

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Ana Polona Mivšek

Proces profesionalizacije babištva v Sloveniji

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2012

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Ana Polona Mivšek

Mentorica:izr. prof. dr. Majda Pahor
Somentorica: red. prof. dr. Valentina Hlebec

Proces profesionalizacije babištva v Sloveniji

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2012

Proces profesionalizacije slovenskega babištva

POVZETEK

Teoretična izhodišča

Profesionalizem v večini zahodnih držav predstavlja močno kulturno metaforo; status, h kateremu stremi večina poklicnih skupin. Profesionalci/strokovnjaki so pripadniki poklicne skupine s posebnim statusom v družbi. Profesionalizacija, ki jo poklicna skupina doseže na podlagi profesionalnega projekta, je strategija uveljavljanja poklicnih skupin, da bi dosegli status profesije oz. stroke. Poklici so v sistemu profesij soodvisni, čeprav avtonomni na svojem področju.

Poklici, ki so prvi dosegli status profesije (pravo, medicina, teologija), predstavljajo prototip stroke. Na podlagi njihovih atributov se presoja o stopnji profesionalizma posamezne stroke. Zlasti pomembne tradicionalne karakteristike profesije (t. i. »starega profesionalizma«) so etika, moč in strokovno znanje.

Ker se koncept profesionalizma spreminja skladno z družbenimi razmerami, zgolj elementi starega profesionalizma niso dovolj, da bi bil določen poklic opredeljen za profesijo. Vse pomembnejši postajajo odnosni elementi (t. i. »novi profesionalizem«), kot so reflektivna praksa, medpoklicno sodelovanje ter partnerstvo z uporabniki.

Status profesije si poklic pridobi na podlagi mnenja nosilcev moči v javnosti – laične in strokovne. Izjemnega pomena je torej, kako strokovnost določene poklicne skupine ocenjujejo uporabniki in sorodne strokovne skupine.

Namen

Namen raziskave je bil oceniti značilnosti profesionalizma slovenskega babištva glede na ključne elemente starega in novega profesionalizma, ki jih opredeljuje literatura. Cilj je bil tudi ugotoviti, kako profesionalizem slovenskih babic drugače ocenjujejo sorodne stroke – medicinske sestre ter ginekologi-porodničarji. Zanimalo nas je tudi, ali na stopnjo profesionalizma posameznika v večji meri vplivajo njegove osebne karakteristike ali delovni pogoji oz. zaposlitvena institucija, v kateri deluje.

Metodologija

Uporabljena je bila deskriptivna metoda. Raziskovalni inštrument je bil vprašalnik; glede na šest osnovnih konceptov so bila vprašanja oblikovana v šest matric (vsebinskih nizov).

Raziskava je bila izvedena na treh vzorcih: babicah, medicinskih sestrah, zaposlenih v istih okoljih kot babice, in ginekologih-porodničarjih, ki z babicami sodelujejo. V skupini babic je bil uporabljen slučajni vzorec, v primeru medicinskih sester sistematični vzorec, v primeru ginekologov-porodničarjev pa popis. Zanesljivost in veljavnost inštrumenta je bila okrepljena z uporabo vprašanj raziskovalnih inštrumentov, ki so bili že testirani v drugih raziskavah ter so dosegli dobre rezultate.

Raziskava je upoštevala principe raziskovalne etike, da bi ohranili integriteto sodelujočih v raziskavi.

Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS. V procesu analize so bile najprej izračunane osnovne statistične mere za vsako od treh skupin posebej. Z analizo variance (ANOVA) ter testom hi-kvadrat smo ugotavljali, v katerih trditvah se odgovori raziskovanih treh skupin statistično razlikujejo. V drugi fazi so bile iz vprašalnika estrahirane trditve, ki so bile za vse tri raziskovane skupine enake, z

najboljšim rezultatom Cronbach α . Izračunan je bil Likertov indeks. V nadaljevanju je bila na tej prečiščeni bazi podatkov izvedena multipla regresija za ugotavljanje vpliva neodvisnih spremenljivk na posamezne elemente profesionalizma med skupinami anketirancev. Testirali smo vpliv individualnih (neodvisni spremenljivki starost in izobrazba) in organizacijskih oz. strukturnih elementov (nivo zdravstvenega varstva zaposlitvene inštitucije) udeležencev na percepcijo za profesionalizem pomembnih elementov.

Rezultati z razpravo

Na anketo se je odzvalo 50,1 % anketiranih babic, 48,8 % medicinskih sester, zaposlenih v porodnišnicah oz. zdravstvenih domovih, in 29,4 % ginekologov-porodničarjev. Večina anketirancev v skupini medicinskih sester in babic je bila ženskega spola (98 %), medtem ko so bili anketiranci v skupini ginekologov-porodničarjev po spolu bolj enakomerno porazdeljeni (43 % moški, 57 % ženske). Približno polovica v anketi sodelujočih medicinskih sester in babic je bila stara do 40 let, druga polovica pa med 40 in 60 let. V nasprotju s tem so bili anketiranci v skupini ginekologov-porodničarjev starejši; le četrtnina je bila starih manj kot 40 let (26,2 %). Večina babic in medicinskih sester je imela končano srednjo ali dodiplomsko šolo (98,4 % babic, 98 % medicinskih sester); le redki anketiranci teh dveh skupin so nadaljevali študij na podiplomskem nivoju (1,6–2 %). V tem pogledu se je skupina ginekologov-porodničarjev od njih bistveno razlikovala, saj so imeli vsi dokončan podiplomski študij (vsaj specializacijo). Najpogosteje so bili anketiranci zaposleni v porodnišnici (59,6 %). Na drugem mestu je bila zaposlitev v zdravstvenem domu (31,6 %). V porodnišnicah je bilo najpogostejše področje dela babic rodni blok (53,7 %), v zdravstvenih domovih pa so bile babice v približno enaki meri zastopane v okviru patronažne službe (50 %) in ginekoloških ambulant (40,6 %). Najpogostejša delovna področja medicinskih sester zaposlenih v porodnišnicah so bila poporodni oddelek, intenzivna nega in terapija novorojenčkov, oz. delo na več oddelkih izmenično – »kroženje« oz. »drugo« (anestezija, operativni blok ipd.), medtem ko je večina medicinskih sester, zaposlenih v zdravstvenih domovih, delovala v patronažnih službah (71,4 %). Ginekologi-porodničarji v porodnišnici so v večini »kročili« (68,6 %); torej delali na različnih oddelkih, v zdravstvenih domovih pa so bili zaposleni le v okviru ginekoloških ambulant.

Glede na šest bistvenih elementov profesionalizma študija kaže naslednje rezultate: ZNANJE – V literaturi o profesionalizmu je pomembnost teoretičnega znanja močno poudarjena za prerast poklicne skupine v stroko. Zaskrbljujoče je, da je s strani vseh anketirancev pomen babiškega teoretičnega znanja nizko ocenjen, praktične spretnosti pa visoko cenjene. V vseh treh skupinah jih namreč le nekaj več kot polovica (55 % ginekologi-porodničarji, 59 % babice, 67 % medicinske sestre) meni, da je za opravljanje babiškega poklica potrebna vsaj diploma visoke šole. Njihov odnos verjetno temelji na prepričanju, da so za babištvo praktične spretnosti bolj pomembne od teoretičnih osnov (58 % ginekologi-porodničarji, 60 % medicinske sestre, 63 % babice). Pri tej izjavi se kažejo bistvene razlike tudi glede na izobrazbo anketirancev iz skupine babic in medicinskih sester (udeleženci raziskave z višjo izobrazbo se bolj zavedajo pomena teoretičnega znanja). Le približno dobra polovica (51 % medicinske sestre, 61 % babice, 63 % ginekologi-porodničarji) vseh anketirancev meni, da je znanje in delo babic specifično ter da se bistveno razlikuje od zdravstvene nege in porodništva, kar je ključno za opredelitev poklicne skupine kot stroke. Tudi veliko babic meni, da so babice porodniške medicinske sestre. Glede

na trenutno vlogo babic v sklopu porodnišnic je verjetno njihovo stališče prežeto z izkušnjo močne hierarhične ureditve bolnišnic in uveljavljene doktrine. V sklopu teh organizacij, katerih razvoj in smernice pišejo zdravniki, je uveljavljanje avtonomnega babištva oteženo oz. nemogoče.

ETIKA – Za profesionalizem je bistveno delovanje v javno dobro. Profesionalno uveljavljanje je lažje za poklicne skupine, ki predstavljajo oz. varujejo vrednote družbe. Družina in zdravje sta pomembni vrednoti. Potemtakem bi babištvo, ki ju združuje in ohranja, moralo imeti status stroke. Velika večina anketirancev (94 % medicinske sestre, 98 % babice, 99 % ginekologi-porodničarji) meni, da je babištvo izjemno pomembno za družbo. Zanimivo je, da so družbeno korist babištva za malenkost bolje ocenili ginekologi-porodničarji kot pa babice same. Čeprav so anketiranci ocenili babištvo kot izjemno pomembno za družbo, so v smislu družbenega spoštovanja anketirane babice dokaj pesimistične – 34 % jih meni, da družba ne ceni dela babic in 40 % jih trdi, da bolj kot babištvo družba ceni druge zdravstvene poklice. Pojasnilo za to bi bilo domnevna nespecifičnost babiškega znanja, ki se na določenih točkah prekriva z zdravstveno nego, ponekod pa s porodništvom in ginekologijo. Zaradi tega se uporabniki ne zavedajo razlike med babicami, medicinskimi sestrami ter ginekologi-porodničarji, kar posledično pomeni manjše zavedanje javnosti o pomenu babiške stroke. Pomemben pogled profesionalizma predstavlja tudi etičen odnos do uporabnikov storitev. Vse babice trdijo, da svoje delo opravljajo v skladu s profesionalnim kodeksom etike (100 %). Niso pa vse tako trdno prepričane o etičnosti svojih kolegic (10 %), kar potrjuje dejstvo, navajano v literaturi o profesionalizmu, da kodeks etike sam po sebi ne zagotavlja etičnosti strokovnjakov. Velik pomen v tem pogledu igra profesionalizem posameznika, ki temelji na reflektivni praksi, ter nadzor strokovnega združenja.

MOČ – Reflektivna praksa in občutek odgovornosti sta močno povezana in ključnega pomena za avtonomijo strokovnjaka. Kljub temu da so minimalne pristojnosti babice jasno zapisane v definiciji babice po International Confederation of Midwives in zakonsko predpisane s sektorsko direktivo EU o reguliranih poklicih (36/2005/EEC), se babice ne čutijo avtonomne ter v 58 % menijo, da nimajo vpliva na organizacijo in potek lastnega dela. Večina anketiranih medicinskih sester vidi babice kot samostojne profesionalke (81 %). V malo manjši meri jih kot avtonomne ocenjujejo ginekologi-porodničarji (67 %). Glede na to da je za prerast poklica v stroko nujno tudi, da jih priznavajo sorodne skupine, se v tem pogledu babištvo precej slabo odreže. 83 % babic se strinja, da so kompetentne za spremljanje fizioloških nosečnosti, porodov in puerperija, za kar jih pooblašča evropska pa tudi slovenska zakonodaja. Temu oporeka 29 % medicinskih sester ter več kot polovica (55 %) ginekologov-porodničarjev. V skladu s tem več kot tri četrtine anketiranih babic (78 %) želi višjo stopnjo odgovornosti pri opravljanju svojega poklica. Zanimivo pa je, da ginekologi-porodničarji njihovo željo po večji samostojnosti ocenjujejo bistveno drugače. Razlika med njihovim mnenjem in mnenjem medicinskih sester ter babic je statistično značilna ($p=0,007$). Skoraj polovica ginekologov-porodničarjev (43 %) namreč meni, da si babice pri svojem delu ne želijo večje odgovornosti. Iz pregleda literature je razvidno, da ima profesionalna organizacija pomembno vlogo v procesu profesionalizacije določene poklicne skupine; predvsem je njena trdnost in stabilnost ključna za profesionalno avtonomijo. Strokovno združenje je tisto, ki za svoje člane lobira pri državi in jih predstavlja v javnosti. Babiški strokovni organizaciji torej ni v prid podatek, da 67 % babic meni, da Sekcija medicinskih sester-babic ne poskrbi zadosti za poklicno skupino. Predvsem gre za to, da babice menijo, da nimajo zadostnega vpliva na sooblikovanje strategije razvoja babištva.

SODELOVANJE Z UPORABNIKI – Sodelovanje z uporabniki je eden pomembnih elementov novega profesionalizma, ki spodbuja odnosne elemente (empatija, skrb, refleksija) in je zato po mnenju strokovnjakov primeren zlasti za uveljavljanje ženskih poklicev, ki elementom starega profesionalizma (moč, monopol, avtonomija) niso mogli zadostiti. Babištvo v svoji filozofiji stalno poudarja pomen žensko osredičene skrbi za kakovostne babiške storitve. Tako babice v večini (90 %) odgovarjajo, da v obravnavi podpirajo informirano odločitev ženske tudi v primeru, če je nasprotujoča doktrini inštitucije, v kateri so zaposlene. Da ženska osredičenost ostaja le na deklarativni ravni, kaže 100 % strinjanje s trditvijo »hitro vidim problem svoje varovanke in možne rešitve ter izberem najboljšo možnost zanjo«. Razlog je lahko nedoslednost, ki je posledica družbeno zaželenih odgovorov ali pa gre vzrok iskati v nizki stopnji avtonomije babic. Skoraj tri četrtine (73 %) anketirancev namreč navaja, da večkrat ženskam ne morejo ustreči, ker pri strokovnih odločitvah niso samostojne in morajo slediti usmeritvam doktrine inštitucije.

MEDPOKLICNO SODELOVANJE – Drugi pomemben element novega profesionalizma je medpoklicno sodelovanje. Da je slednje sploh možno, je pomembno, da so stroke, ki med seboj sodelujejo, v enakovredni poziciji. Več kot polovica (64 %) medicinskih sester meni, da so babicam enakovredne. Povsem nasprotno je stališče ginekologov-porodničarjev – le-ti v 66 % mislijo, da jim babice niso enakovredne. S strani babic se ne čutijo ogroženi; menijo, da babice ne ogrožajo njihovega področja dela (99 %). Prav nasprotno pa babice v 48 % trdijo, da se čutijo poklicno ogrožene s strani ginekologov-porodničarjev, čeprav večinsko trdijo, da so v odnosu z njimi samozavestne (87 %). Percepcija stopnje ogroženosti s strani sorodnih strok je pomembna za oceno profesionalizacije poklicne skupine. Poleg ogroženosti s strani ginekologov-porodničarjev se četrtina (26 %) babic čuti ogroženih tudi s strani medicinskih sester; verjetno gre za posledico slabo opredeljenega področja dela, saj se na področju skrbi za žensko in otroka babištvo zdravstvena nega in porodništvo ter ginekologija na več točkah prekrivajo.

REFLEKTIVNA PRAKSA – Tretji element novega profesionalizma je reflektivna praksa. Gre za notranjo evalvacijo lastne aktivnosti; nekakšno personalizirano etiko strokovnjaka. Vse babice menijo, da svoje delo strokovno opravljajo. Za presojo kakovosti lastnega strokovnega dela je babicam najpomembnejše mnenje uporabnic (91 %), redkeje to preverjajo pri kolegicah (76 %) oz. svojih nadrejenih (62 %). Refleksija in presojanje kakovosti ter strokovnosti dela sta pomembna tudi za ravnanje v primeru strokovne napake. Velika večina babic (96 %) misli, da za primer strokovne napake niso dobro zavarovane. Pritrjuje jim 86 % medicinskih sester, ki so v podobni situaciji. Zdravniki so v tem pogledu bolj kritični (65 %); domnevno zato, ker zaradi nizke stopnje avtonomije babištva oni prevzemajo večji del odgovornosti v primerih obporodnih zapletov. To izkazuje tudi njihovo 53 % strinjanje s trditvijo, da v primeru strokovne napake babice ne prevzamejo potrebnega deleža odgovornosti.

V izračunih regresije se je izkazalo, da strukturni oz. organizacijski elementi nimajo vpliva na pojmovanje profesionalizma anketirancev. Kljub temu da testirane neodvisne spremenljivke pojasnijo le majhen delež variance, rezultati kažejo, da je dojemanje pomembnosti določenih elementov profesionalizma anketirancev vezano na individualne karakteristike; predvsem starost (v povezavi z delovnimi izkušnjami). Bistvenega pomena je torej spreminjanje oz. oblikovanje poklicne identitete posameznikov.

Sklep

Generalna ugotovitev raziskave je, da slovensko babištvo po ocenah vseh treh anketiranih skupin v tem trenutku ne dosega uveljavljenih kriterijev profesionalizma stroke. Močan dejavnik je etičnost, najšibkejša pa sta znanje in avtonomija. Predvsem so potrebne spremembe v zavesti babic glede odnosa do uporabnikov babiških storitev ter sodelavcev v zdravstvenem timu, odnosu do strokovnega teoretičnega znanja glede prevzemanja odgovornosti za strokovne odločitve ter oblikovanje strategije za politično uveljavitev stroke.

Glavno priporočilo raziskave se osredotoča na dve ključni dejavnosti, in sicer dejavno spreminjanje izobrazbene strukture babic v praksi ter nadaljnje raziskovanje in longitudinalno sledenje spremembam v percepciji babic ter sorodnih strokovnih skupin glede profesionalizma babištva, obenem pa bi bilo potrebno izvesti tudi raziskavo o oceni profesionalizma babic s strani uporabnic.

Ključne besede: profesionalizacija, novi profesionalizem, babištvo, zdravstvena delitev dela

Professionalization of Slovenian midwifery

ABSTRACT

Background

In the western countries, professionalism means a cultural metaphor; a status that majority of occupations strive for. Professions attain special social status. Professionalization is a strategy that an occupational group achieves actively through a professional project. Professions are interdependent in the system of professions, however they are autonomous for their own scope of work.

Traditional professions (law, medicine, theology), present the prototype of profession. On the basis of their characteristics, other occupations are evaluated as professions or semi-professions. Traditional attributes that are emphasised are knowledge, ethics and autonomy – these are the elements of »old professionalism«. The concept of professionalism depends on social circumstances, therefore elements of »new professionalism« are becoming also important in the professionalization of the occupations – these are reflective practice, interprofessional collaboration and partnership with clients.

Occupation gains status of a profession on the basis of the acknowledgement of those social groups that hold social power – lay and professional. It is therefore crucial how the professionalism of the occupational group is seen by clients and related professional groups.

