4%		2.6%	9.2%		100.0%
		% within Varstvo v primeru strokovne napake pri posegu kjer niste bili pristojni C18	51.2%	47.1%	58.6%		16.7%	46.7%		45.8%
		% of Total	25.3%	4.8%	10.2%		1.2%	4.2%		45.8%
	zdravstveni dom	Count	28	5	10	7	7	6	3	66
		% within Zaposlitev B2	42.4%	7.6%	15.2%	10.6%	10.6%	9.1%	4.5%	100.0%
		% within Varstvo v primeru strokovne napake pri posegu kjer niste bili pristojni C18	34.1%	29.4%	34.5%	100.0%	58.3%	40.0%	75.0%	39.8%
		% of Total	16.9%	3.0%	6.0%	4.2%	4.2%	3.6%	1.8%	39.8%
	drugo	Count	12	4	2		3	2	1	24
		% within Zaposlitev B2	50.0%	16.7%	8.3%		12.5%	8.3%	4.2%	100.0%
		% within Varstvo v primeru strokovne napake pri posegu kjer niste bili pristojni C18	14.6%	23.5%	6.9%		25.0%	13.3%	25.0%	14.5%
		% of Total	7.2%	2.4%	1.2%		1.8%	1.2%	.6%	14.5%
Total		Count	82	17	29	7	12	15	4	166
		% within Zaposlitev B2	49.4%	10.2%	17.5%	4.2%	7.2%	9.0%	2.4%	100.0%
		% within Varstvo v primeru strokovne napake pri posegu kjer niste bili pristojni C18	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	49.4%	10.2%	17.5%	4.2%	7.2%	9.0%	2.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.202(a)	12	.026
Likelihood Ratio	27.553	12	.006
Linear-by-Linear Association	2.630	1	.105
N of Valid Cases	166		

a 11 cells (52.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .58.

Delovno mesto B8 * Razmejitev nalog med MS in zdravniki C19_2

Crosstab

		Razmejitev nalog med MS in zdravniki C19_2		Total	
		DA	NE		
Delovno mesto B8	Vodilne	Count	23	45	68
		% within Delovno mesto B8	33.8%	66.2%	100.0%
		% within Razmejitev nalog med MS in zdravniki C19_2	57.5%	35.2%	40.5%
		% of Total	13.7%	26.8%	40.5%
	Nevodilne	Count	17	83	100
		% within Delovno mesto B8	17.0%	83.0%	100.0%
		% within Razmejitev nalog med MS in zdravniki C19_2	42.5%	64.8%	59.5%
		% of Total	10.1%	49.4%	59.5%

Total	Count	40	128	168
	% within Delovno mesto B8	23.8%	76.2%	100.0%
	% within Razmejitev nalog med MS in zdravniki C19_2	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	23.8%	76.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.315(b)	1	.012		
Continuity Correction(a)	5.422	1	.020		
Likelihood Ratio	6.224	1	.013		
Fisher's Exact Test				.016	.010
Linear-by-Linear Association	6.278	1	.012		
N of Valid Cases	168				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.19.

Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2 * Teoretično znanje C27_1

Crosstab

		Teoretično znanje C27_1					Total	
		veliko premalo	premalo	dovolj	preveč	bistveno preveč		
Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	osnovnošolska	Count	1	9	42	7	1	60
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	1.7%	15.0%	70.0%	11.7%	1.7%	100.0%
		% within Teoretično znanje C27_1	33.3%	45.0%	33.9%	41.2%	33.3%	35.9%
		% of Total	.6%	5.4%	25.1%	4.2%	.6%	35.9%
srednješolska	Count	2	11	74	10		97	
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	2.1%	11.3%	76.3%	10.3%		100.0%
		% within Teoretično znanje C27_1	66.7%	55.0%	59.7%	58.8%		58.1%
		% of Total	1.2%	6.6%	44.3%	6.0%		58.1%
višja ali visoka	Count			8		2	10	
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2			80.0%	20.0%		100.0%
		% within Teoretično znanje C27_1			6.5%		66.7%	6.0%
		% of Total			4.8%		1.2%	6.0%
Total	Count	3	20	124	17	3	167	
	% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	1.8%	12.0%	74.3%	10.2%	1.8%	100.0%	
	% within Teoretično znanje C27_1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	1.8%	12.0%	74.3%	10.2%	1.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.501(a)	8	.003
Likelihood Ratio	15.152	8	.056
Linear-by-Linear Association	1.288	1	.256
N of Valid Cases	167		

a 8 cells (53.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .18.

Starost A2 * Praktično znanje C27_2

Crosstab

		Praktično znanje C27_2				Total	
		veliko premalo	premalo	dovolj	preveč	veliko premalo	
Starost A2	od 21 do 30 let	Count	5	27	9		41
		% within Starost A2	12.2%	65.9%	22.0%		100.0%
		% within Praktično znanje C27_2	20.8%	39.1%	12.9%		24.7%
		% of Total	3.0%	16.3%	5.4%		24.7%
od 31 do 40 let	Count	13	13	18	1	45	
		% within Starost A2	28.9%	28.9%	40.0%	2.2%	100.0%
		% within Praktično znanje C27_2	54.2%	18.8%	25.7%	33.3%	27.1%
		% of Total	7.8%	7.8%	10.8%	.6%	27.1%
od 41 do 50 let	Count	5	15	25	1	46	
		% within Starost A2	10.9%	32.6%	54.3%	2.2%	100.0%
		% within Praktično znanje C27_2	20.8%	21.7%	35.7%	33.3%	27.7%
		% of Total	3.0%	9.0%	15.1%	.6%	27.7%
od 51 do 60 let	Count	1	14	18	1	34	
		% within Starost A2	2.9%	41.2%	52.9%	2.9%	100.0%
		% within Praktično znanje C27_2	4.2%	20.3%	25.7%	33.3%	20.5%
		% of Total	.6%	8.4%	10.8%	.6%	20.5%
Total	Count	24	69	70	3	166	
	% within Starost A2	14.5%	41.6%	42.2%	1.8%	100.0%	
	% within Praktično znanje C27_2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	14.5%	41.6%	42.2%	1.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26.242(a)	9	.002
Likelihood Ratio	27.083	9	.001
Linear-by-Linear Association	10.577	1	.001
N of Valid Cases	166		

a 5 cells (31.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .61.

Delovna doba v zdravstvu B11 * Praktično znanje C27_2

Crosstab

		Praktično znanje C27_2				Total	
		veliko premalo	premalo	dovolj	preveč		
Delovna doba v zdravstvu B11	do 10 let	Count	11	33	12	2	58
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	19.0%	56.9%	20.7%	3.4%	100.0%
		% within Praktično znanje C27_2	45.8%	47.8%	17.1%	66.7%	34.9%
		% of Total	6.6%	19.9%	7.2%	1.2%	34.9%
od 11 do 20 let	Count	7	10	21		38	
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	18.4%	26.3%	55.3%		100.0%
		% within Praktično znanje C27_2	29.2%	14.5%	30.0%		22.9%
		% of Total	4.2%	6.0%	12.7%		22.9%
od 21 do 30 let	Count	5	19	25		49	
	% within Delovna doba v zdravstvu B11	10.2%	38.8%	51.0%		100.0%	

		% within Praktično znanje C27_2	20.8%	27.5%	35.7%		29.5%
		% of Total	3.0%	11.4%	15.1%		29.5%
	31 in več	Count	1	7	12	1	21
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	4.8%	33.3%	57.1%	4.8%	100.0%
		% within Praktično znanje C27_2	4.2%	10.1%	17.1%	33.3%	12.7%
		% of Total	.6%	4.2%	7.2%	.6%	12.7%
Total		Count	24	69	70	3	166
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	14.5%	41.6%	42.2%	1.8%	100.0%
		% within Praktično znanje C27_2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	14.5%	41.6%	42.2%	1.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.415(a)	9	.008
Likelihood Ratio	25.115	9	.003
N of Valid Cases	166		

a 5 cells (31.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .38.