Purpose

The aim of the study is to estimate the professionalism of Slovenian midwifery, on the basis of the elements of old and new professionalism. The goal was also comparison of the opinions about Slovenian midwifery professionalization from the aspect of different professional groups that collaborate with midwives – nurses and physicians (gynaecologists, obstetricians). We also wanted to define whether the professionalism is more affected by personal/individual characteristics or more influenced by organizational/structural factors.

Methodology

Descriptive method was used. Research tool was a questionnaire; on the basis of the six elements of professionalism, we formed six matrices of questions.

The study was performed on three different groups – Slovenian midwives, nurses and physicians that work with them. In the group of midwives random sample, in the case of nurses' systematic sample and with the physicians an inventory sample was used.

We tried to attain better reliability and validity of the research tool with the use of the questions from the research tools tested in other studies and was pilot tested.

The researcher followed the principles of research ethics, to maintain the integrity of the respondents.

Data were processed with the SPSS programme. In the process of the analysis first the basic statistical measures were calculated for each group of the respondents. With ANOVA and chi square test we compared the opinions of those groups. In the second stage, we extracted statements that were common for all three groups and gave best results of Cronbach α test. On these statements first the Likert index was calculated. In the last stage of the analysis the multiple regression was performed on these data. We tried to define the effect of certain independent variables on each of

the elements of professionalism and compare their influence among groups of respondents. For the individual characteristics, we tested the independent variables of age and educational level. As a structural independent variable, we tested level of the health service of the institution where individual works.

Results and discussion

Response rate was 50,1% in the midwifery group, 48,8% in the group of nurses and 29,4% in the group of physicians. In the group of nurses and midwives, majority of respondents were women (98%), while in the group of physicians there was more 43% of male and 57% of female respondents. Approximately half of all midwives and nurses that returned the questionnaire were younger than 40, the other half was 40-60 years old. In the group of physicians only 26,6% of respondents were younger than 40. The majority of nurses and midwives finished secondary or high school (98,4% midwives and 98% nurses) and only few of them are studying in the postgraduate level (1,6–2 %). On the other hand all of the physicians have finished postgraduate education. Majority of respondents worked in the hospitals (59,6 %) or in the primary health service (31,6 %). The most common place of work for midwives was delivery room (53,7 %), while in the primary health service they were working mostly in the community service (50%) or in the gynaecology dispensaries (40,6%). Nurses in the maternity hospitals were most often working on the postpartum wards or neonatal wards, while those in the primary health services most often worked in the community service (71,4 %). Physicians in the maternity hospitals mainly did not had permanent working place; they »circulated« (68,6 %) – worked every day on different wards. Those in the primary health care settings were employed only in the gynaecological dispensaries.

With regard to six elements of professionalism the results were:

KNOWLEDGE – Esoteric body of knowledge is considered as very important for the professionalization of the occupation in the literature. It is therefore concerning that the importance of theoretical midwifery knowledge was underestimated by the majority of the respondents. Only 55% of physicians, 59% of midwives and 67% of nurses thought midwives would need at least BSc in order to practice midwifery. 58% of physicians, 60% of nurses and 63% of midwives considered practical midwifery skills as more crucial. In this statement statistically significant differences were found regarding to the educational level of the respondents; those with higher level of education were more aware of the importance of the theoretical background for the profession. Approximately half of the respondents (51% of nurses, 61% of midwives and 63% of physicians) thought that midwifery knowledge is specific – different than obstetrics and nursing, however this is crucial in formation of profession. In fact many midwives defined themselves as obstetrical nurses. Their aspect is probably result of their perception, due to their actual working role and past experiences in the strictly hierarchical environments. In the institutions that are medically directed is enforcing of midwifery aggravated.

ETHICS – Professions work for social welfare. Enforcement of occupational groups that preserve social values is easier. Health and family are commonly accepted social values. Accordingly should midwifery hold professional status. Vast majority of respondents (94% of nurses, 98% of midwives and 99% of physicians) thought midwifery is important for the society. Interestingly obstetricians and gynaecologist were even more positive in this statement than midwives themselves. Midwives, on the contrary, in 34% thought that society does not appreciate their work and in 40%

said that they prefer other health professionals to midwives. It could be concluded that midwifery is not visible enough, since the scope of midwifery practice is not transparently separated from nursing and obstetrics, therefore clients and consequently public are unaware of the role of midwives. Important issue in the professionalism is also ethical relationship towards the clients. All midwives claimed that they practice ethically (100%), however 10% of them were not so convinced about the ethical behaviour of their colleagues. This confirms the statement from the literature that the existence of the code of ethic does not assure ethical behaviour of all members of professional group. In this respect individual professionalism, based on reflective practice is more important than peer review and the sanctions of the professional association.

AUTONOMY AND POWER – Reflective practice and sense of responsibility are very important for the autonomy of the professional. Despite the fact that the basic midwifery competences are clearly defined by the definition of International Confederation of Midwives and legally prescribed by the European Union directives (36/2005/EEC) and Slovenian legislation, midwives do not feel autonomous. In 58% of cases felt they cannot influence on their work. On the contrary majority of nurses (81%) thought midwives are independent health professionals. Only 67% of physicians agreed with this statement. Professional status of the group must be acknowledged also from related professions – agreement with the statement about basic midwifery competencies tested this opinion. 83% of midwives thought they are competent of managing normal pregnancy, birth and postpartum period. 29% of nurses and 55% of physicians disagreed. According to their opinion, 78% of midwives wish greater responsibility. Physicians see this completely different – 43% of them disagree. Difference between the opinion of obstetricians, gynaecologists and nurses, midwives is statistically significant ($p=0,007$). From the literature review it is obvious that professional association plays very important role in the professional project of the occupational group; its stability is crucial for professional autonomy. Professional association negotiates with the state for the position of its professionals and presents the professional values to society. 67% of Slovenian midwives thought that their professional association does not provide for them properly. To a great extent this was because they feel unable to influence its decisions and strategy in order to cooperate in the development of their profession.

PARTNERSHIP WITH CLIENTS – Partnership with clients is one of the key elements of the new professionalism, which emphasizes above all relation characteristics (empathy, care, reflection) and therefore some think it is especially appropriate for female professional projects. Midwifery philosophy emphasizes the meaning of women centred care. In accordance 90% of midwives claimed they assure informed decision to clients and support them in their decision even it is against the doctrine of the institution where they work. This is not in compliance with their 100% agreement with the statement »Usually I can quickly see where my client's problem is and I decide the best solution for it«. The reason for this inconsistency could be socially-desired answers or lack of autonomy. Almost 73% of midwives claimed that they sometimes cannot meet women's expectations, since they are not independent in their professional decisions.

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION – The second important element of new professionalism is interprofessional collaboration. In order to enable interprofessional cooperation it is necessary that professions are in equal position. 64% of nurses thought they are equal to midwives. Completely opposite is the opinion of physicians – 66% of them claimed midwives are not equal to them. They do not think midwives

endanger their scope of practice (99%). On the contrary, midwives in 48% felt their scope of work is jeopardized by the obstetricians and gynaecologists. Despite that they claimed they are self-confident in the relations with them (87%). Perception of threat from related professions is important for the estimation of professionalism of occupational group. Beside the threat from physicians, 26% of midwives felt professionally endangered also by the nurses. Such perception can be the result of unclearly defined scope of practice; jurisdiction of the field of normal pregnancy, labour and the puerperium.

REFLECTIVE PRACTICE – The third element of the new professionalism is reflective practice; inner evaluation of professional action that can be described also as personalized ethic of the professional. All midwives claimed their work is professional. In order to estimate the quality of own professional work they usually seek and consider the opinions of clients (91%), more rarely colleagues (76%) or superiors (62%). Reflection and estimation of quality and expertise are also important in case of professional misconduct. Majority of midwives (96%) thought they are not secured enough for such cases. 86% of nurses agreed. Physicians are more critical (65%) probably because currently they are held responsible in case of complications. Half of them (53%) also claimed that midwives do not contract the necessary share of responsibility when it comes to uncertain circumstances.

Multiple regression showed that structural factors did not play role in the professionalism of the respondents. Individual characteristics were more important, however they explain only a small share of variance; especially age (in connection with working experiences) was shown to play a role in several cases. It is therefore crucial to influence professional identity of individual midwives in order to raise the professionalism of the group as a whole.

Conclusion

General conclusion of the study is that Slovenian midwifery, by the estimation of representatives of all three groups, is not attaining the established criterions of professionalism. Strong characteristic is ethic; the weakest are professional knowledge and autonomy. Changes in the consciousness of midwives regarding their relationship towards clients and colleagues in the medical team, their attitude towards theoretical knowledge, acceptance of professional responsibility and development of the profession are necessity.

The main recommendations derived from the study focus on two key spheres of activity: active modification of educational structure of midwives and further investigation in sense of longitudinal study of perception of midwives and other health professional groups regarding the professionalism of midwifery. The study of perception of clients would also be appropriate.

Key words: professionalization, new professionalism, midwifery, medical division of labour

KAZALO

| | |
|--|----|
| 1 UVOD | 19 |
| 2 PREGLED LITERATURE | 23 |
| 2.1 DRUŽBENA DELITEV DELA | 23 |
| 2.1.1 Poklic | 28 |
| 2.1.2 Profesija | 30 |
| 2.1.1.1 Sociološki pogledi na profesije | 32 |
| 2.1.1.1.1 Funkcionalistični pogled | 33 |
| 2.1.1.1.2 Interakcionistični pogled | 36 |
| 2.1.1.1.3 Ostale perspektive | 38 |
| 2.1.1.2 Prihodnost profesij | 42 |
| 2.2 PROFESIONALIZEM IN PROFESIONALIZACIJA | 45 |
| 2.2.1 Profesionalizem | 45 |
| 2.2.2 Profesionalizacija | 48 |
| 2.2.3 Preoblikovanje poklica v profesijo | 51 |
| 2.2.1.1 Profesionalni projekt | 52 |
| 2.3 KARAKTERISTIKE PROFESIJE | 58 |
| 2.3.1 Elementi »starega« profesionalizma | 59 |
| 2.3.1.1 Znanje in pristojnosti | 61 |
| 2.3.1.2 Etika in javno dobro | 66 |
| 2.3.1.3 Avtonomija in družbena moč | 69 |
| 2.3.2 Elementi »novega« profesionalizma | 74 |
| 2.3.1.1 Povezovanje z uporabniki | 75 |
| 2.3.1.2 Medpoklicno sodelovanje | 78 |
| 2.3.1.3 Reflektivna praksa | 81 |
| 2.4 INTERAKCIJA ZDRAVSTVENIH STROK NA PODROČJU SKRBI ZA ŽENSKE V REPRODUKTIVNEM OBDOBJU | 84 |
| 2.4.1 Poklicno uveljavljanje medicine – porodništva in ginekologije | 85 |

| | |
|--|-------------------------------------|
| 2.4.2 Poklicno uveljavljanje zdravstvene nege | 90 |
| 2.4.3 Poklicno uveljavljanje babištv..... | 94 |
| 2.4.1.1 Primer dobre prakse poklicne uveljavitve babištv – Kanada | 100 |
| | |
| 3 METODOLOGIJA RAZISKAVE..... | 109 |
| 3.1 Raziskovalna vprašanja in hipoteze ter namen raziskave..... | 109 |
| 3.2 Raziskovalni inštrument..... | 111 |
| 3.2.1 Razvoj raziskovalnega inštrumenta..... | 113 |
| 3.3 Etičnost raziskovanja | 117 |
| 3.4 Vzorec..... | 118 |
| 3.4.1 Vzorčenje | 118 |
| 3.5 Zbiranje podatkov | 123 |
| 3.6 Analiza | 128 |
| | |
| 4 REZULTATI Z RAZPRAVO..... | 132 |
| 4.1 Demografski podatki | 132 |
| 4.2 Rezultati v odnosu do parametrov profesionalizma | 138 |
| 4.2.1 Znanje | 138 |
| 4.2.2 Etika | 147 |
| 4.2.3 Moč in avtonomija | 153 |
| 4.2.4 Sodelovanje z uporabniki | 162 |
| 4.2.5 Medpoklicno sodelovanje..... | 170 |
| 4.2.6 Reflektivna praksa..... | 177 |
| 4.3 Omejitve raziskave in priporočila za nadaljnje raziskave . Error! Bookmark not defined. | |
| | |
| 5 SKLEP | ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED. |
| | |
| 6 LITERATURA | 203 |

| | |
|--|-----|
| 7STVARNO KAZALO..... | 233 |
| 8IMENSKO KAZALO..... | 236 |
| PRILOGA A.1: VPRAŠALNIK..... | 238 |
| PRILOGA A.2: STRUKTURA VPRAŠALNIKA | 259 |
| PRILOGA A.3: SHEME VPRAŠANJ..... | 273 |
| PRILOGA A.4: IDEALNI ODGOVORI NA VPRAŠALNIK | 280 |
| PRILOGA B: VZORČENJE..... | 300 |
| PRILOGA C.1: OPOMNIK | 304 |
| PRILOGA C.2: PROŠNJA GLAVNIM MED.SESTRAM | 306 |
| PRILOGA Č: DEMOGRAFIJA UDELEŽENCEV RAZISKAVE..... | 308 |
| PRILOGA D.1: POVPREČJA IN STANDARDNI ODKLONI..... | 316 |
| PRILOGA D.2: ANOVA..... | 320 |
| PRILOGA D.3: PEARSONOV TEST HI KVADRAT | 328 |
| PRILOGA E: STAT.ZNAČILNE RAZLIKE V ODGOVORIH SKUPIN..... | 336 |
| PRILOGA F: LIKERTOV INDEKS | 340 |
| PRILOGA G: CRONBACH TEST IN OSNOVNE ZNAČILNOSTI INDEKSA..... | 342 |
| PRILOGA H.1: OPISNA STATISTIKA BAZE ZA MULTIPLO REGRESIJO..... | 347 |
| PRILOGA H.2: MULTIPLA REGRESIJA | 349 |

SEZNAM TABEL

| | |
|--|------|
| Tabela 2.1: Avtonomija babiške dejavnosti–pregled po evropskih državah..... | 70 |
| Tabela 3.1: Teoretični koncepti in indikatorji glavnih elementov profesionalizma... | 114 |
| Tabela 3.2: Demografski podatki oseb, ki so testirale vprašalnik | 1166 |
| Tabela 3.3: Znani podatki o raziskovanih skupinah. | 1200 |
| Tabela 3.4: Anketirani zdravstveni domovi in porodnišnice v Sloveniji. | 1222 |
| Tabela 3.5: Kronološki potek izvedbe raziskave..... | 1277 |
| Tabela 4.1: Starost in spol anketirancev treh raziskovanih skupin. | 1344 |
| Tabela 4.2: Stopnja izobrazbe in dokončane šole anketirancev treh raziskovanih skupin | 1355 |
| Tabela 4.3: Institucija, leta in področje zaposlitve anketirancev treh raziskovanih skupin | 1366 |
| Tabela 4.4: Delovno mesto in službeni položaj anketirancev treh raziskovanih skupin | 1377 |
| Tabela 4.5: Stališča anketirancev glede znanja – prvega parametra profesionalizma slovenskega babištva | 1399 |
| Tabela 4.6: Stališča anketirancev glede etike – drugega parametra profesionalizma slovenskega babištva | 1488 |
| Tabela 4.7: Stališča anketirancev glede avtonomije – tretjega parametra profesionalizma slovenskega babištva | 154 |
| Tabela 4.8: Stališča anketirancev glede sodelovanja z uporabniki – četrtega parametra profesionalizma slovenskega babištva | 163 |
| Tabela 4.9: Stališča anketirancev glede medpoklicnega sodelovanja – petega parametra profesionalizma slovenskmedicinaega babištva..... | 1711 |

Tabela 4.10: Stališča anketirancev glede reflektivne prakse – šestega parametra profesionalizma slovenskega babištva1799

SEZNAM SLIK

| | |
|--|-------|
| Slika 2.1: Kontinuum poklic – profesija | 355 |
| Slika 2.2: Profesionalni projekt | 544 |
| Slika 2.3: Strategije socialnega zapiranja | 566 |
| Slika 4.1: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o babiškem znanju primerjalno z idealnim tipom | 147 |
| Slika 4.2: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o babiški etiki primerjalno z idealnim tipom | 1522 |
| Slika 4.3: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o babiški avtonomiji/moči primerjalno z idealnim tipom | 1600 |
| Slika 4.4: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o odnosu babic do uporabnic babiških storitev primerjalno z idealnim tipom..... | 16969 |
| Slika 4.5: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o poklicnem sodelovanju babic s sorodnimi strokami primerjalno z idealnim tipom..... | 1766 |
| Slika 4.6: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o babiški reflektivni praksi primerjalno z idealnim tipom | 1811 |
| Slika 5.1: Povzetek ocene stanja profesionalizma slovenskega babištva..... | 1833 |

Profesionalizacija poklicev predstavlja enega temeljnih konceptov v sociologiji dela in sociologiji profesij (Ritzer 1971). Pojasnjuje namreč logiko raznih sprememb na ravni družbe: družbene delitve dela, socialne stratifikacije, delovanja trga delovne sile ipd. (Pavlin 2007, 14). Profesionalizem v večini zahodnih držav predstavlja močno kulturno metaforo (Leicht in Fennell 2001, 7); status, h kateremu stremi večina poklicnih skupin. Tendenca profesionalizacije je med poklicnimi skupinami tako močna, da Freidson (1971, 35) pri uveljavljanju poklicev govori o socialnem gibanju 20. stoletja. Tudi v babištvu določena skupina pripadnikov želi status profesije, vendar pa ob tem trči v uveljavljeno hierarhijo zdravstvene delitve dela.

Profesionalizem lahko definiramo tako v odnosu do strank/uporabnikov/klientov, ne moremo pa tudi mimo odnosne ravni profesija – država (država namreč nudi stroki¹ legitimen način jurisdikcije nad posameznim področjem ter finančna sredstva) in mimo odnosa med profesijami oz. med stroko in drugimi poklicnimi skupinami (na kar se nanaša predvsem koncept profesionalnega projekta). Kot piše Abbott (1988, 141): »Dominantne profesije so lahko močne le toliko, kolikor jim to dopustijo uporabniki njihovih storitev oz. v kakršni meri jim to dovoljuje država.« Čeprav so vse tri odnosne ravni enako pomembne, se avtorica v doktorski nalogi osredotoča le na odnos med babištvom in sorodnimi poklicnimi skupinami (zdravstveno nego in medicino – porodništvom in ginekologijo). Nobena od strok namreč ni izolirana entiteta, pač pa je stroka definirana v odnosu z drugimi v t. i. sistemu profesij. Odnosi z drugimi poklicnimi skupinami igrajo ključno vlogo pri profesionalizaciji določenega poklica (Abbott 1988, 18, 59). Težnja profesionalne skupine je pridobitev spoštovanja in zaupanja sorodnih strok ter vzpostavitve kolegialnega odnosa (Rochester 1988, 311).