Starost A2 * Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2

Crosstab

		Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2		Total	
		NE	DA		
Starost A2	od 21 do 30 let	Count	25	17	42
		% within Starost A2	59.5%	40.5%	100.0%
		% within Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2	32.9%	18.5%	25.0%
	% of Total	14.9%	10.1%	25.0%	
	od 31 do 40 let	Count	22	23	45
		% within Starost A2	48.9%	51.1%	100.0%
		% within Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2	28.9%	25.0%	26.8%
	% of Total	13.1%	13.7%	26.8%	
	od 41 do 50 let	Count	19	27	46
		% within Starost A2	41.3%	58.7%	100.0%
		% within Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2	25.0%	29.3%	27.4%
	% of Total	11.3%	16.1%	27.4%	
	od 51 do 60 let	Count	10	25	35
		% within Starost A2	28.6%	71.4%	100.0%
		% within Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2	13.2%	27.2%	20.8%
	% of Total	6.0%	14.9%	20.8%	
Total		Count	76	92	168
	% within Starost A2	45.2%	54.8%	100.0%	
	% within Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	45.2%	54.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.914(a)	3	.048
Likelihood Ratio	8.069	3	.045
Linear-by-Linear Association	7.789	1	.005
N of Valid Cases	168		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.83.

Zaposlitev B2 * Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2

Crosstab

		Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2		Total	
		NE	DA		
Zaposlitev B2	bolnišnica	Count	41	36	77
		% within Zaposlitev B2	53.2%	46.8%	100.0%
		% within Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2	53.9%	39.1%	45.8%
		% of Total	24.4%	21.4%	45.8%
	zdravstveni dom	Count	30	36	66
		% within Zaposlitev B2	45.5%	54.5%	100.0%
		% within Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2	39.5%	39.1%	39.3%
		% of Total	17.9%	21.4%	39.3%
	drugo	Count	5	20	25
		% within Zaposlitev B2	20.0%	80.0%	100.0%
		% within Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2	6.6%	21.7%	14.9%
		% of Total	3.0%	11.9%	14.9%
Total		Count	76	92	168
	% within Zaposlitev B2	45.2%	54.8%	100.0%	
	% within Ali MS potrebuje fakultetno izobrazbo s področja ZN? C30_2	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	45.2%	54.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.423(a)	2	.015
Likelihood Ratio	8.982	2	.011
Linear-by-Linear Association	7.271	1	.007
N of Valid Cases	168		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.31.

Starost A2 * Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2

Crosstab

		Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2		Total	
		NE	DA		
Starost A2	od 21 do 30 let	Count	14	28	42
		% within Starost A2	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2	18.2%	30.8%	25.0%
	% of Total	8.3%	16.7%	25.0%	
	od 31 do 40 let	Count	29	16	45
		% within Starost A2	64.4%	35.6%	100.0%
		% within Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2	37.7%	17.6%	26.8%

	% of Total	17.3%	9.5%	26.8%
od 41 do 50 let	Count	16	30	46
	% within Starost A2	34.8%	65.2%	100.0%
	% within Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2	20.8%	33.0%	27.4%
	% of Total	9.5%	17.9%	27.4%
od 51 do 60 let	Count	18	17	35
	% within Starost A2	51.4%	48.6%	100.0%
	% within Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2	23.4%	18.7%	20.8%
	% of Total	10.7%	10.1%	20.8%
Total	Count	77	91	168
	% within Starost A2	45.8%	54.2%	100.0%
	% within Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	45.8%	54.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.626(a)	3	.009
Likelihood Ratio	11.757	3	.008
Linear-by-Linear Association	.342	1	.559
N of Valid Cases	168		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.04.

Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2 * Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2

Crosstab

		Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2		Total	
		NE	DA		
Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	osnovnošolska	Count	20	40	60
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2	26.0%	44.0%	35.7%
		% of Total	11.9%	23.8%	35.7%
	srednješolska	Count	49	49	98
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2	63.6%	53.8%	58.3%
		% of Total	29.2%	29.2%	58.3%
	višja ali visoka	Count	8	2	10
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	80.0%	20.0%	100.0%
		% within Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2	10.4%	2.2%	6.0%
		% of Total	4.8%	1.2%	6.0%
Total		Count	77	91	168
		% within Stopnja strok.izobrazbe-mati B5_2	45.8%	54.2%	100.0%
		% within Ali je proces ZN kot metoda dela v ZN nujno potrebna? C33_2	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	45.8%	54.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.164(a)	2	.010
Likelihood Ratio	9.483	2	.009
Linear-by-Linear Association	8.657	1	.003
N of Valid Cases	168		

a 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.58.

Delovno mesto B8 * Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1

Crosstab

		Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1				Total	
		b.o.	pri kolegicah MS	pri zdravnikih	bolnikih		
Delovno mesto B8	Vodilne	Count	2	9	6	51	68
		% within Delovno mesto B8	2.9%	13.2%	8.8%	75.0%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1	66.7%	69.2%	100.0%	34.9%	40.5%
		% of Total	1.2%	5.4%	3.6%	30.4%	40.5%
	Nevodilne	Count	1	4		95	100
		% within Delovno mesto B8	1.0%	4.0%		95.0%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1	33.3%	30.8%		65.1%	59.5%
		% of Total	.6%	2.4%		56.5%	59.5%
Total		Count	3	13	6	146	168
		% within Delovno mesto B8	1.8%	7.7%	3.6%	86.9%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	1.8%	7.7%	3.6%	86.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.002(a)	3	.001
Likelihood Ratio	17.967	3	.000
Linear-by-Linear Association	9.886	1	.002
N of Valid Cases	168		

a 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.21.

Delovna doba v zdravstvu B11 * Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1

Crosstab

		Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1				Total
		b.o.	pri kolegicah MS	pri zdravnikih	bolnikih	

Delovna doba v zdravstvu B11	do 10 let	Count		4	1	54	59
		% within Delovna doba v zdravstvu B11		6.8%	1.7%	91.5%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1		30.8%	16.7%	37.0%	35.1%
		% of Total		2.4%	.6%	32.1%	35.1%
	od 11 do 20 let	Count	3	3		32	38
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	7.9%	7.9%		84.2%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1	100.0%	23.1%		21.9%	22.6%
		% of Total	1.8%	1.8%		19.0%	22.6%
	od 21 do 30 let	Count		3	5	42	50
		% within Delovna doba v zdravstvu B11		6.0%	10.0%	84.0%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1		23.1%	83.3%	28.8%	29.8%
		% of Total		1.8%	3.0%	25.0%	29.8%
	31 in več	Count		3		18	21
		% within Delovna doba v zdravstvu B11		14.3%		85.7%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1		23.1%		12.3%	12.5%
		% of Total		1.8%		10.7%	12.5%
Total		Count	3	13	6	146	168
		% within Delovna doba v zdravstvu B11	1.8%	7.7%	3.6%	86.9%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: nežne in tankočutne, pripravljene prisluhniti bolniku C45_1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	1.8%	7.7%	3.6%	86.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.396(a)	9	.016
Likelihood Ratio	19.166	9	.024
N of Valid Cases	168		

a 12 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .38.