Stopnjo profesionalizma stroke lahko proučujemo na makro ravni (razmerje stroka – družba), lahko pa zadevo gledamo z mikro ravni (uporabnik – strokovnjak). Pri profesijah se navadno osredotočamo na makro raven. Govorimo torej o stroki kot

¹Avtorica termina stroka oz. strokovnjak uporablja kot sinonima za izraza profesija oz. profesionalec.

institucionalizirani obliki določene dejavnosti, ki je za družbo pomembna (Leicht in Fennell 2001, 90). Kljub temu da stroke in posameznih članov profesije ne moremo enačiti – saj se po mnenju avtorjev stroka lahko ponaša z dobro razvitim kodeksom etike, kar pa ne pomeni, da so visoko etični tudi vsi pripadniki stroke (Ritzer 1973 v Saks 1995, 13) – pa makro nivo vseeno odraža mikro situacijo; mnenja in stališča posameznikov, torej vseh članov določene stroke. V nadaljevanju predstavljena avtoričina raziskava je posnetek stanja o profesionalnosti stroke babištva; zbir mnenj predstavnikov vseh treh raziskovanih strok. Individualna stališča pripadnikov stroke niso zanemarljiva; profesija namreč ne nastane, temveč jo oblikujejo posamezniki z močnim občutkom pripadnosti (Abbott 1988, 79, 81). Reprezentativen vzorec pripadnikov stroke torej lahko oriše stališče poklicne skupine, zato se je avtorica v doktorski nalogi odločila, da stopnjo profesionalizacije babištva oceni na podlagi mnenj posameznikov – članov stroke babištva, zdravstvene nege in medicine². Na podlagi njihovih mnenj želi ugotoviti splošne značilnosti profesionalizma slovenskega babištva; posploševanje teče od konkretne k splošni ravni.

Ker je profesija definirana predvsem na podlagi dela, ki ga opravlja (Abbott 1988, 19, 20), doktorska naloga najprej osvetli osnovne koncepte, kot so delitev dela, nastanek poklicev in oblikovanje specialnih vrst poklicev – profesij. Na podlagi različnih perspektiv, ki so se oblikovale skozi zgodovino sociologije profesij, poskuša osvetliti in opredeliti pojma profesionalizem in profesionalizacija.

V razpravi o medpoklicnih odnosih na področju zdravstva ne moremo mimo konceptov moči (»power«) in spola (»gender«) (Ule 2003, 224, 243). Področje zdravstva je tipično področje odnosov med različnimi poklici, ki tekmujejo za samostojno vlogo pri ponujanju zdravstvenih storitev uporabnikom (Leicht in Fennell 2001, 132). Vrednotenje posameznega poklica s strani drugih strok pri tem igra pomembno vlogo. Navadno se profesije, ki med sorodnimi strokami uživajo najvišji status, ponašajo tudi z družbeno najboljšim statusom (Abbott 1988, 118). Doktorska naloga zato v nadaljevanju opiše profesionalni projekt in podrobno razdela strategije

²Avtorica v nadaljevanju za pripadnike babištva uporablja termin babica, za pripadnike zdravstvene nege termin medicinska sestra, za pripadnike medicine termin zdravnik, za pripadnike ginekologije in porodništva, pa termin ginekolog-porodničar. Mišljeni so tako moški kot ženski pripadniki poklicev.

uveljavljanja podrejenih (subordiniranih) poklicnih skupin oz. podreditvene tehnike dominantnih skupin. Še posebej se osredotoči in osvetli koncept »ženskega profesionalnega projekta« (Witz 1992), kar je v odnosu babištvo (stroka, kjer prevladujejo ženske) – medicina (stroka, ki velja za klasično patriarhalno profesijo) še posebej aktualno.

Sledi predstavitev elementov starega profesionalizma, določenih na podlagi značilnosti uveljavljenih tradicionalnih profesij, kot so npr. medicina, pravo in teologija. Vsekakor se v današnjem času ne moremo omejiti zgolj na klasične attribute profesionalizma, saj so v primerjavi s sodobnimi trendi zastareli. Predstavljajo namreč vrednote, ki v zdravstvenem sistemu postmoderne družbe niso več aktualne: avtoriteto, zapiranje, monopol, nadzor in dominacijo (Pahor 2006, 35). Zato poleg elementov starega profesionalizma avtorica v nabor karakteristik profesije vključi tudi elemente t. i. novega profesionalizma (Davies 1996b, 137-140).

Avtorica vse splošne težnje profesionalizma izpelje na primeru proučevanih strok v doktorski nalogi (medicina, zdravstvena nega in babištvo); predhodno predstavljene procese profesionalizacije skuša prezrcaliti na stanje v zdravstvenem sistemu. Naslednje poglavje zato oriše konkretne primere profesionalnih projektov – medicine (porodništva in ginekologije), zdravstvene nege in babištva. V kratkem so podani glavni zgodovinski mejniki v profesionalnem razvoju porodništva in ginekologije, ki jih avtorica primerja s profesionalnim projektom medicinskih sester ter babic. Prikazati želi različnost, a obenem soodvisnost vseh vpletenih profesij. Teoretični del zaključí s primerom dobre prakse profesionalnega uveljavljanja babištva v Kanadi.

V empiričnem delu je uvodoma predstavljena metodologija raziskave. Metodološko poglavje se deli v podpoglavja o razvoju raziskovalnega inštrumenta, vključno z upoštevanjem veljavnosti in zanesljivosti, vzorčenja, etičnih konceptov študije ter izvedbe raziskave. Konča se s predstavitvijo statistične analize. Poglavje Rezultati z diskusijo poleg demografskih podatkov udeležencev raziskave obravnava izsledke študije. Razdeljeno je na šest elementov profesionalizma, določenih v pregledu literature – tako starega (moč, znanje, etika) kot novega (reflektivna praksa, sodelovanje strokovnjakov z uporabniki storitev, medpoklicno sodelovanje). V

razpravi avtorica primerja značilnosti babiškega profesionalizma, ki ga je proučevala študija, in teoretične opredelitve, ki so predstavljene v teoretskem ogrodju prvega dela doktorske naloge. Sinteza želi ugotoviti stopnjo profesionalizma slovenskih bobic. Poleg tega pa avtorico zanima tudi razhajanje stališč o profesionalizmu babištva s strani različnih anketiranih strok. Z multiplo regresijo poskuša odgovoriti na vprašanje, ali so pomembnejše individualne karakteristike posameznikov ali strukturne značilnosti delovnih organizacij za stališča o profesionalizmu. Poglavje vključuje tudi kritično identifikacijo omejitev raziskave ter priporočila za uveljavljanje poklica v bodoče, v povezavi z možnostmi za nadaljnje raziskovanje.

Nalogo avtorica sklene z razmišljanjem o upravičenosti tendence profesionalizacije babištva ter z mislijo o prihodnosti stroke babištva.

2 PREGLED LITERATURE

Razpravo o profesionalizmu in profesionalizaciji je nujno začeti pri osnovnih pojmi, kot so družbena delitev dela, poklic in posebne oblike poklicev – profesije. Pojma poklic in profesija sta tesno povezana s človekovim delom in njegovo delitvijo, ki je rezultat napredujoče diferenciacije družbenega sistema.

Celotno polje proučevanja sociologije dela temelji na konceptih družbene in tehnološke delitve dela, ki predstavljajo teoretsko osnovo poklicni strukturi in družbeni stratifikaciji. Sociologija profesij je le del področja sociologije dela.

2.1 DRUŽBENA DELITEV DELA

Termin »delo« opisuje vse aktivnosti, ki jih ljudje izvajamo. Večina teh dejavnosti ni plačana. Beseda »zaposlitev« bolj natančno odraža koncept dela, o katerem govorimo v nadaljevanju, kljub temu da je v literaturi največkrat poimenovan »delo« (Pahl 1984, 19). Pojem dela je družbeno konstruiran in potemtakem spremenljiv; analitiki dela se strinjajo, da je zato enotno definicijo dela težko podati (Kanjuo Mrčela 2002, 30). Na splošno bi delo lahko opredelili kot proizvodno družbeno dejavnost (Svetlik 1988, 10), ki se opravlja znotraj okvira družbenih odnosov, in strukturira sfero nujnosti (Holmer in Karlson 1997 v Kanjuo Mrčela 2002, 30) ter je cenjena in prinaša določeno vrsto nagrad (Ransome 1999, 21).

Pojem dela nosi dve različni konotaciji – pozitivno (delo je bistvo človeka, človekove humanosti, družbenosti in simbol osebne vrednosti) (Kanjuo Mrčela 2002, 31; Freidson 2001, 107) ter negativno konotacijo (napor, trpljenje, sredstvo za kaznovanje, vir razlikovanja in ustvarjanja neenakosti med ljudmi) (Kanjuo Mrčela 2002, 31). O osnovnih oblikah delitve dela v različnih družbah lahko govorimo že od prazgodovinskih primitivnih skupnosti dalje, kjer se je delo delilo predvsem glede na spol in starost (Freidson 2001, 18). Vendar pa je bila delitev dela odvisna tudi od socialnih dejavnikov, ne le od bioloških karakteristik. Na neenako pojmovanje posamezne dejavnosti je prav tako vplival kraj izvajanja (zasebno, javno) in dejstvo,

ali je bila dejavnost dominantna v odnosu do drugih poklicnih skupin (navadno na podlagi zahtevnejših znanj in spretnosti) (Rueschemeyer 1986, 1, 31).

Čeprav sta o družbeni delitvi dela ter o širšem konceptu, ki vključuje tudi socialno diferenciacijo, pisala že Platon in Ksenofon (Freidson 2001, 42), so se s temi procesi začeli bolj usmerjeno ukvarjati analitiki v 19. in 20. stoletju, ki so želeli razumeti evolucijo družbe. V 18. stoletju je skupaj z industrijsko revolucijo namreč prišlo do veliko bolj prefinjene diferenciacije dela in aktivnosti – t. i. kvalitativnih razlik v delitvi dela – od relativne enostavnosti do hitro napredujoče kompleksnosti dela (Rueschemeyer 1986, 1–3). Durkheim je trdil, da sta delitev dela in družbena stratifikacija posledica raznovrstne družbene strukture (Durkheim 2002, 262), prav nasprotno pa je menil Herbert Spencer, ki je delitev dela videl kot predpogoj za izmenjavo ter nastanek organiziranih skupnosti (Freidson 2001, 40). Delitev dela je tehnično gledano specializacija delovnih vlog (Rueschemeyer 1986, 1–3); koncept, ki predpostavlja niz mehanizmov za koordinacijo odnosov oz. opravil (Freidson 1971, 24). Durkheim se s samimi mehanizmi ni ukvarjal, ampak jih je štel za samoumevne (Freidson 1971, 24; Durkheim 2002, 356–7), kot soodvisnost elementov za funkcionalnost celote.

Adam Smith je zagovarjal tezo, da so povezave med posameznimi poklici svobodne; izmenjave potekajo na podlagi tekmovanja med pripadniki poklicev. Kritiki so njegovo idejo poimenovali »Crusoe-ekonomija« (Lavoie 1999, 44). Weber je za glavni mehanizem koordinacije med specialnostmi opredelil birokracijo in s tem uveljavil pojem t. i. »zapovedane ekonomije« (»command economy«). Njegova ideja je temeljila na Marxovi ideji hierarhične ureditve družbe (Marx 1963, 135). V postindustrijskem času se je pojavila nova oblika mehanizma povezav med poklicnimi skupinami. Ta je bila značilna za industrijske družbe v poznem 20. stoletju, ki so se soočale z velikimi spremembami v vzorcih dela kot odraz družbenih sprememb tega časa (ekonomski vzponi in padci, ženska gibanja in posledično vključevanje žensk v javno sfero dela, razvoj tehnologije itd.) (Pahl 1984, 1). V teh primerih so nadzor in koordinacijo izvajali člani profesije, zato govorimo o »profesionalni avtoriteti«, ki je bila rezultat družbenih in političnih akcij določene poklicne skupine (Freidson 1971, 24–26). Tudi v tem primeru je hierarhija obstajala,

le da so medsebojne odnose in meje določili pripadniki poklicne skupine. V medsebojnem odnosu so bili povezani horizontalno (dopolnjujoče, sodelovalne dejavnosti) kot tudi v vertikalnem smislu (podrejenost oz. nadrejenost na podlagi značilnosti ekspertnega znanja ter funkcionalnosti odnosa, ki izvira iz omenjenega ekspertnega znanja) (Freidson 2001, 55–56). Tako je profesija prepričala ostale, da je kompetentna, dobronamerna in zaupanja vredna ter si s tem omogočila samoregulacijo in avtonomijo za delitev dela; hierarhija znotraj poklica je ostala, vendar so vodilna mesta zasedali strokovnjaki in ne menedžment. Organizacija dela je bila radikalno drugačna kot v obdobju po industrijski revoluciji; odražala je osnovni trend postindustrijske dobe, kjer storitve prednjačijo pred dobrinami (Freidson 1971, 24–26).

Definicijo dela, iz katere sta bila osnovana koncepta delavca in dela 20. stoletja, so pomembno oblikovali trije analitiki – Durkheim, Marx in Weber (Kanjuo Mrčela 2002, 32). Čeprav je Durkheim avtor, na katerega dela se navezuje večina polemik o družbeni delitvi dela, je bil Marx tisti, ki predstavlja osnovo za izpeljavo nadaljnjih teoretičnih analiz na temo družbene delitve dela (Rueschemeyer 1986, 11).

Durkheim je opisoval procese, ki so na nek način spodbudili večjo produkcijo dobrin in racionalizirali delo (Rueschemeyer 1986, 19; Saks 1995, 13), a kot je rekel Marx, na račun enormne škode za človeka kot posameznika (Coser 2002, XII). Marx je na problematiko gledal pesimistično; delo v pogojih kapitalizma je ocenjeval kot vir dehumanizacije in odtujitve človeka (Kanjuo Mrčela 2002, 32), predvsem v smislu družbene stratifikacije in neenakosti med kapitalisti in proletariatom. Marx je bil tisti, ki je definiral razred kot bistven element dinamike družbenih sprememb (MacDonald 1995, 45). V svojih zgodnjih delih je zavračal idejo, da bi se ljudje vse svoje življenje ukvarjali le z eno specialno dejavnostjo (Freidson 2001, 52). Na družbene razrede ni gledal zgolj kot na skupine ljudi, ki opravljajo podobno dejavnost, pač pa je govoril tudi o njihovi kolektivni zavesti in akciji na podlagi podobnih okoliščin in možnosti (Marx 1867 v Rueschemeyer 1986, 32). Predvidel je, da bo delavski razred s skupnimi odločitvami nekoč lahko vplival na produkcijo dobrin in s tem na lastno dejavnost (Freidson 2001, 52), kar se je v primeru profesij tudi uresničilo. Neomarksisti, novejša izpeljava Marxovih idej, so zavzemali stališče, da je

kapitalistična ureditev zagotovila razmere, ki so povzdignile določena znanja in posledično določene dejavnosti/poklice, jim s tem zagotovile moč in prestiž, pripadnikom pa omogočile napredovanje v višje sloje družbe (Davis-Floyd in Johnson 2006, 416).

Popolnoma drugače je delitev dela in socialno neenakost pojmovala funkcionalistična struja (v veljavi zlasti prvi dve desetletji po 2. svetovni vojni), ki je bila naravnana bolj optimistično in se je osredotočala zlasti na porazdeljenost prestiža. Njihov osnovni teorem je bil, da delitev dela, mišljena predvsem kot poklicna specializiranost, pogojuje drugačno vrednotenje poklicnih skupin, glede na avtonomnost oz. podrejenost drugim. Posledično imajo drugačen družbeni status. Neenaka porazdelitev materialnih in nematerialnih dobrin je po njihovem mnenju nujna za funkcioniranje družbe, saj tiste z nižjim statusom motivira za doseganje boljšega položaja in s tem viša njihovo učinkovitost. Družba ima po mnenju funkcionalistov skupne ideale, h katerim stremijo vse poklicne skupine. Družbena neenakost na nek način torej spodbuja družbeno kohezivnost in integriteto oz. solidarnost (Rueschemeyer 1986, 32–33).

Temeljni predstavniki te struje sta bila Parsons in Weber, opirali pa so se tudi na Durkheima (Pahor 2006, 29). Durkheim (2002) je svojo teorijo naslonil na temelje družbene stratifikacije. Izraz »delitev dela« je uporabljal v pomenu strukturnega razločevanja družbenih sistemov. Za zgled mu je služila funkcionalna diferenciacija poklicnih skupin, vendar pa je uveljavljena dognanja nadgradil s tipološkim razlikovanjem med segmentarno in funkcionalno diferenciranimi družbami v smislu družbene delitve dela. Pri tem se je skliceval na biološki model; funkcionalno diferencirane družbe je imenoval »organske« (Habermas 1981, 240), saj njihova konstitucija ni sestavljena iz enakih/podobnih homogenih segmentov, pač pa iz sistema različnih organov (poklicev), od katerih ima vsak svojo funkcijo, med seboj so prirejeni in soodvisni (Durkheim 2002, 21; Freidson 2001, 19), obenem pa podrejeni nekemu osrednjemu organu (državi), ki nanje zmerno učinkuje in je obenem odvisen od vseh njih (Durkheim 1977 v Habermas 1981, 242). Družba je potemtakem z diferenciacijo (delitvijo dela) na nek način povezana – integriteta, osnovana na medsebojni soodvisnosti (nihče ne more preživeti sam) (Saks 1995, 16). Durkheim je

prav tako trdil, da je diferenciacija za družbo v določeni fazi razvoja nujna za preživetje, saj do tega privedejo razmere (Durkheim 2002, 401). Je torej fenomen splošne biologije (Habermas 1981, 242). S tem je zavzel stališče, da se delitev dela spreminja v neposrednem sorazmerju s prostornino in gostoto družbe; moderna delitev dela (specializiranje opravil) pa je v neki fazi rasti družbe nujna za preživetje (Cosser 2002, XVI–XVII; Durkheim 2002, 23) in logična posledica družbene evolucije. Durkheimovo idejo je povzel in dalje izpeljal Spencer (Cosser 2002, XVI).