Delovno mesto B8 * Prijubljenost MS: lepe in spogledljive C45_2

Crosstab

		Prijubljenost MS: lepe in spogledljive C45_2				Total	
		b.o.	pri kolegicah MS	pri zdravnikih	bolnikih		
Delovno mesto B8	Vodilne	Count	11		44	13	68
		% within Delovno mesto B8	16.2%		64.7%	19.1%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: lepe in spogledljive C45_2	61.1%		34.4%	61.9%	40.5%
		% of Total	6.5%		26.2%	7.7%	40.5%
	Nevodilne	Count	7	1	84	8	100
		% within Delovno mesto B8	7.0%	1.0%	84.0%	8.0%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: lepe in spogledljive C45_2	38.9%	100.0%	65.6%	38.1%	59.5%
		% of Total	4.2%	.6%	50.0%	4.8%	59.5%
Total		Count	18	1	128	21	168
		% within Delovno mesto B8	10.7%	.6%	76.2%	12.5%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: lepe in spogledljive C45_2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	10.7%	.6%	76.2%	12.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.841(a)	3	.020
Likelihood Ratio	10.064	3	.018
Linear-by-Linear Association	.284	1	.594
N of Valid Cases	168		

a 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.

Število oseb v gospodinjstvu A5 * Prijubljenost MS: temeljito opravljajo tehnične postopke C45_4

Crosstab

		Prijubljenost MS: temeljito opravljajo tehnične postopke C45_4				Total	
		b.o.	pri kolegicah MS	pri zdravnikih	bolnikih		
Število oseb v gospodinjstvu A5	od 1 do 3 osebe	Count	6	29	35	12	82
		% within Število oseb v gospodinjstvu A5	7.3%	35.4%	42.7%	14.6%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: temeljito opravljajo tehnične postopke C45_4	85.7%	44.6%	44.3%	70.6%	48.8%
		% of Total	3.6%	17.3%	20.8%	7.1%	48.8%
	4 in več	Count	1	36	44	5	86
		% within Število oseb v gospodinjstvu A5	1.2%	41.9%	51.2%	5.8%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: temeljito opravljajo tehnične postopke C45_4	14.3%	55.4%	55.7%	29.4%	51.2%
		% of Total	.6%	21.4%	26.2%	3.0%	51.2%
Total		Count	7	65	79	17	168
		% within Število oseb v gospodinjstvu A5	4.2%	38.7%	47.0%	10.1%	100.0%
		% within Prijubljenost MS: temeljito opravljajo tehnične postopke C45_4	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	4.2%	38.7%	47.0%	10.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.142(a)	3	.043
Likelihood Ratio	8.620	3	.035
N of Valid Cases	168		

a 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.42.

Hi-kvadrat testi - ŠTUDENTI

	B 2	B 3	C 4
Število oseb v gospodinjstvu [A_5 sk]	0,324	0,559	0,913
Bivanje [A_7]	0,409	0,025	0,175
Dohodki gospodinjstva [A_10_2]	0,471	0,189	0,131
Družbeni sloj [A11]	0,214	0,509	0,059

Crosstabs

Bivanje * Kako drugi študenti cenijo študente VZŠ

		Crosstabulation					Total
		Kako drugi študenti cenijo študente VZŠ					
		sploh nas ne cenijo	ne cenijo nas	še kar nas cenijo	cenijo nas	zelo nas cenijo	
Bivanje	s starši	Count	0	2	28	13	43
		% within Bivanje	,0%	4,7%	65,1%	30,2%	100,0%
		% within Kako drugi študenti cenijo študente VZŠ	,0%	14,3%	62,2%	61,9%	,0%
	% of Total	,0%	2,4%	34,1%	15,9%	,0%	52,4%
sami (-a)	Count	1	5	8	4	1	19
		% within Bivanje	5,3%	26,3%	42,1%	21,1%	5,3%
		% within Kako drugi študenti cenijo študente VZŠ	100,0%	35,7%	17,8%	19,0%	100,0%
	% of Total	1,2%	6,1%	9,8%	4,9%	1,2%	23,2%
z družino	Count	0	1	4	3	0	8
		% within Bivanje	,0%	12,5%	50,0%	37,5%	,0%
		% within Kako drugi študenti cenijo študente VZŠ	,0%	7,1%	8,9%	14,3%	,0%
	% of Total	,0%	1,2%	4,9%	3,7%	,0%	9,8%
v štud. domu	Count	0	6	5	1	0	12
		% within Bivanje	,0%	50,0%	41,7%	8,3%	,0%
		% within Kako drugi študenti cenijo študente VZŠ	,0%	42,9%	11,1%	4,8%	,0%
	% of Total	,0%	7,3%	6,1%	1,2%	,0%	14,6%
Total	Count	1	14	45	21	1	82
		% within Bivanje	1,2%	17,1%	54,9%	25,6%	1,2%
		% within Kako drugi študenti cenijo študente VZŠ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	1,2%	17,1%	54,9%	25,6%	1,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,342(a)	12	,025
Likelihood Ratio	21,876	12	,039
Linear-by-Linear Association	6,389	1	,011
N of Valid Cases	82		