Specializacija pogojuje soodvisnost in s tem sodelovanje (izmenjavo) (Rueschemeyer 1986, 4). Trg je mehanizem, ki spontano integrira družbo s pomočjo medsebojne funkcionalne povezanosti. Vendar pa zgolj interes na trgu ni dovolj – pomembna je še solidarnost, ki je lahko »mehanska« (normativno strinjanje) v primeru segmentarno diferenciranih družb (primitivnih) ali »organska« (sistemska povezanost) v primeru funkcionalno diferenciranih družb (razvitejših). Organska solidarnost temelji na vrednotah in normah družbe (Habermas 1981, 242; Rueschemeyer 1986, 33; Saks 1995, 14). Profesionalci so tisti, ki ustvarjajo ravnotežje in so mediatorji med državo in posamezniki/uporabniki (Saks 1995, 14).

Weber kot tretji najpomembnejši predstavnik sodobne opredelitve dela je v očeh mnogih utemeljitelj organizacije dela, značilne za sodobno družbo. S konceptom birokratske organizacije je ponudil pojasnilo o tipu organiziranja množičnega skupinskega dela. Model je temeljil na racionalizaciji dela, na abstraktnih pravilih in znanju kot kriteriju za opravljanje organizacijskih vlog (Rueschemeyer 1986, 59; Kanjuo Mrčela 2002, 33). Weber je kljub drugačnemu razumevanju predstavil zametke koncepta socialnega zapiranja, idejo, ki jo je do potankosti razdelala M. S. Larson (Weber 1978, 280). Obenem je že opozarjal, da so profesije skupine ljudi s skupnimi interesi, ki s skupinsko akcijo napredujejo po družbeni lestvici navzgor in katerih interes ni zgolj ekonomska nagrada, pač pa tudi družbena moč in socialni prestiž (MacDonald 1995, 27–28); torej je profesionalizacija na nek način tudi gibal socialne stratifikacije. Neoweberjanska struja je zato poudarjala, da imajo stroke kolektivno pretenzijo monopola nad določeno sfero znanja ter tendenco družbenega izključevanja z namenom pridobiti si jurisdikcijo nad posamezno dejavnostjo v praksi (Hughes 1971 v Davis-Floyd in Johnson 2006, 416).

Pojav poklicev in profesij v procesu delitve dela je povezan z nastankom moderne države, zato je potrebno opredeliti njun odnos. Nekateri avtorji (Abbott 1988; Rueschemeyer 1986) so opozarjali na razlike v nastanku in profesionalizaciji poklicev med Evropo in Ameriko; v Evropi je bila država tista, ki je nudila okoliščine za razvoj in uporabo specialnih storitev; posledično so poklici bolj povezani z državo. V ameriškem konceptu je bil s profesijo močno povezan koncept privatnega sektorja, medtem ko so v Evropi strokovnjaki največkrat delovali v javnem sistemu (Torstendahl in Burrage 1990 v Hampton in Hampton, 2000, 218). Na odnos do poklicev in profesij naj bi v veliki meri vplivala tudi organiziranost/oblika vlade – centralizirana birokratska vlada v povezavi z razcvetelim kapitalizmom spodbuja nastanek profesij (Rueschemeyer 1986, 121–123).

V razpravi o spremembah in prihodnjem razvoju družbenega dela Kanjuo Mrčela (2002, 41–46) piše o dveh različnih usmeritvah, a zaključuje: sfera dela se spreminja, vseeno pa je za pomembne družbene dejavnosti značilna kontinuiteta. Vse pomembnejšo vlogo igra emocionalna dimenzija koncepta dela. Sklicujoč se na avtorico bi lahko rekli, da koncept dela spreminja spol – postaja vse bolj žensko obarvan – a ne zaradi večjega števila zaposlenih žensk, temveč zaradi vse pomembnejših t. i. ženskih atributov (čustva, telo, narava) storitev.

2.1.1 Poklic

Delitev dela je pogočila nastanek specializiranih dejavnosti – poklicev (Bell 1973, 8). Pojem poklic izvira iz latinskih besed »voco« (poklicanost oz. sodobno izobrazba) in »occupo« (dejavnost oz. zaposlitev) (Kramberger 1999 v Pavlin 2007, 69). Slovenski jezik je dokaj nespecifičen pri razlikovanju obeh (latinskih) pomenov, saj beseda poklic združuje obe oznaki (Pavlin 2007, 70).

Družbena delitev dela od srednjega veka dalje temelji na konceptu poklica, tj. na družbeno-ekonomski skupini, katere člani opravljajo podobno delo. Le-to pogojuje

enako identiteto, podobne delovne naloge, ki predstavljajo podlago za podobne ekonomske nagrade, in s tem podoben družbeni status (Pavlin 2007, 69).

Vedno večja specifikacija delovnih nalog je odrazila tudi vse večjo diferenciranost poklicev. Poklici tako v državnem sistemu predstavljajo pomembno analitično kategorijo, na podlagi katere se oblikujejo poklicne klasifikacije (Pavlin 2007, 71). V osnovi je torej poklic statistično-analitična kategorija, v katero se razvršča delo, sorodno po vsebini in zahtevnosti (SURs 2008), obenem pa se spreminjata tudi okolje/kontekst, kjer neka poklicna skupina opravlja določene delovne naloge, in v skladu s tem percepcija poklicev (Miller 1988, 327–329). Zaradi tega postaja poklic v sodobni družbi vse bolj fleksibilna in heterogena kategorija (Howels 2004 in Huws 2004 v Pavlin 2007, 72).

Med poklici obstajajo številne razlike. Profesije lahko opišemo kot tiste poklice, ki v družbeni delitvi dela zavzemajo centralna mesta (Svetlik 1999, 7), ki so najpomembnejša za funkcioniranje družbe ter jih zato navadno opravljajo najbolj usposobljeni posamezniki (Rueschemeyer 1986, 33). Abbott (1988) trdi, da so najbolj cenjeni poklici navadno tisti, ki na podlagi abstraktnega znanja institucionalizirajo splošno sprejete družbene vrednote (npr. zdravniki zdravje, sodniki pravico itd.). Profesije torej predstavljajo tiste družbene skupine, ki prek države opravljajo ključne naloge v družbeni delitvi dela (Pavlin 2007, 74) in katerih pripadniki posedujejo znanje, ki ni dostopno vsakomur (Rueschemeyer 1986, 104). Abbott (1988, 35) piše, da so področja dela profesij problemi, ki jih laiki ne znajo rešiti sami ter zato potrebujejo profesionalne storitve.

Pojav profesij v obliki kot jih poznamo danes, je sovpadal z razvojem moderne kapitalistične industrijske družbe; ker je moderna družba družba znanja, so poklicne skupine, ki bazirajo na znanju (tj. profesije), del moderne družbene strukture (MacDonald 1995, 36). Pred industrijsko revolucijo so se nekateri poklici uveljavili kot profesije (duhovništvo, medicina, pravo), ne da bi jim bilo potrebno upravičiti svoj status, saj je bila večina ljudi neizobraženih in je že malo znanja pogojevalo veliko moči. To obdobje je Elliott imenoval obdobje »statusnega profesionalizma«. »Poklicni

profesionalizem« z izdelanimi kriteriji in inštrumenti za vrednotenje stroke se je začel šele v 19. stoletju (Elliott 1972 v Saks 1995, 5).

2.1.2 Profesija

Oprelitev profesije ni enotna (Freidson 1988, 3; Abbott in Meerabeau 1998, 5). Številni strokovnjaki, ki se ukvarjajo s profesionalizmom, si pojem profesij različno predstavljajo, zato dogovora o definiciji niso nikoli dosegli (Keiser 2004, 53–54). Tudi Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ, 2004) ne loči med poklicem in profesijo; poklicnim in profesionalnim. Vseeno pa opredeli stroko kot znanstveno disciplino. Prav zaradi nedoslednosti v uporabi terminov večkrat pride do nesporazumov, saj se besedi profesionalno in profesionalec uporabljata nekritično in nedosledno. V vsakodnevem jeziku profesionalen navadno pomeni protipomenko laičen oz. amaterski; torej nekdo, ki dejavnost opravlja za plačilo (SSKJ, 2004). Obenem pa profesionalno pomeni tudi, da je delo opravljeno kakovostno. Profesionalno vedénje navadno označuje vedénje, ki je v skladu z etičnimi principi (moralno), medtem ko termin profesionalna odločitev navadno ocenjujemo na podlagi znanja (ekspertize) (Abbott in Meerabeau 1998, 1). V nasprotju s slovensko terminologijo so slovarji angleškega jezika natančnejši v ločevanju pojmov »profession« in »occupation«, npr. slovar »New Oxford English dictionary for scientific writers and editors« (Daintith in Martin, 2009). Wikipedia že navaja več kot dvajset atributov, ki naj bi jih posedovala stroka oz. profesija (Ewing 2008, 5).

Zaradi nejasnosti definicije profesije se ji nekateri ognejo, drugi pa navajajo lastnosti, ki profesijo determinirajo (Evetts 2003, 397). Največkrat se za navajanje atributov oz. značilnosti profesije vzame kot primer/ideal eno od tradicionalnih profesij (npr. medicino in/ali pravo) in posledično se stroko definira kot prestižen poklic, katerega člani imajo močan občutek pripadnosti. Pripadniki si morajo za vstop v strokovno sredino pridobiti kvalifikacije na podlagi specializiranega dolgotrajnega študija (le-ta poteka v sklopu univerze ter je močno teoretično obarvan), člane regulira strokovno združenje (torej strokovnjaki sami), saj je dejavnost tako specializirana, da o njej ne

morejo soditi laiki. Čeprav ima stroka avtoriteto nad uporabniki (saj zaradi specifičnega znanja le-ti niso zmožni presoјati o storitvah), člani delujejo v javno dobro in altruizem postavljajo pred lastne interese (Schwirian 1998, 6). Freidson (1988, XV) profesijo definira kot poklic z dominantno pozicijo na področju delitve dela, ki ima nadzor nad področjem svoje dejavnosti, nad uporabniki teh storitev in nad sorodnimi poklici.

Če se vrnemo prav na začetek, k izvoru besede, je stroka skupina ljudi, ki se profesionalno ukvarjajo z neko dejavnostjo, ki od njih zahteva posebno teoretično in tehnično znanje. Beseda izhaja iz latinske besede, v prevodu pomeni »javno priznanje«, kot je navedel že slovar »Webster's New Twentieth Century Dictionary« iz leta 1974 (v Abbott in Meerabeau 1998, 2). Poklic in profesija oz. stroka sta bila enakovredna pojma do 18. stoletja; uporabljala sta se izmenično za opisovanje skupine ljudi, ki je opravljala isto dejavnost. Do razlik v pojmovanju je prišlo po uveljavitvi srednjeveških univerz, kar je pojem profesije omejilo na poklicne skupine, ki so se izobrazile v sklopu teh (takrat teologija, pravo in medicina) (Carr-Saunders 1928, 4). Carr-Saunders in Wilson (Carr-Saunders in Wilson 1934 v Abbott 1988, 4) sta prva poskušala opredeliti stroko. Profesije sta razumela kot organizirane skupine strokovnjakov z ezoteričnim znanjem za reševanje določene problematike. Podala sta tudi prve značilnosti stroke, ki so po nadgradnji služile funkcionalistom za oblikovanje značilnosti/elementov/atributov profesije (t. i. »trait approach«).

V svoji osnovi je profesija poklic (Freidson 1988, 71), torej je njena podlaga plačano delo za polni delovni čas. Vendar pa so za opravljanje dejavnosti potrebna posebna znanja in veščine, kar zahteva dolgotrajen specialistični študij. Delo pripadnikom profesije ne zagotavlja zgolj visokih finančnih nagrad, pač pa jim zagotavlja tudi prestiž ter družbeno spoštovanje; nekateri profesije zato imenujejo elitne poklicne skupine (Leicht in Fennell 2001, 8). Navadno je to skupina ljudi s posebnimi abstraktnimi znanji in veščinami, katerih delo ne more biti standardizirano, pač pa zahteva individualno aplikacijo znanja v posameznem primeru glede na specifično situacijo (Abbott 1988, 7).

Običajno imajo strokovnjaki opravka z dejavnostjo, ki predstavlja določeno tveganje in uporabljajo svoje ekspertno znanje, da pomagajo uporabnikom premostiti obdobje negotovosti, v katerem si le-ti ne znajo pomagati sami (Evetts 2003, 397). Če govorimo o profesiji kot instituciji, govorimo o značilni strukturi znanja, ekspertize dela, norm, praks, ideologij in organizacijskih oblik (Leicht in Fennell 2001, 90). Člani poklicne skupine, označujoče za profesijo, imajo navadno tudi posebne značilnosti: zavezanost poklicni skupini (pripadnost) in močan občutek profesionalne identitete, ki je povezana s skupnimi vrednotami in znanjem (Gabe in drugi 2004, 168).

2.1.1.1 Sociološki pogledi na profesije

Pristopi k proučevanju profesionalizacije poklicnih skupin se razlikujejo glede na različne struje v sociologiji profesij.

Funkcionalistična perspektiva se je osredotočala na opazovanje poklicev od znotraj (poklic nastane zaradi potreb družbe), interakcionizem pa je opazoval poklice od zunaj (poklic se oblikuje na podlagi interesa za profesionalizacijo določenih poklicnih skupin) (Pavlin 2007, 15). Funkcionalisti so profesije definirali kot temeljni element sodobne diferencirane družbe, ki skrbi za stabilnost, interakcionisti pa so jih videli kot tendenco tistih družbenih slojev, ki si prizadevajo za večjo socialno vključenost ter privilegirano socialno stratifikacijo (Gibson 2005 v Pavlin 2007, 15).

Pripadniki obeh pogledov, tako funkcionalisti kot tudi interakcionisti, so se strinjali, da so profesije poklici s posebnimi abstraktnimi znanji in veščinami, ki zahtevajo dolgotrajno izobraževanje, ter katerih dejavnost ni rutinska, pač pa od strokovnjakov zahteva individualno obravnavo klientov, zato njihove vloge ne more zamenjati nobena druga poklicna skupina (Abbott 1988, 7).

Stališči obeh struj sta se razlikovali predvsem v pomenu, ki ga imajo profesije v družbi, ter v uporabi/trženju vrednosti svojega znanja. Jasna opredelitev

predstavnikov ene in druge ideologije je otežena, saj so se dela posameznih teoretikov kronološko uvrščala tako v eno kot v drugo obdobje.

2.1.1.1.1 Funkcionalistični pogled

Funkcionalizem je profesije štel za nujo normalnega delovanja sodobne diferencirane družbe. Funkcionalisti so poudarjali predvsem pozitivne lastnosti profesij; njihov pomen za stabilnost družbe, njihovo moralnost in altruizem oz. solidarnost (Durkheim 2002). Carr-Saunders in Wilson (Carr-Saunders 1933, 497) sta profesije videla kot najbolj stabilen element družbe. Glede na stališče funkcionalistov so profesije ključne za funkcioniranje modernih družb (Nettleton 1995, 196), saj predstavljajo vez med posameznikom in državo (Parsons 1968, 545). Profesije so po mnenju funkcionalistov nastale zaradi potreb in za dobro sodobne družbe (Evetts 2003, 399). Njihov nastanek ni bil pogojen z egocentričnimi tendencami.

Osnovo za funkcionalistično ideologijo je predstavljalo Durkheimovo dojetje profesij. Ta je o strokah govoril kot o pomembni integrativni sili v spreminjajočih se industrializiranih družbah. Njegova opredelitev profesij je temeljila na konceptu enotnosti in povezanosti – menil je, da so profesije tisti poklici, ki so organizirani v kohezivne skupnosti in katerih pripadniki imajo skupne etične vrednote (Gabe in drugi 2004, 164). Poudarjal je zlasti profesionalno etiko; njegovo stališče je bilo, da delitev dela ter oblikovanje poklicnih skupin predstavljata moralno osnovo moderne družbe. Profesija, ki temelji na etičnosti, tako postane entiteta, ki pooseblja funkcionalno moč družbe (Durkheim 1957 v MacDonald 1995, 2). Za sociologe funkcionalistične smeri so torej profesije predstavljale institucionalizacijo altruističnih vrednot (Turner 1995, 129). Tudi drugi analitiki te smeri so poudarjali etičnost, le da so jo imenovali drugače – altruizem (Marshall 1963, 158–159), kolektivna zavest/orientacija oz. javno dobro (Parsons 1951, 96–100).

Funkcionalistično idejo profesij je na zdravstvo apliciral Parsons, ki je v medicini videl institucionalizacijo družbenega nadzora nad boleznijo (Nettleton 1995, 70), le-tega pa utemeljuje strokovno znanje (Turner 1995, 129). S tem je obenem izpostavil tudi

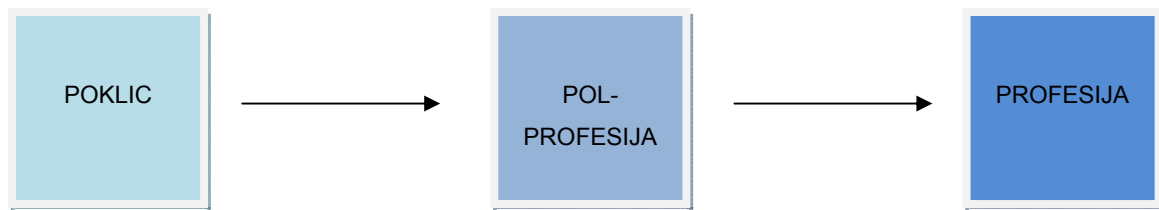
element moči profesije, ki pa je po njegovem mnenju etično regulirana s kodeksi profesionalne etike (Parsons 1939, 559). Za Parsonsa je bila medicina prototip profesije (Freidson 1988, XVI), ki poseduje vse nujne elemente profesionalizma in ostaja največkrat model za uveljavljajoče se poklice tudi danes. Parsons je konkretno vlogo medicine videl v tem, da njeni člani (zdravniki) odločajo o tem, kdo je bolan, in s tem bolniku dajejo legitimno opravičilo za razbremenitev družbene odgovornosti (dela) (Abbott in Meerabeau 1998, 5). Funkcionalisti babištva niso omenjali (Benoit 1994, 312), bi ga pa verjetno opredelili enako kot Etzioni (1969 v Van Teijlingen in Van der Hulst 1995, 178) zdravstveno nego – za polprofesijo zaradi pomanjkanja ezoteričnega znanja – saj, kot je pisal Parsons (1954 v Benoit 1994, 313), (babice) posedujejo le vsakodnevno znanje in praktične veščine; dejstva, ki so poznana tudi ostalim (ženskam, ki so kdaj rodile).

Funkcionalisti so za profesije označevali poklice, ki so posedovali naslednje značilnosti (Saks 1995, 12): teoretično znanje (specializirano izobraževanje), samoregulacijo dejavnosti in s tem avtonomnost (poklicna organizacija) ter družbeno moč oz. nadzor (monopol nad področjem dela), ki pa sta etično orientirana zato profesionalci delujejo v javno dobro (kodeks profesionalne etike) (Gabe in drugi 2004, 164; Nettleton 1995, 196). Moč kot družbeni status (ter s tem tudi višje finančne nagrade) naj bi si profesije zaslužile zaradi altruistične narave svojega dela in dolgotrajnega specialističnega izobraževanja (Ule 2003, 199). Večina analitikov tega časa je profesije definirala glede na te karakteristike, elemente oz. attribute, kot jih imenujejo nekateri avtorji (MacDonald 1995, 3). Začetnik tega pristopa t. i. »trait approach« je bil Goode 1957-ega (Goode, 1969); njegovo teorijo je podrobneje izpeljal Etzioni (1969), ki je glede na število elementov profesionalizma, ki jih je določen poklic posedoval, kategoriziral stroke v profesije, polprofesije in neprofesionalne poklice. Do skrajnosti sta idejo razvila Hickson in Thomas (1969, 39), ki sta na podlagi elementov profesionalizma razvila »Guttmanovo lestvico profesionalizma« (MacDonald 1995, 3), kamor so se poklici uvrščali glede na stopnjo profesionalizma. Podobno klasifikacijo je razvijal tudi Harries-Jenkins (1970, 58), ki je elemente profesionalizma razvrstil v šest skupin – strukturne, kontekstualne, aktivnostne, izobraževalne, ideološke in vedenjske. Čeprav Saks (1995, 12) meni, da funkcionalisti profesije definirajo z značilnostmi, ki med seboj nimajo nobene

teoretične povezave, pa nekateri avtorji trdijo, da sta funkcionaliste zanimala tudi prepletanje oz. soodvisnost posameznih elementov profesionalizma (Turner in Hodge 1970 v Pavlin 2007, 77).

Profesije oz. poklici torej nimajo fiksne pozicije v družbi, pač pa napredujejo (ali nazadujejo) po kontinuumu od poklica do polprofesije oz. do profesije, kot kaže Slika 2.1. Ta proces napredovanja imenujemo profesionalizacija (Schwirian 1998, 7). Določeni avtorji (npr. Wilensky in Caplow) so celo definirali faze napredovanja (Wilensky 1964, 142–146; Caplow 1966, 20), vendar pa se je izkazalo, da je korake profesionalizacije skoraj nemogoče definirati, saj se razlikujejo od profesije do profesije glede na njene specifikke ter družbeni in zgodovinski kontekst, v katerem se stroka uveljavlja.

Slika 2.1: Kontinuum poklic – profesija



Vir: Schwirian (1998, 7).

V začetku 70-ih let 20. stoletja so se pričele pojavljati kritike funkcionalističnega pristopa. Šibkost funkcionalističnih razlag poklicev je bila v enostavni retoriki (pozitivni in neprotislovni). Očitno se jim je tudi nekritičnost do profesij, ki izkoriščajo svoj monopol v lastno dobrobit (Rueschemeyer 1986, 120); takoj ko profesija pridobi družbeno moč, se namreč začne ukvarjati sama s sabo (Pavlin 2007, 78). Poleg tega so nekateri menili, da je ocena stopnje profesionalizma po elementih profesionalizma subjektivna in zato reflektira osebna stališča pa tudi politične usmeritve (Millerson 1964 v Abbott 1988, 4). Glavna kritika tega pristopa je bila osnovanost karakteristik na podlagi uveljavljenih arhetipov profesij, kot sta pravo in medicina (Abbott in Meerabeau 1998, 4), ki sta svoj vrhunec dosegla v popolnoma drugem času in družbenem kontekstu kot današnji poklici, in sta izjemno moška poklica; torej predstavljata patriarhalne attribute profesionalizma, ki jim ženski poklici že v osnovi ne morejo zadostiti (Abbott in Meerabeau 1998, 6). Poleg tega ni jasno, kaj so atributi

profesij in kaj njihove posledice (Freidson 1988, 83) (npr. ali je kodeks etike predpogoj za uveljavljanje ali posledica uveljavitve poklica). Kljub vsem kritikam pa je razpravljanje o distinkciji med poklici in profesijami glede na določene elemente/značilnosti profesionalizma aktualno še danes (Pavlin 2007, 15).

2.1.1.1.2 Interakcionistični pogled

Teorija simboličnega interakcionizma (značilna za 70. in 80. leta 20. stoletja) oz. perspektiva poklicne ideologije je bila za razliko od funkcionalizma skeptična do profesij. Dvomila je, da se pozitivne značilnosti, ki se jih pripisuje profesijam, udejanjajo v praksi. Na profesije je gledala od zunaj; iniciativa profesionalizacije izhaja iz same poklicne skupine in ne iz potreb ter želja družbe. Ključni analitik, katerega ideje so prežete s to filozofijo, je bil Max Weber (Saks 1995, 20). Vidna predstavnika pa sta bila tudi Goffman (2004) in Johnson (1967).

Nekateri interakcionizem označujejo za ciničen odgovor na idealistične predstave o profesijah iz prejšnjega (funkcionalističnega) obdobja. Profesijam se je sicer še vedno priznaval atribut znanja, vendar pa se je njihove teoretske kompetence dojemalo kot strateško opravičilo za ustvarjanje poklicnih monopolov na trgu dela (Kramberger 1990 v Pavlin 2007, 80). V nasprotju z liberalno-tehnokratsko teorijo so bile teorije moči skeptične do privilegiranega položaja profesij; izražale so dvom, da je elitni družbeni status, ki je profesijam dodeljen na podlagi ekspertnega znanja, upravičen. Menile so, da je družbeni položaj, ki ga stroka doseže, rezultat zavestnega in enotnega delovanja pripadnikov profesije in njihovih podpornikov, da bi si zagotovili ugoden socialno-ekonomski status ter nadzor nad določenim področjem družbenega življenja (t. i. profesionalni projekt) (Leicht in Fennell 2001, 92; Abbott 1988, 5). Poglavitna je bila izključitev ostalih poklicnih skupin, ki bi jih lahko ovirale, kar dosežejo v procesu družbenega zapiranja («social closure»).

Vprašljiva sta postala npr. etičnost in altruizem medicine; izpostavi se negativne učinke značilnosti profesij, kot npr. monopol, avtoriteta in moč (Hall 1983, 33) ter družbeni nadzor (Abbott 1988, 5). V ospredje sta prišli vprašanja, kaj poklici počno v

vsakdanjem življenju (Pavlin 2007, 15, 79) ter še posebej kako prepričajo javnost in državo v lasten profesionalizem; torej o upravičenosti do privilegiranega družbenega položaja (MacDonald 1995, XII).

Avtorji te struje so se spraševali o načinu pridobivanja institucionalne moči (Freidson 1973 v Pavlin 2007, 15) ter o upravičenosti monopola nad trgov. Izpostavljal se je lasten interes poklicev za doseganje profesionalizma (Evetts 2003, 402; MacDonald 1995), kar je temeljilo na ideji, da profesionalci želijo intelektualno in organizacijsko nadvlado nad določenim področjem družbenega življenja, da bi dosegli kolektivno mobilnost navzgor po družbeni lestvici (Abbott 1988, 6, 13). Profesije so interakcionisti razumeli kot zametke elitnih družbenih slojev z močnimi političnimi zvezami, s poznanstvi, z zakonsko urejenim monopolom in s pooblastili države (Pavlin 2007, 79). V ospredju proučevanja sta bila namesto altruizma in etičnosti koncepta družbene moči in stratifikacije (Evetts 2003, 401; Freidson 2001; MacDonald 1995).

Osnova proučevanja idealnega mehanizma profesionalizacije je še naprej ostajala medicina (McKinlay 1973, 61–84). Odraz interakcionističnega pogleda na profesionalizem medicine kot tiste profesije, ki so jo funkcionalisti postavljali za zgled drugim poklicem, je Freidsonovo delo »The profession of medicine« (MacDonald 1995, 4). Njegovo pisanje odraža kritiko t. i. »pristopa moči«, ki je značilen za interakcionizem, čeprav Freidson neposredno ni uporabljal izraza »moč«; ljubša sta mu bila termina »organizirana avtonomija« oz. »dominantnost«, ki omogočata samostojnost in samonadzor nad delom profesije in sta podeljena s strani družbe ter s strani politične, ekonomske in družbene elite. Čeprav ga Freidson direktno ni omenjal, so njegove ideje zelo blizu Webbru. Weber je profesionalne skupine pojmoval kot interesne skupine, ki med seboj tekmujejo za premoč v družbi (za ekonomsko prevlado, ki pa za seboj povleče tudi napredovanje po lestvici družbenega statusa oz. razrednega položaja), kar se je vklapljal v njegovo pojmovanje stratificiranosti družbe. Položaj profesije po njegovem mnenju ne izvira direktno iz kapitala, pač pa iz »možnosti za dohodek«, ki jo omogoča specialno znanje določene poklicne skupine. Le-ta želi na trgu doseči monopol nad dejavnostjo, kar doseže s kolektivno strategijo družbenega zapiranja v odnosu do sorodnih strok (MacDonald 1995, 29, 35).

Družbeno zapiranje je bistven element profesionalnega projekta določene poklicne skupine. Freidsonovo delo je bilo prilagojeno na razmere v Združenih Državah Amerike (ZDA), služilo pa je tudi kot podlaga analitikom poznejših obdobj (npr. teoretikom, kot so Hall, Abbott, Larson), ki so na Freidsonovih teoretičnih osnovah gradili lastne poglede na profesionalizacijski proces (MacDonald 1995, 5).

Drugi pomemben avtor tega obdobja je bil Johnson (1967), katerega delo je odražalo razmere v Evropi; natančneje v Veliki Britaniji. Njegova analiza je bila usmerjena predvsem na odnos med ponudnikom in uporabnikom storitev; spraševal se je, do katere mere lahko ponudnik storitev ta odnos usmerja oz. nadzoruje ter se posledično z njim okoristi. Kljub temu da Marxa ni direktno omenjal, iz Johnsonovega dela veje njegova filozofija (MacDonald 1995, 5).

V nasprotju s teorijo elementov profesionalizma, ki so se je posluževali funkcionalisti, so se interakcionisti spraševali, kako poklic preraste v profesijo. Zanimal jih torej proces (t. i. »process theory«) oz. delovanje, ne statična struktura (Hughes 1963, 659). Na osnovi, temelječi na teoretičnih postavkah Marxa, Webra in Freidsona, je M. S. Larson razvila (1977) teorijo profesionalnega projekta. Rezultata uspešnega profesionalnega projekta sta napredovanje po družbeni lestvici in nadzor nad področjem dela. Uspešno dokončan profesionalni projekt je posledica kolektivnega delovanja poklicne skupine in ne pomeni le posedovanje določenih kvalit, kot npr. specialno znanje ter etičnost (MacDonald 1995, 10; Larson 1977, 6).

2.1.1.1.3 Ostale perspektive

Glavne teorije profesionalizma poleg interakcionistov in funkcionalistov predstavljajo še Abbottov sistem profesij, feministična perspektiva ter marksistični pogled na profesije.

Sistem profesij

Funkcionalistično in interakcionistično ideološko strujo združuje Abbottova teorija sistema profesij. Abbott je gradil na ideji soodvisnosti poklicev v sistemu profesij, a

avtonomnosti na svojem področju (Abbott 1988, 33). Pravzaprav jih ravno jurisdikcija določenega področja dela odvisne od drugih (Abbott 1988, 86). Poleg opisovanja kompleksnih odnosov med profesijami opazuje tudi njihov odnos do družbenega okolja ter tendenco po jurisdikciji – željo za prevlado oz. monopol nad določeno dejavnostjo. Čeprav vsi poklici v sistemu profesij niso enaki, interna stratifikacija poklicev ustvarja, obenem pa absorbira motnje celotnega sistema ter s tem dosega ravnovesje celote (Abbott 1988, 120).

Nove, originalne ideje, ki jih Abbott predstavi v svojem teoretičnem modelu, so bile:

- bistvo profesije je dejavnost, ki jo opravlja, ne pa profesionalno združenje;
- vsebino dela in nadzor nad njim oblikuje več dejavnikov;
- profesije tvorijo soodvisen sistem (Abbott 1988, 112).

Od funkcionalistov je prevzel stališče, da je v sodobni družbi (t. i. družbi znanja) zaradi diferenciacije in specializiranosti znanja nastanek profesij, tj. skupin strokovnjakov za določeno področje družbenega življenja, nujen. Lahko bi rekli, da je od funkcionalistov, ki so se opirali na Durkheima, povzel nujnost sodelovanja med posameznimi poklici, ki so medsebojno soodvisni, obenem pa je od njihove funkcionalnosti odvisna tudi država kot osrednji organski sistem. Vidik ideološke perspektive v Abbottovi teoriji sistema profesij odraža predvsem pojem jurisdikcije, ki bi ga lahko enačili z interakcionističnim pojmovanjem monopola na trgu delovne sile. Pojem jurisdikcije namreč povezuje vsebino (poklicno znanje) in obliko (organiziranost, status, moč) poklicnega dela (Pavlin 2007, 81; Abbott 1988, 20). V kontekstu jurisdikcije se je Abbott osredotočil tudi na tekmovanje različnih poklicnih skupin za monopol nad družbeno delitvijo dela, pri čemer se je oslonil na M. S. Larson in njene ideje profesionalnega projekta (Pavlin 2007, 81).

Abbott trdi, da sistem poklicev ni statična struktura, pač pa se odziva na spremembe v družbi in kaže soodvisnost sorodnih poklicev. Spremembe v smislu nastanka novih skupin v delitvi dela ali spojitve poklicnih skupin (kjer se spoji tudi jurisdikcija) lahko nastanejo na podlagi različnih preoblikovanj; morebiti pojava novega področja dela in s tem znanj, pojava tehnologije, ki nadomesti delo neke poklicne skupine, ali spremembe delitve dela zaradi delegiranja dela dejavnosti dominantnih skupin

subordiniranim poklicem (del članov profesije se odcepi na podlagi obravnave specifičnih skupin uporabnikov ipd.) (Abbott 1988, 97–110).

Marksistični pogled

Marksistična ter neomarksistična sociologija je bila sociologija strukture in sistema. Gradila je na Marxovi teoriji konflikta (Pavlin 2007, 83). V svoji osnovi je bila podobna strukturalistični filozofiji oz. idejam neoweberjancev, čeprav je marksistični nauk izhajal iz drugačnih osnov (Saks 1995, 26). V moderni družbi se dogajajo procesi, katerih izvor temelji na kapitalističnem modelu produkcije in distribucije virov, ki je podlaga za stratifikacijo družbe; v te procese so vpeti tudi poklici in njihov razvoj. Marksistični pogled na profesije se je ukvarjal zlasti z dvema problemoma, tj. odnosom profesij do države in proletarizacijo oz. deprofesionalizacijo strok (MacDonald 1995, 22–23).

Profesije naj bi delovale v javno dobro, a za razliko od funkcionalistov, ki so na pojav profesij gledali pozitivno, so marksisti trdili, da so profesije pripomogle k pojavu kapitalizma, obenem pa jih je kapitalizem okrepil (Johnson 1977 v Nettleton 1995, 197). Profesionalci naj bi delali v skladu z interesi buržujev oz. dominantnih kapitalističnih razredov (Saks 1995, 27). Marksisti so poudarjali pomen moči profesij (Turner 1995, 130); profesije pod pokroviteljstvom in okriljem države prispevajo k ekonomskemu in političnemu funkcioniranju države ter izvajajo nadzor za kapitaliste (Willis 1983 v Turner 1995, 130). Kot je pisal Johnson, so torej poklici formalni produkt države, procesi profesionalizacije pa integralni del oblikovanja države (Johnson 1977 v MacDonald 1995, 20, 22). Marksisti so trdili, da profesije služijo bogatim in močnim (zastopajo interese elite), medtem ko nad preostalo populacijo izvajajo družbeni nadzor (Leicht in Fennell 2001, 94).

Feministična perspektiva

Nekateri avtorji navajajo, da je profesija spolno obarvan diskurz (Adams 2003, 267; Witz 1992, 60; Davies 1996a, 672). V preteklosti je bil termin profesija rezerviran za poklice, v katerih so številčno prednjačili moški, npr. medicina in pravo. Moški so v družbi imeli več vpliva, zato so si lažje podredili, izključili ali omejili ženske poklice (Witz 1992, 59–60; Abbott in Meerabeau 1998, 4). Ženski poklici so po mnenju nekaterih avtorjev lahko dosegli le stopnjo t. i. »kvalificiranih« poklicev oz. polovično

(»semi«) profesionalizacijo (Melosh 1982 v Adams 2003, 269; Kinnear 1995 v McKendry in Langord 2001, 533); niso namreč izražali vseh elementov profesije: avtonomnosti, predanosti, samoregulacije, prestiža, specializiranega nabora znanja, spoštovanja ter prepoznavnosti v družbi (Etzioni 1969 v Adams 2003, 270). O ženski naravi je veljalo prepričanje, da je preveč emocionalna in subjektivna za uveljavljanje avtoritete (Symonds in Hunt 1996, 184) oz. kot je povzela A. Witz (1992, 60): »Ker ženske niso moški, semiprofesije niso profesije.« Patriarhat je prevladal tako v zasebni kot v javni sferi (Abbott in Wallace 1990, 182–188). Profesionalizacija poklicev, katerih pripadnice so v glavnem ženske, je zato še danes avtomatično težja (Turner 1995, 143).

Ženski poklici, ki skušajo doseči profesionalizacijo, trčijo v utrjen model profesionalizma, ki je klasično moško dominanten (Adams 2003, 269; Witz 1992, 18) in sloni na tradicionalnih vrednotah in idealih moških srednjega razreda, kot so racionalnost, ekspertiza, avtoriteta in avtonomija. Slednje značilnosti so popolnoma nasprotne karakteristikam ženskih poklicev, temelječih na emocionalnosti in skrbi za druge (Davies 1996a, 674). Skrb je tradicionalno ženska vloga, za katero obstaja zmotno prepričanje, da ne potrebuje specifičnega znanja ter torej ni stroka. Ker je negovanje šteto za del ženske narave (temelja zanjo sta vzgoja in skrb za otroke), ki se ustvarja in posreduje s primarno socializacijo, je družbeno (in posledično finančno) nižje vrednoteno, po mnenju nekaterih pa tudi ne zahteva specialnega izobraževanja (Adams 2003, 270, 271; Abbott in Meerabeau 1998, 8).