a. 15 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

Priloga F

Izračuni hi-kvadrat testov in kontingenčnih koeficientov tehnike (uporaba računalnika) in tehnologije (uporaba PZN) na posamezne elemente dimenzije, ki karakterizirajo profesijo – MEDICINSKE SESTRE

		A					
		b 16 2	B 23 sk	c 27 1	c 27 2	c 30 2	c 40 sk
c 41 s2	p-vrednost	0,787	0,900	0,349	0,837	0,449	0,092
	kontingenčni koeficient	0,042	0,035	0,161	0,071	0,064	0,166
c 32 1	p-vrednost	0,372	0,744	0,042	0,119	0,522	0,485
	kontingenčni koeficient	0,070	0,059	0,236	0,185	0,062	0,092

		B						
		c 5 1	c 5 2	c 6 1	c 6 2	c 16	c 22 2	c 23 2
c 41 s2	p-vrednost	0,577	0,135	0,070	0,468	0,328	1,000	0,670
	kontingenčni koeficient	0,086	0,155	0,238	0,147	0,143	0,004	0,045
c 32 1	p-vrednost	0,477	0,286	0,391	0,303	0,160	0,737	0,153
	kontingenčni koeficient	0,100	0,123	0,167	0,171	0,174	0,036	0,114

		C											
		c 19 2	C 44	c 13 1	c 13 2	c 13 3	c 13 4	c 13 5	c 13 6	c 8 1	c 15	b 28 2	b 36
c 41 s2	p-vrednost	0,182	0,777	0,394	0,081	0,342	0,053	0,546	0,422	0,695	0,489	0,552	0,388
	kontingenčni koeficient	0,114	0,081	0,156	0,281	0,163	0,235	0,159	0,151	0,046	0,142	0,048	0,156
c 32 1	p-vrednost	0,009	0,123	0,272	0,247	0,373	0,023	0,216	0,233	0,627	0,153	1,000	0,222
	kontingenčni koeficient	0,198	0,183	0,174	0,178	0,159	0,257	0,215	0,186	0,045	0,196	0,005	0,183

		D			E	
		b 21 2	B 22 1	c 18	c 12 vsi	c 24
c 41 s2	p-vrednost	0,573	0,254	0,375	0,140	0,646
	kontingenčni koeficient	0,057	0,098	0,193	0,152	0,099
c 32 1	p-vrednost	0,230	0,325	0,288	0,443	0,183
	kontingenčni koeficient	0,104	0,094	0,206	0,099	0,167