Pripadnice ženskih poklicev so v želji po priznavanju statusa strokovnjakinj v preteklosti prevzele številne strategije – organizirale so se v profesionalna združenja, se borile za fakultetno izobraževanje, lobirale za legalno priznavanje ter samoregulacijo poklicev itd. Vendarle nikoli niso dosegle enake ravni družbenega priznavanja kot moški poklici (Keogh 1997, 306). Nekateri za to krivijo žensko angažiranje v družini, ki vzame ogromno časa ter tako slabi njihovo strokovno dejavnost; veliko žensk namreč svoje delo vidi le kot zaposlitev, ki jim omogoča finančno varnost, ne pa kot karierno pot (Heap 1995, 97). Obenem država za ženske poklice nikdar ni namenjala enakovredne vsote denarja kot za moške poklice (Adams 2003, 271). V primeru ženskih zdravstvenih poklicev (predvsem zdravstvena nega in

babištvo) pa poleg že omenjenih, precejšnje oviro predstavlja še velika tendenca subordinacije s strani medicine (Witz 1992: 59; Bourgeault in Fynes 1997, 1059).

T. L. Adams (2003, 281) trdi, da je ključ uspeha ravno v specifičnih feminiziranih karakteristikah ženskih poklicev. V kolikor se bodo ženski poklici poskušali podrežati tradicionalnim (moškimi) vrednotam profesij, ne bodo nikoli uspešni. Združiti in preoblikovati je potrebno »moške« in »ženske« elemente profesionalizma, da se ženski atributi naslonijo na moško agresivnost. Ženska neenakost je v tem primeru lahko prednost. Storitve, ki jih nudijo ženski poklici so torej drugačne od moških, a enakovredne. Spolna socializacija in tradicionalne spolne vloge lahko služijo kot osnova za profesionalizacijo. Bazični ženski atributi kot so empatija, skrb, komunikativnost so namreč elementi »novega« profesionalizma.

2.1.1.2 Prihodnost profesij

V odnosu do profesij se v literaturi sociologije profesij večkrat postavlja vprašanje o trendu deprofesionalizacije oz. poklicne demarkacije (Benoit 1994, 307) in proletarizacije (Benoit 1994, 308; Leicht in Fennell 2001, 8). Nekateri raziskovalci opazajo, da biti strokovnjak danes ne pomeni le neodvisnosti in dominantnosti, pač pa tudi menedžment oz. birokracijo, pod čigar vplive zapadajo bolj ali manj vse profesije (Evetts 2003, 407). Ker večina strokovnjakov v Evropi (za razliko od ZDA) deluje v javnem sektorju, ima veliko vpliva (nadzora) nad njihovo dejavnostjo država (Svensson 2001, 9). Poleg tega se del kontrole prenaša na uporabnike (Flynn 1992). Uveljavlja se prepričanje, da profesije izgubljajo svojo moč (Pavlin 2007, 16); nadzora nad profesionalnim delom nimajo več pripadniki stroke, pač pa kontrolo izvajajo drugi (menedžment, javnost, država) (Leicht in Fennell 2001, 11; MacDonald 1995, 61). Strokovnjaki pod vplivom organizacijskih, ekonomskih in političnih sprememb vse bolj občutijo nižjo stopnjo avtonomije (Harrison in Ahmad 2002, 143), manjšo možnost samoregulacije oz. nadzora nad lastno dejavnostjo (Freidson 1994 v Evetts 2003, 396). Drugi trdijo, da gre ob tem bolj za vprašanja spreminjajočega se pomena poklicev in profesij kot normativnega vrednostnega sistema v spreminjajočem se

pojmovanju družbene delitve dela v sodobni družbi (Evetts 2003, 409–411). Freidson vidi prihodnost v spremembi pojmovanja profesionalizma; profesije naj bi si nadzor delile z laično javnostjo (Freidson 1994 v Leicht in Fennell 2001, 14).

Proletarizacijska teza, ki se nanaša na odnos med profesijami in državo, je v sociologiji profesij prisotna že od Marxovih časov; proces deprofesionalizacije naj bi se začel z nastankom kapitalizma, razdrobljenostjo/fragmentacijo dela, ki naj bi spodbujala produktivnost (Pavlin 2007, 84). Ta trend napoveduje kontrolo menedžmenta nad profesijami, ki izgubijo avtonomijo (McKinlay in Stoeckle 1988, 204; Williams in drugi 1998), prestiž in finančno moč (Leicht in Fennell 2001, 16). Birokratizacija za profesionalce ustvarja proletarske delovne pogoje, saj nadzoruje proizvodna sredstva ter s tem prevzema kontrolo; posledično pa spodkopava profesionalizem (Leicht in Fennell 2001, 16; Turner 1995, 135). Strokovne vrednote danes zamenjujejo vrednote organizacije/institucije, kjer strokovnjaki delujejo; birokracija in menedžment sta zamenjala kolegialni nadzor. Avtonomija je regulirana z omejevanjem sredstev, racionalizacijo postopkov, standardizacijo, storilnostjo in politično kontrolo (Evetts 2003, 407). Mnogi analitiki verjamejo, da omenjeni proces iz ozadja vodi država (Coburn in Willis 2003, 384), ki želi omejiti vpliv profesionalcev, zato namešča birokratsko kontrolo (Symonds in Hunt 1996, 212). Na to možnost je opozarjal že Mills, saj je v birokraciji videl dominantno silo, ki bi lahko v moderni družbi prevladala nad profesijami. Opozarjal je pred menedžmentom in birokratizacijo, ki standardizira znanje in rutinizira proces dela, profesionalce pa spremeni zgolj v upravljavce procesov (Mills 1956, 112). Jedro konflikta med menedžerji in profesionalci je vprašanje, kdo ima izključno pravico zastopati interese uporabnika. Strokovnjaki so mnenja, da so oni tisti, ki se lahko odločijo v najboljšo korist uporabnika s pomočjo administracije, a ne pod nadzorom menedžerjev (Sheaff 2005). Freidson (1994) pravi, da je birokratizacija s standardizacijo in minimalnimi kriteriji dejavnosti osiromašila kakovost ponudbe za uporabnike in demotivirala ponudnike storitev za nove, konstruktivne rešitve.

Medtem ko se koncept proletarizacije nanaša na koncept nadzora oz. moči, se proces deprofesionalizacije oz. paraprofesionalizacije (nekateri avtorji proces imenujejo »deskilling«) nanaša na demistifikacijo profesionalnega znanja (Leicht in

Fennell 2001, 94, 106; MacDonald 1995, 61). Deprofesionalizacijska teza se osredotoča na odnos profesionalc – klient. Predvideva, da (Haug 1988, 51) bodo glede na trenutni razvoj dogodkov uporabniki storitev vse bolj kritični in skeptični do strokovnjakov; deprofesionalizacija bo torej posledica nezaupanja javnosti. Dejavniki pospeševanja procesa deprofesionalizacije poklicev naj bi bili dvig splošne izobrazbe in razgledanosti ter dostopnost informacij zaradi novih oblik medijev, kar (včasih zaščiteno) ekspertno znanje dela vse bolj dostopno širšim množicam (Pavlin 2007, 85; Freidson 2001, 212). Tudi pri deprofesionalizaciji je končen rezultat prevzem kontrole nad določenim delom dejavnosti ter s tem izguba avtonomije stroke (Leicht in Fennell 2001, 16).

Obe tezi sta predvidevanji ameriških analitikov, zato ju je potrebno interpretirati v odnosu s tamkajšnjimi razmerami (Elston 1991), aplikacija na evropski prostor pa morda ni najbolj primerna zaradi drugačne organizacije zdravstvenih sistemov. Vseeno ju lahko omenimo kot možni predvidevanji razvoja.

Ob dejstvu slabljenja pozicije strokovnjakov v prihodnosti je zanimivo opažanje porasta tendenc oblikovanja profesij na vseh področjih; vsi poklici, katerih dejavnost temelji na strokovnem znanju, stremijo k profesionalizaciji (Evetts 2003, 407). Profesionalizacija je, kot kaže, za poklice še vedno privlačna, saj na nivoju sistema obljublja določene bonitete; strokovnjaki jo vidijo kot mehanizem omogočanja družbenih sprememb, ekskluzivnega posedovanja področja ekspertize in avtonomije. Nekateri avtorji trdijo, da je potrebno vlogo profesij le rekonceptualizirati (Evetts 2003, 407; Kanjuo Mrčela 2002, 45), drugi v zvezi s tem opisujejo nastajanje nove vrste profesionalizma, ki se povezuje z menedžmentom (Leicht in Fennell 2001, 216; Evetts 2003, 396) in vse bolj upošteva tudi potrošnika (Pavlin 2007, 86). Strokovnjaki še vedno igrajo pomembno vlogo v družbi (Kuhlmann 2008) v smislu strokovnega znanja; postavlja se le vprašanje, kako omejiti odvisnost laične javnosti od ekspertov ter njihove privilegije. Ob tem je odprto vprašanje, ali je za profesije bistveno znanje ali moč (Pahor 2006, 29), ali pa morda igra bistven element profesionalna etika.

2.2 PROFESIONALIZEM IN PROFESIONALIZACIJA

Osnovna razlika med obema terminoma je v ravneh – nekateri definirajo profesionalizem kot značilnost/vedenje posameznika (mikro raven), profesionalizacijo pa kot družbeni status (makro raven) (Stacey 1992 v Abbott in Meerabeau 1998, 7). Profesionalizem je subjektiven – stvar posameznika (Lusch in O'Brien 1997, 26). Stopnja posameznikovega profesionalizma se odraža v njegovih dejanjih ter vpliva na njegovo dojetje lastne stroke. V svojem bistvu je profesionalizem odnos do strokovne dejavnosti, zato govorimo o poklicnosti za poklic (Hampton in Hampton 2000, 218). Natančnejšo opredelitev obeh pojmov avtorica podaja v nadaljevanju.

2.2.1 Profesionalizem

Profesionalizem je po Slovarju slovenskega knjižnega jezika (SSKJ 2004) strokovno, tj. dobro/kvalitetno opravljanje neke poklicne dejavnosti, ki zahteva posebno znanje. Abbott (1988, 323) piše, da je profesionalizem način institucionalizacije abstraktnega a uporabnega ekspertnega znanja, ki navadno ščiti glavne vrednote družbe.

Freidson meni (2001, 17), da profesionalizem (v svoji osnovi niz institucij) poklicnim članom dopušča zaposlitev ter obenem nadzor nad lastnim področjem dela. Lahko ga torej vidimo tudi kot način utemeljevanja neenakosti na področju delitve dela (Larson 1977, XVIII). O profesionalizmu ne moremo govoriti le kot o ekonomsko-politični strukturi, saj je profesionalnost v prvi vrsti ideologija; zbir vrednot, ki člane poklicne skupine usmerjajo v dejanja, označena kot »civilni profesionalizem«, »družbeno izvršilni profesionalizem« oz. delo v javno dobro in korist ljudi (Halliday 1987, 354). Profesionalizem je za razliko od termina profesionalizacija, ki se nanaša na strokovno skupino ljudi, bolj individualno obarvan, izpeljan za posameznika/pripadnika stroke. Posameznik med pripravo na vstop v poklicno delovanje (v času šolanja) pridobi kvalitete, nanašajoče se na vrednote, kvalitete, vedenje in nenazadnje izgled (Larsson in drugi 2009, 374). Vse to zajema poklicna identiteta, ki raste z občutkom pripadnosti stroki (Schwirian 1998, 8).

Profesionalna identiteta je družbeni konstrukt, ki se ohranja v strukturah institucij in je del skritega kurikuluma profesionalnih izobraževalnih institucij (Martimianakis in drugi 2009, 832–833). Profesionalna kultura so specifična pravila, vrednote in koncepti posamezne stroke; ta pogled člane stroke loči od nečlanov profesionalne skupine (Helman 2001 v Hresanova 2007, 372). Skupna filozofija se ustvari v času zgodovine poklica. Profesionalec je potemtakem predan, zavezan svojemu poklicu, kar daje besedi poseben, emotiven, ideološki pomen. V tem pogledu zavezan pomeni dolžnost oz. zvestobo, ki presega okvir osebnega, pač pa se nanaša na odnos do družbe oz. kolegov (Cvetek 1999, 20). Profesionalec svojo poklicanost sprejme in jo razume kot vseživljenjsko predanost (Bixler in Bixler 1945, 713).

Profesionalizem privlači uporabnike, saj pomeni zagotovilo za kakovostne storitve, in obenem motivira izvajalce določene dejavnosti, ki v profesionalizaciji vidijo sredstvo za dvig cene svojih strokovnih storitev (Fournier 1999, 285) ter možnosti za pridobitev družbenega ugleda. Temelji na medsebojnem zaupanju; laiki morajo zaupati strokovnjakom, medtem ko morajo strokovnjaki upravičiti zaupanje. V zameno dobijo družbeno priznanje, višji status in avtoriteto (Evetts 2003, 397).

Zgodovina profesionalizma je pestra; profesionalizem je doživljal številne interpretacije in včasih celo nasprotujoče si ocene. V grobem bi lahko vse interpretacije, ki so se pojavljale v okviru sociološke literature, razdelili na dve kategoriji, ki sta se odražali na makro (družbenih), mezo (institucionalnih/organizacijskih) in mikro (posameznikovih/skupinskih) nivojih:

- profesionalizem kot normativni vrednostni sistem ter
- profesionalizem kot ideologija nadzora (Evetts 2003, 399; Brante 2010, 76).

Če želimo določeno profesijo umestiti v nepretrgano zvezo med ekstrema »pojmovanja profesije kot ideologije nadzora« in »pojmovanja profesije kot normativnega vrednostnega sistema«, je stroko, ki jo želimo ocenjevati, potrebno primerjati z njenim položajem v preteklosti (zgodovinsko) in z njenim trenutnim položajem v odnosu do drugih sorodnih strok (primerjalno) (Evetts 2003, 410).

Najočitnejša razlika med obema pojmovanjema je, da je filozofija profesionalizma kot vrednostnega sistema naravnana optimistično – v smislu pozitivnih stvari, ki jih profesionalizem doprinese družbi in posameznikom – medtem ko je ideologija nadzora naravnana negativistično; profesionalizem se šteje za mehanizem socialne kontrole strokovnjakov ter dominacijo nad laiki (Evetts 2003, 399).

Profesionalizem kot normativni vrednostni sistem

Večina analiz, ki je profesionalizem ocenjevala pozitivno, je bila omejena na makro in mezo raven. Pripadniki tega optimističnega nazora so bili številni znani sociologi. Durkheim je stroko imel za moralno združenje, Tawney za sredstvo upora skupinske zavesti proti individualizmu, Wilson je v profesionalizmu videl stabilnost, ki lahko prevlada nad vse večjo močjo birokracije, Marshall pa je poudarjal vidik nesebičnosti, torej služenje strokovnjakov družbi (Evetts 2003, 399–401). Parsons je bil prvi, ki se je zavedal medsebojne povezanosti med profesionalizmom, kapitalistično ekonomijo in družbenim redom. Želel je dokazati, da je ravnovesje med vsemi tremi dejavniki ključno za funkcioniranje družbe (Parsons 1968, 545). Žal je bila njegova teorija večkrat narobe razumljena (Evetts 2003, 399).

Na nivoju posameznika se koncept profesionalizma obravnava predvsem v povezavi s profesionalno socializacijo ter razvojem individualne ter skupinske strokovne identitete. Le-ta je povezana z enotnim razumevanjem strokovnih problemov in rešitev. Občutek pripadnosti se razvije že med šolanjem in praktičnim usposabljanjem, ko si pripadniki stroke delijo podobne izkušnje. Profesionalna identiteta se ustvarja in obnavlja med enotnim sistemom izobraževanja, pozneje pa preko članstva v profesionalni organizaciji (Evetts 2003: 400).

Profesionalizem kot ideologija nadzora

Sprememba v pojmovanju profesionalizma se je zgodila v 70-ih in 80-ih letih prejšnjega stoletja, ko je pozitiven pogled na profesionalizem zamenjal skepticizem. Pomembna za razvoj ideologije nadzora sta bila neoweberjanski nazor ter ideja profesionalnega projekta (Larson 1977), ki je zelo poenostavljeno poskušala analizirati proces in razvoj profesionalizma kot družbene mobilnosti poklicne skupine za pridobitev višjega družbenega statusa in monopola nad pristojnostmi (zaradi

strokovnosti). Pripadniki te struje so profesijo razumeli kot skupino ljudi z veliko družbeno močjo, ki zapre svoje področje dela za druge poklicne skupine ter je zmožna enakovrednega pogajanja z državo za dobrobit svojih članov (Evetts 2003, 401, 402).

V 90-ih letih prejšnjega stoletja so se trenja med obema ideologijama umirila. Raziskovalci so se zavedli prednosti in slabosti profesionalizma za uporabnike in tudi za družbeni sistem. V razmišljanje se je povrnilo nekaj elementov filozofije izpred 70-ih let prejšnjega stoletja (Evetts 2003, 403). Bolj uravnoteženo razmišljanje je izpostavilo možnost enakih ciljev oz. interesov stroke in laične javnosti (Saks 1995, 13). Poleg tega se je izpostavilo dejstvo, da profesionalizem lahko z vzpostavljanjem nekaterih profesionalnih vrednot ter moralnih dolžnosti umiri pretirano tekmovalnost med pripadniki stroke in spodbudi njihovo sodelovanje (Dingwall 1996, 11), kar predstavlja prednost za uporabnike. Profesionalizem je zato lahko edinstvena oblika nadzora nad delom strokovnjakov, dosti boljša od zunanje kontrole, ki jo izvajata birokracija ali država. Združitev obeh miselnosti je v središče ponovno postavila pomen medsebojnega zaupanja, ki predpostavlja strokovnjakovo kakovostno opravljanje dejavnosti v korist uporabniku (brez pretirane standardizacije) in interes ponudnika storitev po ohranjanju samokontrole (Freidson 1994 v Evetts 2003, 403).

2.2.2 Profesionalizacija

Profesionalizacija je kolektivna poklicna strategija za doseganje monopola nad določeno dejavnostjo (Turner 1995, 139). Je napredovanje poklica k profesiji (Schwirian 1998, 8), pri čemer stroka ne napreduje na podlagi lastne ocene, pač pa ji zasluge oz. oznako profesije dodeli družba (Aaronson 1989, 274) – uporabniki storitev, država ter sorodne stroke. Je posledica uspešno končane strategije socialnega zapiranja (Pary in Pary 1976 v Witz 1992, 41) oz. izključevanja konkurenčnih poklicnih skupin (Parkin 1979 v Witz 1992, 41).

Profesionalizacija poteka na več ravneh družbenega delovanja. Na makro ravni jo vidimo kot temeljni proces družbene delitve dela, na nivoju institucij jo opredelimo kot vzvod legitimizacije poklicnih privilegijev; je vir družbene stratifikacije, oz. gledano s kulturnega aspekta, vir subkultur (Rus 1979, 1482). Če na profesionalizacijo gledamo z mikro ravni oz. v odnosu do posameznika, tj. člana profesionalne skupine, lahko trdimo, da predstavlja proces doseganja določenega socialnega statusa in kvalifikacije (Laske 2001, 30).

Tudi Freidson (1971, 22) je profesionalizacijo definiral kot proces, v katerem organizirana poklicna skupina na podlagi znanja in ezoteričnih kompetenc ter skrbi za javno dobro pridobi izključno pravico za opravljanje določene dejavnosti, nadzor nad izvajanjem te dejavnosti ter pravico za samoregulacijo (nabor članov ter kontrolo kvalitete njihovega dela); predstavlja temelj za organizacijo in delitev dela. Profesionalizacija je pretvorba ene vrste redkih dobrin (specialno znanje) v drugo vrsto redkih dobrin (družbene nagrade in položaj); je proces določene poklicne skupine, ki nudi družbenokoristne edinstvene storitve, da pridobi kontrolo nad trgom oziroma ponudbo svojih storitev. Istočasno je v proces profesionalizacije vključena tudi težnja po napredovanju na družbeni lestvici – družbena mobilnost (Larson 1977, XVII).

Profesionalizacija je ustvarjanje monopola nad (in z) uporabo posebnega poklicnega znanja (Freidson 2001, 17) za zvišanje družbene veljave profesije (MacDonald 1995, 10), poimenovali bi jo lahko tudi razvoj institucionalizirane oblike znanja (Rueschemeyer 1986, 104). Čeprav bi Marxa le redko povezali s proučevanjem profesionalizacije, sta že z Engelsom poudarjala pomen intelektualnega/mentalnega dela ter s tem znanja v kontekstu družbene delitve dela (Marx in Engels 1932 v Rueschemeyer 1986, 105).

Turner (1995, 139) je profesionalizacijo prav tako definiral kot poklicno strategijo določene družbene skupine, ki skuša nadzirati svojo tržno dejavnost (v odnosu do drugih strok) ter se zavzema za pridobitev pravic za poklicni samonadzor (avtonomijo), dodeljen od države. Profesionalizacija je rezultat uspešno končanega profesionalnega projekta; poklic je profesionaliziran do te mere, da pridobi izključno

pravico do opravljanja določene dejavnosti ter le-to področno uspešno ščiti pred posegi drugih poklicnih skupin (Leicht in Fennell 2001, 8).

McClelland (1990, 107) je glede na pobudo o profesionalizaciji ločil med :

- profesionalizacijo »od znotraj« in
- profesionalizacijo »od zunaj«.

Profesionalizacija »od znotraj«

Profesionalizacija »od znotraj« je proces, ki ga poganja pobuda, izhajajoča iz poklicne skupine. Le-ta se na podlagi načrta uspešno promovira in z manipulacijo trga uveljavlja v družbi (McClelland 1990, 109).

V primeru profesionalizacije »od znotraj« stroka pridobi v več pogledih. Ker deluje na osnovi ideje o profesionalizmu kot vrednostnem sistemu, v procesu profesionalizacije izgradi lastno profesionalno identiteto, se promovira pri uporabnikih storitev ter se za lastne interese pogaja z državo za vzpostavljanje oz. ohranitev samoregulacije. V kolikor je delegiranje določene mere moči profesiji tudi v državnem interesu, se normativne vrednote stroke okrepijo. Le-ta lahko ohranja nadzor nad lastnim delom ter neodvisnost uporabi za dejavnost v lastno in javno dobro (Evetts 2003, 409–411).

Profesionalizacija »od zunaj«

Proces profesionalizacije »od zunaj« vodijo druge skupine: državna politika, vodstvo organizacij/institucij ali birokracija, redko sorodne stroke (McClelland 1990, 110).

V primeru profesionalizacije »od zunaj« se normativne vrednote, ki predstavljajo čar profesionalizma, uporabijo za vabo poklicni skupini. Pozneje se izrabijo za napačno oz. selektivno interpretacijo ideologije, kar sicer omogoči poklicni skupini določene spremembe, a obenem ustvari mehanizme za zunanji nadzor; popolna avtonomija profesije nikoli ni mogoča. V končnem se filozofija profesionalizacije uporabi proti strokovnjakom v smislu predpisanega in zelenega obnašanja ter učinkovitega delovanja v interesu organizacije, institucije oz. tistega, ki je bil pobudnik procesa profesionalizacije (Evetts 2003, 409). Primer je npr. profesionalizacija babištva v eni izmed kanadskih provinc (Britanska Kolumbija) – pobudnica uveljavitve stroke je bila

država, ki je po uspešno končanem profesionalizacijskem procesu od babic želela povratno uslugo; skrb za ženske do tretjega do tretjega meseca po porodu, kljub temu da jim zavarovalnica krije le preglede do šestega poporodnega tedna (Kornelsen in Carty, 2004).

2.2.3 Preoblikovanje poklica v profesijo

Pristopi za definiranje poklica kot profesije so neenotni. Ker enotne definicije stroke/profesije ni, literatura navaja različne interpretacije o samem procesu profesionalizacije (Adams 2003, 269–271).

Sprva so profesije definirali na podlagi določenih značilnosti, ki jih avtorji različno imenujejo – karakteristike/atributi/elementi. Ta pristop se je imenoval teorija značilnosti. Glavni predstavniki te miselnosti so Carr-Sounders in Wilson (1933) ter Greenwood (1957, 47).

Drug način definiranja profesije je bila t. i. procesna teorija, ki je predpostavljala, da gre poklic na poti razvoja v profesijo skozi različne faze razvoja in lastnosti razvija postopoma (Wilensky 1964, 140; Roth 1974, 176). Vsi poklici se gibljejo k razvoju v profesionalnost v t. i. »kariernem modelu« (Greenwood 1962, 210). Določena stroka je lahko šibkejša v nekaterih kriterijih profesionalizacije, a še vedno zasluži status profesije (Adams 2003, 270).

Že Wilensky (1964, 143) je na podlagi proučevanja profesionalizacije priznanih poklicev zapisal, da je profesionalizacija dinamičen in postopen proces. Caplow je definiral štiri glavne faze (Caplow 1966, 20; Wilensky 1964, 138), za katere ni nujno, da si sledijo v danem zaporedju, pač pa lahko potekajo sočasno:

- ustanovitev profesionalnega združenja;
- poimenovanje poklicne skupine;
- oblikovanje in nadgraditev etičnega kodeksa;
- politično angažiranje za uveljavitev (Caplow 1966, 21).

Wilensky (1964, 143) je definiral petfazni model, ki poteka od zaposlitve za polni delovni čas, preko ustanavljanja šol v okviru univerze, ustanovitve strokovnega združenja, političnih akcij za zagotovitev samoregulacije in sodne pristojnosti nad področjem, do oblikovanja kodeksa etike in smernic vedenja v odnosu do uporabnikov storitev in kolegov.

Ko je Abbott testiral zakonitosti procesne teorije (Abbott 1988, 16–17), je ugotovil razlike v profesionalizacijskem procesu poklicev med celinami (ZDA/Evropa) in stopnjami samostojnosti poklica. Različno je že dojemanje pojma: anglo-ameriški teoretski začetki poudarjajo monopol in v skladu s tem poklice in profesije vidijo kot elite z močnimi političnimi vezmi in gospodarskim vplivom, medtem ko so v kontinentalni Evropi te skupine obravnavane širše, vključno s poklicno identiteto, značilnimi kariernimi potmi itd. (Evetts 2003, 405).

Oba pogleda na prerast poklica v stroko imata šibke točke. Preprosto navajanje značilnosti le odseva vrednote poklicev, ki so prvi pridobili status profesije. Njihove karakteristike potemtakem niso primerne za vse poklice in so le-ti v neenakovredni poziciji. Ta pristop obenem ne upošteva spreminjanja situacije, razvoja poklicev ter razvoja družbe in njenih potreb (zahtevane značilnosti se med razvojem lahko spremenijo). Ob tem pa procesna teorija ne upošteva specifik razvoja določenih poklicev in s tem pojav njim lastnih značilnosti oz. atributov.

2.2.1.1 Profesionalni projekt

Četrta stopnja v razvoju profesije po Caplowu (1966, 21) je politično angažiranje poklicne skupine za družbeno uveljavitev. Ta faza poteka najdlje oz. se nikoli ne konča. Profesija mora zavzeti mesto v družbi ter pridobiti veljavo – priznanje javnosti. Določiti mora meje svoje dejavnosti v odnosu do sorodnih strok, da ohranja svoj status. Nekateri procesi, ki potekajo znotraj te faze, so: osamosvajanje od drugih profesij oz. izogibanje odvisnosti od drugih strok ter monopolizacija lastnega strokovnega področja. Slednja poteka znotraj lastne poklicne skupine (dejavnost

opravljajo le kvalificirani člani profesionalne skupine) in v odnosu do javnosti (ljudi je potrebno prepričati, da zaradi znanja, spretnosti in standardov edino profesionalci znajo zadovoljivo opravljati neko dejavnost). V kolikor družba te argumente sprejme, profesija pridobi status, spoštovanje in zaupanje, njihovo delo pa se posledično tudi bolje finančno vrednoti (Rochester 1988, 310–311); privilegiji so torej nadgradnja procesa profesionalizacije, ne primarni cilj.

Proces uveljavljanja določene profesije imenujemo profesionalni projekt. Bistvo profesionalnega uveljavljanja je medprofesionalna tekmovalnost (MacDonald 1995, 15; Abbott 1988, 2); profesije si namreč stalno prizadevajo za ohranjanje ter širjenje meja svojih dejavnosti (Abbott 1988, 71). Na profesionalizacijo lahko torej gledamo tudi kot na prizadevanje za napredovanje poklica na račun sorodnih poklicev (Witz 1992), kar skupina doseže z določenimi strategijami; t. i. profesionalnim projektom (Larson 1977), ki združuje več različnih teoretičnih postavk (Feidson 1986; Abbott 1988).

Profesionalni projekt je M. S. Larson (MacDonald 1995, 2, 9, 10, 30) definirala kot pridobivanje kontrole nad trgom in kolektivno napredovanje po družbeni lestvici. Ko poklicna skupina pridobi tržni monopol, si zagotovi poseben družbeni status. Le-ta pa članom omogoča posebne (bolj ugodne) pogoje za delo, avtonomijo in samoregulacijo (Larson 1977). M. S. Larson se je pri izpeljavi svoje teorije navezala na Webrov model družbene stratifikacije in na Marxa (Pavlin 2007, 79). Z diagramom, kot prikazuje Slika 2.2, je profesionalni projekt ponazoril MacDonald (1995, 32).

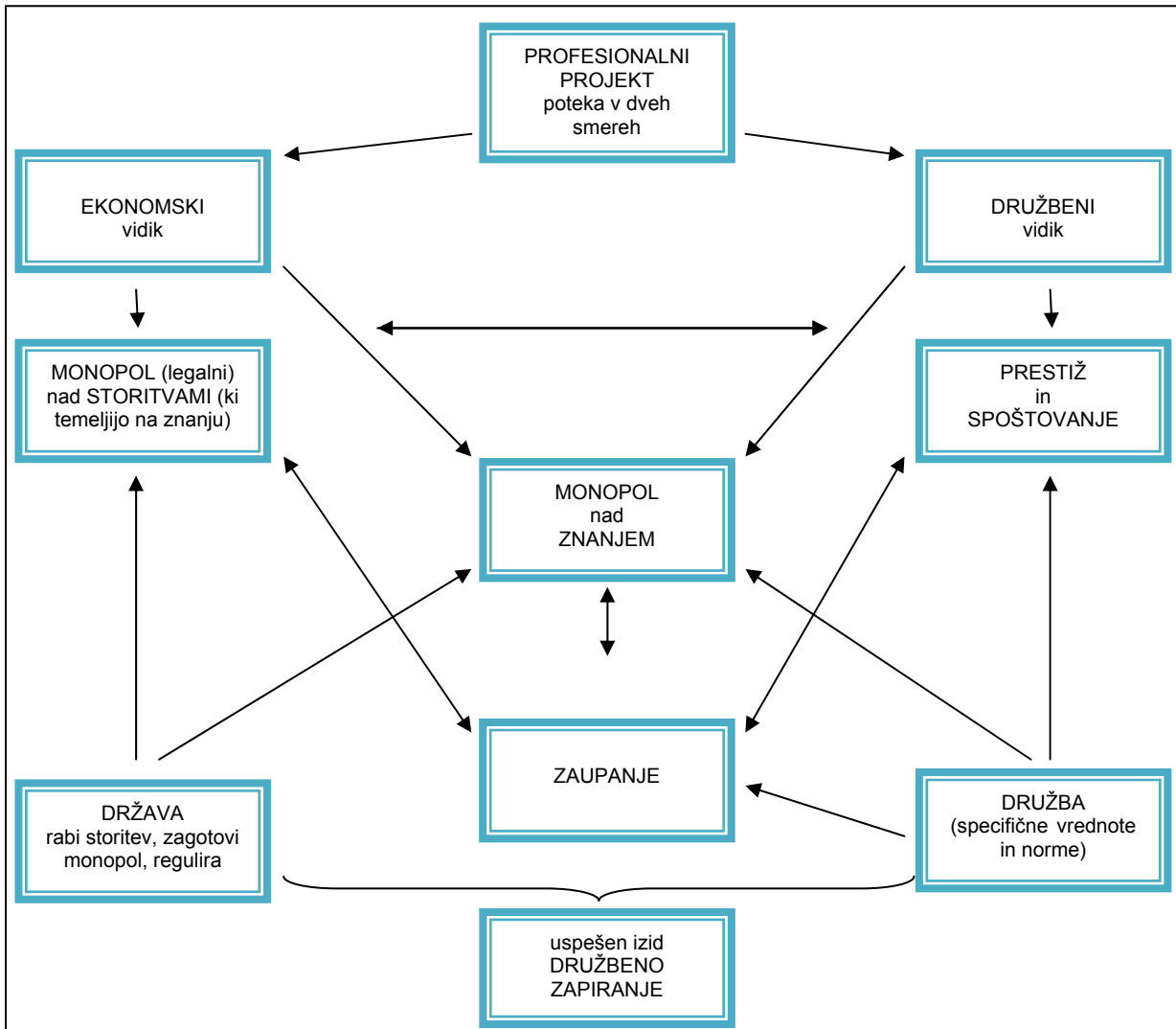
Turner je opredelil tri pomembne vidike profesionalizacijskega procesa (Turner 1995, 137):

- specialno oz. »ezoterično« znanje, ki ni dosegljivo vsem ter potrebuje interpretacijo strokovnjaka (potrebno je znanje, ki ga strokovnjak pridobi na univerzitetni ravni izobraževanja);
- monopol nad dejavnostjo, ki ga stroka ohranja z različnimi strategijami do konkurenčnih poklicev (npr. izključevanje, zapiranje ipd.); monopol profesiji

pomaga ohranяти tudi država z zakonodajo, v kolikor so storitve stroke v njenem interesu;

- avtonomija profesije v odnosu do države, menedžmenta in drugih, ki bi lahko ovirali samoregulacijo pripadnikov stroke.

Slika 2.2: Profesionalni projekt



Vir: MacDonald (1995, 32).

Profesionalni projekt poteka na ravni posameznikov, pripadnikov stroke, na ravni institucij, kjer člani stroke delujejo, in na ravni strokovnih združenj (MacDonald 1995, 57). Predpostavlja skupinsko delovanje vseh pripadnikov stroke za enoten cilj – izboljšanje lastnega statusa in lastnih ekonomskih sposobnosti (Gabe in drugi 2004, 166). Dejavnosti, ki jih v ta namen izvajajo člani profesije, so:

- aktivnosti, ki definirajo področje dela določene poklicne skupine;
- aktivnosti, ki dejavnost promovirajo pri drugih, da jo le-ti spoštujejo;
- aktivnosti za zaščito dejavnosti pred drugimi konkurenčnimi poklicnimi skupinami (Abbott 1988).

Cilja profesionalnega projekta sta v prvi vrsti avtonomija in sodna pristojnost nad določenim področjem (MacDonald 1995, 16; Abbott 1988, 20; Leicht in Fennell 2001, 9). Prednosti uspešno zaključenega profesionalnega projekta se odražajo v več oblikah: ekonomskem, organizacijskem in kulturnem/družbenem smislu (MacDonald 1995, 58).

MacDonald (1995, 35) je zapisal, da strategijo profesij bolje razumemo v Webrovem kontekstu socialnega zapiranja, katerega elemente je v svojo interpretacijo profesionalnega projekta vključila tudi M. S. Larson. Zapiranje je proces, s katerim profesija nadzoruje vstopanje na svoje strokovno področje za zagotovitev monopola nad lastno dejavnostjo in znanjem, ki je potrebno za njeno izvajanje. Strategija zapiranja se razlikuje glede navezovanja na razmerja znotraj stroke (»intrapoklicna«) oz. med sorodnimi poklicnimi skupinami (»interpoklicna«) (Walby in Greenwell 1994, 63).

Parkin (1979 v Witz 1992, 46) je opredelil različne strategije zapiranja. Dominantne skupine v odnosu do šibkejših navadno zavzamejo strategijo izključevalnega zapiranja (»exclusionary closure«). Le-te občasno v želji po napredovanju pritiskajo na dominantno skupino, kar je Parkin imenoval uzurpacijska strategija (»usurpation strategy«). Osnovno idejo o procesih med podrejeno in dominantno poklicno skupino je izpopolnila A. Witz (1992, 44), model shematično prikazuje Slika 2.3. Leva stran povzema osnovni koncept (Parkin), le da namesto termina uzurpacijska strategija uporabi izraz strategija vključevanja. Desna stran modela je nadgradnja koncepta profesionalnega projekta M. S. Larson (1977), ki pa vključuje tudi koncept spola (»gender«) za razlago strategij poklicnega zapiranja.

Shema v celoti predstavlja štiri strategije poklicnega zapiranja: strategijo izključevanja, strategijo vključevanja, strategijo demarkacije in strategijo dvojnega zapiranja.

Slika 2.3: Strategije socialnega zapiranja



Vir: Witz (1992, 45).

Strategije dominantnih skupin

Dominantne skupine za ohranjanje obstoječega položaja izvajajo strategijo izključevanja in strategijo demarkacije. S tem želijo ohraniti njim ustrezajoče stanje.

Strategija izključevanja opisuje razmerja znotraj stroke; nadzor nad vstopanjem v poklic in izključevanje neprimernih potencialnih pripadnikov (Parkin 1979, 450 v MacDonald 1995, 131; Witz 1992, 44); primer je dolgoletno izključevanje žensk iz medicine (Symonds in Hunt 1996, 185). Podobna metoda je tudi segregacija, ki bi jo lahko opisali kot metodo vključevanja, vendar z avtomatično podrejenim položajem, pod nadzorom dominantne stroke (Witz 1992, 27). V kolikor je poskus uspešen, je področje dejavnosti podrejenega zajeto v področje dominantnega poklica.