Crosstabs

teoreticno znanje - C_27_1 * Izvajate proces ZN - C_32_1

		Crosstab			
		Count	Izvajate proces ZN - C_32_1		Total
			NE	DA	
teoreticno znanje - C_27_1	veliko premalo	3	0	3	
		% within theoreticno znanje - C_27_1	100,0%	,0%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1	2,9%	,0%	1,8%
		% of Total	1,8%	,0%	1,8%
premalo	Count	12	8	20	
		% within theoreticno znanje - C_27_1	60,0%	40,0%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1	11,5%	12,7%	12,0%
		% of Total	7,2%	4,8%	12,0%
dovolj	Count	71	53	124	
		% within theoreticno znanje - C_27_1	57,3%	42,7%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1	68,3%	84,1%	74,3%
		% of Total	42,5%	31,7%	74,3%
preveč	Count	15	2	17	
		% within theoreticno znanje - C_27_1	88,2%	11,8%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1	14,4%	3,2%	10,2%
		% of Total	9,0%	1,2%	10,2%
bistveno preveč	Count	3	0	3	
		% within theoreticno znanje - C_27_1	100,0%	,0%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1	2,9%	,0%	1,8%
		% of Total	1,8%	,0%	1,8%
Total	Count	104	63	167	
	% within theoreticno znanje - C_27_1	62,3%	37,7%	100,0%	
	% within Izvajate proces ZN - C_32_1	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	62,3%	37,7%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,884(a)	4	,042
Likelihood Ratio	12,828	4	,012
Linear-by-Linear Association	1,645	1	,200
N of Valid Cases	167		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,13.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,236
N of Valid Cases		167

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Ali menite, da razmejitev nalog med MS in zdravniki povsem jasna * Izvajate proces ZN - C_32_1

		Crosstab		Izvajate proces ZN - C_32_1		Total
				NE	DA	
Ali menite, da razmejitev nalog med MS in zdravniki povsem jasna	DA	Count		32	8	40
		% within Ali menite, da razmejitev nalog med MS in zdravniki povsem jasna		80,0%	20,0%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1		30,5%	12,7%	23,8%
		% of Total		19,0%	4,8%	23,8%
	NE	Count		73	55	128
		% within Ali menite, da razmejitev nalog med MS in zdravniki povsem jasna		57,0%	43,0%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1		69,5%	87,3%	76,2%
		% of Total		43,5%	32,7%	76,2%
Total		Count		105	63	168
		% within Ali menite, da razmejitev nalog med MS in zdravniki povsem jasna		62,5%	37,5%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1		100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total		62,5%	37,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,860(b)	1	,009		
Continuity Correction(a)	5,915	1	,015		
Likelihood Ratio	7,347	1	,007		
Fisher's Exact Test				,009	,006
Linear-by-Linear Association	6,819	1	,009		
N of Valid Cases	168				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,00.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,198	,009
N of Valid Cases		168	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem * Izvajate proces ZN - C_32_1

		Crosstab		Izvajate proces ZN - C_32_1		Total
				NE	DA	NE
Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem	nikoli	Count		38	12	50
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem		76,0%	24,0%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1		38,4%	19,7%	31,3%
		% of Total		23,8%	7,5%	31,3%
	redko	Count		8	10	18
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem		44,4%	55,6%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1		8,1%	16,4%	11,3%
		% of Total		5,0%	6,3%	11,3%
	občasno	Count		2	6	8
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem		25,0%	75,0%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1		2,0%	9,8%	5,0%
		% of Total		1,3%	3,8%	5,0%
	pogosto	Count		11	6	17
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem		64,7%	35,3%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1		11,1%	9,8%	10,6%
		% of Total		6,9%	3,8%	10,6%
	vedno	Count		40	27	67
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem		59,7%	40,3%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1		40,4%	44,3%	41,9%
		% of Total		25,0%	16,9%	41,9%
Total		Count		99	61	160
		% within Vstavitev in menj. urinskega katetra pri moskem		61,9%	38,1%	100,0%
		% within Izvajate proces ZN - C_32_1		100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total		61,9%	38,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,350(a)	4	,023
Likelihood Ratio	11,442	4	,022
Linear-by-Linear Association	1,529	1	,216
N of Valid Cases	160		

a 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,05.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,257	,023
N of Valid Cases		160	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 3.29: Delež enak stališč o pridobitvi dovolj teoretičnega znanja v teku študija za opravljanje poklica medicinske sestre (izvajanje tehnologije (PZN) - C_32_1; C_27_1)

Izvajanje PZN (tehnologija)		Ali ste v teku študija dobili dovolj teoretičnega znanja z opravljanje poklica medicinske sestre?					Skupaj
		veliko premalo	premalo	dovolj	preveč	bistveno preveč	
NE	število	3	12	71	15	3	104
	% znotraj procesa	2,9%	11,5%	68,3%	14,4%	2,9%	100,0%
	% znotraj teoretičnega znanja	100,0%	60,0%	57,3%	88,2%	100,0%	62,3%
	% od skupaj	1,8%	7,2%	42,5%	9,0%	1,8%	62,3%
DA	število	0	8	53	2	0	63
	% znotraj procesa	,0%	12,7%	84,1%	3,2%	,0%	100,0%
	% znotraj teoretičnega znanja	,0%	40,0%	42,7%	11,8%	,0%	37,7%
	% od skupaj	,0%	4,8%	31,7%	1,2%	,0%	37,7%
Skupaj	Število	3	20	124	17	3	167
	% znotraj procesa	1,8%	12,0%	74,3%	10,2%	1,8%	100,0%
	% znotraj teoretičnega znanja	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% od skupaj	1,8%	12,0%	74,3%	10,2%	1,8%	100,0%

P=0.042

Tabela 3.30: Delež enak stališč o dejstvu, da razmejitev nalog med medicinskimi sestrami in zdravniki ni povsem jasna (izvajanje tehnologije (PZN) - C_32_1; C_19_2)

Izvajanje PZN (tehnologija)		Ali menite, da razmejitev nalog med MS in zdravniki povsem jasna?		
		DA	NE	Skupaj
NE	število	32	73	105
	% znotraj procesa	30,5%	69,5%	100,0%
	% znotraj razmejitve nalog	80,0%	57,0%	62,5%
	% od skupaj	19,0%	43,5%	62,5%
DA	število	8	55	63
	% znotraj procesa	12,7%	87,3%	100,0%
	% znotraj razmejitve nalog	20,0%	43,0%	37,5%
	% od skupaj	4,8%	32,7%	37,5%
Skupaj	število	40	128	168
	% znotraj procesa	23,8%	76,2%	100,0%
	% znotraj razmejitve nalog	100,0%	100,0%	100,0%
	% od skupaj	23,8%	76,2%	100,0%

P=0.009

Tabela 3.31: Delež pogostosti vstavitve in menjave urinskega katetra pri moškem (izvajanje tehnologije (PZN) - C_32_1; C_13_4)

Izvajanje PZN (tehnologija)		Vstavitve in menjava urinskega katetra pri moškem					Skupaj
		nikoli	redko	občasno	pogosto	vedno	
NE	število	38	8	2	11	40	99
	% znotraj procesa	38,4%	8,1%	2,0%	11,1%	40,4%	100,0%
	% znotraj vstavitve in menjava urinskega katetra pri moškem	76,0%	44,4%	25,0%	64,7%	59,7%	61,9%
	% od skupaj	23,8%	5,0%	1,3%	6,9%	25,0%	61,9%
DA	število	12	10	6	6	27	61
	% znotraj procesa	19,7%	16,4%	9,8%	9,8%	44,3%	100,0%
	% znotraj vstavitve in menjava urinskega katetra pri moškem	24,0%	55,6%	75,0%	35,3%	40,3%	38,1%
	% od skupaj	7,5%	6,3%	3,8%	3,8%	16,9%	38,1%
Skupaj	število	50	18	8	17	67	160
	% znotraj procesa	31,3%	11,3%	5,0%	10,6%	41,9%	100,0%
	% znotraj vstavitve in menjava urinskega katetra pri moškem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% od skupaj	31,3%	11,3%	5,0%	10,6%	41,9%	100,0%

P=0.023