Strategija demarkacije se nanaša na meje stroke v odnosu do drugih sorodnih poklicev (t. i. »paraprofesij«) in opisuje nadrejenost medpoklicnih odnosov (Witz 1992, 46). Demarkacijsko zapiranje sovпада s konceptom poklicnega imperializma,

ki ga je uvedel Larkin (Walbi in drugi 1994, 63), kjer en poklic uveljavlja lastno moč na račun drugih podrejenih. Primer bi bil izključevanje babic s področja porodništva (Symonds in Hunt 1996, 185). Do diskvalifikacije oz. demarkacije pride, ko dominantna stroka sicer dopušča obstoj podrejene, a ji omejuje področje dejavnosti pod pretvezo pomanjkanja znanja, neizkušenosti ipd. ter tako pridobi nadzor nad delom podrejene profesije.

Strategije podrejenih skupin

Podrejene skupine za uveljavljanje uporabljajo strategije vključevanja in dvojnega zapiranja. S svojim trenutnim položajem niso zadovoljne in ga želijo izboljšati.

Podrejene skupine si lahko prizadevajo za vključitev v poklic, iz katerega so bile izključene (strategije vključevanja); primer strategije žensk pri vključevanju v medicino (Symonds in Hunt 1996, 185).

V primeru strategije dvojnega zapiranja kljubujejo nadzoru vodilne stroke, tako da poskušajo ustvariti lastno poklicno področje in ga ločiti od vodilne poklicne skupine. Istočasno se zapirajo navzdol v odnosu do drugih poklicev in uveljavljajo lasten položaj v odnosu do podrejenih poklicev (Nettleton 1995, 200; MacDonald 1995, 131), kar bi lahko ponazorili s primerom odnosa med babištvom in zdravstveno nego. Ta proces je težavnejša reakcija; upiranje nasilni prisvojitvi področja in poskus vzpostavite lastne strokovne identitete, pri čemer se skupina skuša ločiti tako od vodilne profesije kot tudi drugih podrejenih poklicnih skupin.

2.3 KARAKTERISTIKE PROFESIJE

Avtorica s pregledom literature podaja elemente, ki jih teoretiki navajajo kot ključne za presojo, ali določena stroka zadosti pogojem, da se lahko uvrsti med profesije, tj. poklice s posebnim statusom. Lista za profesijo pomembnih dimenzij se je oblikovala na podlagi že uveljavljenih tradicionalnih poklicev, zato nekateri teoretiki, kot že omenjeno, poudarjajo njene šibkosti; predvsem neuporabnost za današnje razmere (Leicht in Fennell 2001, 26–27). Čeprav se lastnosti spreminjajo in menjujejo, se nekatere ponavljajo in ostajajo ne glede na čas in družbene razmere. Slednje so bile izpostavljene, služile so za teoretično osnovo testiranja stanja profesionalizma slovenskega babišтва.

Taksonomija značilnosti poklicnih skupin, ki si zaslužijo poseben status, se je izoblikovala v času funkcionalistov, čeprav prvi poskusi opredelitve oz. ločevanja med poklici in profesijami segajo že v leto 1915, ko je Flexner (1910 v Schwirian 1998, 20) zapisal, da so karakteristike profesije naslednje: člani so intelektualci z veliko mero odgovornosti, izobraženi in organizirani v strokovno združenje, opravljajo ekspertno dejavnost, njihovi vzgibi pa so človekoljubni. Osnova je delo za polni delovni čas. Druga najpomembnejša lastnost je znanje, ki zahteva specializirano, dolgotrajno in zahtevno izobraževanje. Sledi formiranje poklicnega združenja, ki bdi nad rekrutiranjem in izvajanjem dejavnosti članov ter oblikovanjem kodeksa etike, ki usmerja profesionalno vedenje pripadnikov stroke (Davis-Floyd in Johnson 2006, 415; Wilensky 1964, 143; Barber 1963, 672; Parsons 1968, 543).

Caplow (1954) je navajal naslednje pogoje, da določena poklicna skupina lahko zahteva status profesije: skupina ima specifično poklicno dejavnost, ki poteka kot delo za poln delovni čas; poseduje ime/naziv, ki je specifično za to področje; pripadniki poklicne skupine so formirani v združenje, ki ima izdelane kriterije za članstvo; vzpostavljen je nacionalno sprejet izobraževalni sistem, ki usposobi posameznika za strokovno delo; skupina ima izdelan etični kodeks. Rainey (2004, 72) dodaja, da mora imeti poklic izdelane standarde dejavnosti, na podlagi katerih se merita kakovost izvajanja storitev ter razvit načina evalvacije doseganja teh smernic.

Seznam karakteristik se med avtorji razlikuje. Carr-Saunders in Wilson sta v svoji knjigi »The professions« leta 1933 na podlagi proučevanja profesij podala nekaj značilnosti stroke: ezoterično znanje, zahtevno izobraževanje, nadzor nad naborom novincev, kodeks etike. Ti elementi so postali osnova za definiranje in presojanje ostalih poklicnih skupin v zvezi s profesionalizmom. Millerson (1964), ki je njenemu pristopu očital neobjektivnost, je zagovarjal širše postavke – profesionalno organizacijo, etiko in izobraževanje (Millerson 1964 v Abbott 1988, 4).

Freidson (2001, 127) meni, da se ideal profesionalizma kaže v sledečih karakteristikah:

- specializirano delo, ki temelji na specialnem teoretičnem znanju in veščinah, kar stroko umešča v kategorijo poklicev s posebnim statusom na trgu dela;
- izključna pristojnost nad dejavnostjo, ki jo izposluje in nadzira poklicna skupina sama;
- zaščiten položaj na trgu dela, ki si ga na podlagi verodostojnosti zagotovi poklicna skupina sama;
- formalni izobraževalni program v sklopu univerze, ki zagotavlja verodostojnost stroki in je neodvisen od trga dela ter ga nadzorujejo pripadniki stroke;
- ideologija, ki pred ekonomske in druge materialne dobrine postavlja delo za javno dobro ter kakovost.

2.3.1 Elementi »starega« profesionalizma

Osem lastnosti, ki se pojavljajo v klasični literaturi o profesionalizmu, je: teoretično znanje; dolgo in zahtevno obdobje šolanja, ki je tehnično specializirano in socializira pripadnike poklica; dejavnost, ki je za družbo pomembna in simbolizira ter udejanja osnovne družbene vrednote; pripadniki stroke delajo v dobro klientov; avtonomija dejavnosti; močna pripadnost članov stroki; delovanje v javno dobro ter kodeks etike, ki definira vrednote profesije ter vodi strokovnjake v njihovem delovanju (Leicht in Fennell 2001, 26).

Tipične elemente profesionalizma, nenehno navajane v literaturi, nekateri delijo v dve skupini – strukturno in vedenjsko/odnosno (Hall 1968, 92).

Strukturni elementi so:

- ekspertiza oz. generaliziran in sistematičen nabor posebnega znanja in veščin (Freidson 1994; Greenwood 1962; Pahor 2006, 30; Williams in drugi 1998), ki zahteva profesionalno izobraževanje (Abbott 1988);
- poklicna neodvisnost oz. avtonomija (Yadin 1988, 83; Abbott 1988; Moore 1970; Pahor 2006, 30; Williams in drugi 1998), ki jo posamezni teoretiki uvrščajo tudi med odnosne elemente (Hall 1968, 93);
- strokovna organizacija, ki skrbi za samoregulacijo, postavlja pogoje za vstop v stroko (izobrazba in registracija), skrbi za stalno kakovost storitev s sistemom podeljevanja in obnavljanja licenc ter sankcionira člane, ki ne dosegajo strokovnih standardov, določenih tudi s kodeksom strokovne etike (Hampton in Hampton 2000, 218; Abbott 1988; Moore 1970; Pahor 2006, 30; Williams in drugi 1998).

Odnosni elementi so:

- privrženost poklicu oz. občutek poklicanosti za poklic in delovanje v korist stroke (Hampton in Hampton 2000, 218; Moore 1970) ter s tem povezana specifična profesionalna kultura (Ritzer in Walczak 1986);
- delovanje za javno dobro, kar se vrača z družbenim spoštovanjem in določenimi privilegiji (Hampton in Hampton 2000, 220; Raelin 1986; Moore 1970);
- moč oz. avtoriteta, ki jo priznavata zakonodaja in širša javnost (zaradi prepričanja, da bi zunanje vmešavanje zmanjšalo kakovost storitev) – tj. način nadzora nad ljudmi, ki je družbeno sprejet (Ritzer in Walczak 1986), ter s tem povezan prestiž oziroma boljši finančni status (Goode 1969; Carr-Saunders in Wilson 1962).

Carr-Saunders je na podlagi profesionalnih lastnosti profesije delil v štiri kategorije (Carr-Saunders 1955 v Abbott in Meerabeau 1998, 3):

- uveljavljene profesije s teoretičnim znanjem in uveljavljenim kodeksom etike (pravo, medicina in bogoslužje);
- nove profesije, ki se razvijajo predvsem na podlagi novih tehnologij (kemija, tehnika, družboslovje ...);

- polprofesije, katerih dejavnost temelji na tehničnih spretnostih (zdravstvena nega, socialno delo ...) in
- dozdevne profesije, ki ne posedujejo ne teoretičnega znanja ne tehničnih spretnosti.

Razvidno si določene karakteristike profesije vsaka poklicna skupina lahko pridobi v procesu profesionalizacije (ustanovi fakulteto, razvije kodeks etike ipd.), vendar je razvoj določenih elementov izven dosega stroke (npr. nimajo vpliva na družbeni ugled, ki ga bo profesija uživala). S profesionalizmom namreč povezujemo tudi prestiž, moč in družbeni status, ki niso avtomatično pridobljeni v procesu profesionalizacije, temveč so stranski proizvod procesa.

Turner, ki je poskušal združiti pretekle pristope k razvoju profesij, je za ključne elemente starega profesionalizma določil znanje, moč in etičnost (Turner 1995, 134). Ti so glavni tudi za raziskavo, opisano v nadaljevanju.

2.3.1.1 Znanje in pristojnosti

Znanje je po mnenju mnogih sociologov bistven element profesionalizma (Halliday 1987, 29; Abbott 1988, 9; MacDonald 1995, 157). M. S. Larson (1977) je nanj oslonila koncept profesionalnega projekta. Dandanes ob masi informacij posameznik ne more več slediti razvoju vseh področij (velika diferenciacija s seboj prinaša razvoj številnih disciplin); na nek način smo odvisni od strokovnjakov z določenimi znanji. Govori se o družbi znanja oz. o aktivni družbi (Etzioni 1968 v Freidson 1971, 27), bolj negativistično usmerjeni pa uporabljajo izraz tehnokracija. Osnovna značilnost profesij je velika specializiranost njihovega dela – ne standardizirano in generalizirano – ter zahteva po posebnih znanjih in spretnostih, ki pogojujejo dolgotrajno in vseživljenjsko izobraževanje (Freidson 2001, 17). Vsak poklic lahko razvije kodeks etike ter si uredi nadzor nad registracijo ter licenciranjem; vendar pa je abstraktno znanje tisto, ki loči stroko od poklica; znanje je valuta v tekmovanju med različnimi strokami (Abbott 1988, 9, 102).

Znanje daje strokovnjakom kredibilnost. Obenem prav ezoterično znanje ustvarja neenakost med poklici in strokami v kontekstu družbene delitve dela. Vendar neenakost v tem pogledu ni krivična (Freidson 2001, 204, 207; Leicht in Fennell 2001, 25). Moderne sociološke teorije profesionalizma prav znanje postavljajo na prvo mesto na lestvici pomembnih lastnosti profesionalnosti (Leicht in Fennell 2001, 94). Specifično, sistematično, standardizirano in kakovostno strokovno znanje ter spretnosti, pridobljene v formalnem sistemu izobraževanja, so eden od predpogojev za oblikovanje stroke (Ritzer in Walczak 1986; Torstendahl in Burrage 1990 v Hampton in Hampton, 2000, 218). J. Evetts (2003, 397) pravi, da je profesija poklic, temelječ na znanju, ki izhaja iz predhodnega terciarnega izobraževanja, poklicnega usposabljanja in izkušenj. Sodobnejša dela M. S. Larson se osredotočajo na Foucaulta, katerega osrednja tema proučevanja so odnosi med znanjem in močjo in poudarjanje moderne oblike znanja, formirane v discipline (MacDonald 1995, 24).

Znanje profesij je tako ezoterično in celovito, da nepripadniki stroke in tisti, ki znanja ne pridobijo med izobraževanjem, strokovne dejavnosti ne morejo opravljati (Freidson 1988, 45; Ule 2003, 198) in ne vrednotiti. Jamous in Peloille (1970, 114) trdita, da vse profesije sestojijo deloma iz tehničnega in deloma iz nedorečenega védenja. Tehnično védenje se nanaša na tisto področje dejavnosti, ki ga je moč definirati z različnimi postopki in pravili (npr. posegi), kjer postopku dela lahko sledimo, ga analiziramo in ovrednotimo. Nasprotje je tiho védenje, ki se je razvilo med opravljanjem dejavnosti v preteklosti ter je neoprijemljivo, a specifično stroki. Prav slednje oblikuje stroko in člani profesionalne skupine z njim na nek način manipulirajo, saj je laikom nepoznano (Atkinson 1981 v Walker in Sibson 1998, 20) in zato stroki omogoča avtonomijo (Walker in Sibson 1998, 20).

Delo strokovnjakov sestoji iz sposobnosti klasificiranja problema, sposobnosti ugotavljanja vzroka in sposobnosti obravnavanja problema; v strokovnem žargonu – diagnostika, sklep o etiologiji ter intervencija; druga faza je tista, ki je profesionalna ter zahteva posebna znanja (Abbott 1988, 40). Elliot (1972 v Rochester 1988, 311) trdi, da profesija, ki poseduje več specifičnega teoretičnega znanja, lažje prepriča javnost o lastni pomembnosti ter lažje uveljavlja monopol nad področjem delovanja.

Obenem enostavneje doseže avtonomijo, saj laiki znanja nimajo, zato strokovnjaki nad področjem popolnoma prevzamejo kontrolo.

Znanja profesij opisujejo kot ezoterična, specializirana (Leicht in Fennell 2001, 8), ekskluzivna (Freidson 1971, 28; Abbott 1988, 7), abstraktna (Goode 1969, 277; Abbott 1988, 102) oz. sistematična, generalizirana ali kodificirana (Murphy 1988, 246); dosegala naj bi določeno stopnjo formalizacije in bila kodificirana, da omogočajo standardizacijo, vseeno pa ne smejo biti tako enostavna, da ne bi omogočala izključevanje laikov (Larson 1977, 31). Zato je za znanje profesionalcev značilno, da ni popolnoma determinirano (Jamous in Peloille 1970, 137), saj zavisi od individualne situacije, ki zahteva interpretacijo in povezovanje s kompleksnimi dejstvi. Vseeno pa mora biti na osi od popolne abstrakcije do popolne konkretosti uravnovešeno; popolna abstrakcija namreč zapade v goli formalizem, prevelika konkretnost pa pomeni obrt. Na sredini te osi nekdo z znanjem in veščinami uspešno profesionalno deluje (Abbott 1988, 102). Potemtakem profesionalno znanje definirata tehnična komponenta (pravila in postopki) ter nedefinirana komponenta (presoja); več presoje kot posameznik potrebuje za opravljanje svojega poklica, višja je stopnja profesionalizma njegove dejavnosti (Jamous in Peloille 1970, 146). Ker se babištvo oslanja na porodništvo in ginekologijo, se večkrat zmotno misli, da babiška znanja niso specifična. Obenem se lahko poenostavljeno zaključuje, da o nosečnosti, porodu in puerperiju vedo vse tudi laiki, ki posedujejo omenjeno izkušnjo. Šele v današnjem času se z novimi babiškimi raziskavami ustvarja znanje o podpori fiziologije v nosečnosti, med porodom in po porodu, ki razmejuje babiško stroko od laikov in drugih, sorodnih profesij.

Visoko vrednoteno znanje ne vključuje ročnega dela. V kolikor pa že, se le-to izvaja na telesu klientov (MacDonald 1995, 161). Čeprav ročno delo ne izključuje miselnega – vsaka človekova dejavnost zahteva določeno mero simbolizacije in mišljenja (Freidson 2001, 24) – pa je v primeru profesij specializacija znanja neomejena (t. i. »discretionary specialization«) in ne zgolj mehanska (oz. »mechanical specialization«), ki je potrebna za vsakodnevne dejavnosti (Freidson 2001, 24). Poleg spretnosti (ki so manualne, a odraz raziskovanja in teorije) ter znanja (ki je teoretično), se omenja (Polany 1964 v Freidson 2001, 25) še tiho znanje (oz.

umetnost ali »tacit art«), ki je rezultat delovnih izkušenj. Tudi o babištvu nekateri pišejo kot o umetnosti (»art of midwifery«).

Kot že rečeno, strokovnjaki večino svojega bazičnega znanja pridobijo med formalnim strokovnim izobraževanjem. Babištvo se je iz priučenega poklica v večini evropskih držav že povzpelo na akademsko raven (Emons in Luiten 2001), vseeno pa zgolj izobraževanje pod okriljem univerz ne daje zagotovila za avtonomijo stroke. Kurikulum mora poudarjati tudi neoprijemljivo plat znanja, ki definira stroko in izhaja iz dejavnosti ter gradi teorije oz. teoretične modele. Vsebovati bi moral tudi vsebine o profesionalizaciji in profesionalizmu. Mentorji in učitelji bi morali biti vzorniki za tiste profesionalne vrednote, za katere želijo, da jih študenti povzamejo (Swick 2001, 159), med drugim spodbujajo tudi odgovornosti za vseživljenjsko izobraževanje ter željo za uvajanje sprememb v praksi (Watson in drugi 2002, 257). Obenem znanje, pridobljeno med formalnim izobraževanjem, pomeni osnovo za kompetence/pristojnosti, ki strokovnjaku omogočajo opravljanje dejavnosti oz. izločajo tiste, ki teh znanj nimajo (Heywood in drugi 1992 v Homer in drugi 2007, 358). Teoretična znanja so tista, ki gradijo stroko; pripadniki profesije jih razvijajo in posodablajo, ker se zavedajo, da stroki zagotavljajo avtonomijo. Vseeno pa med zdravstvenimi strokovnjaki v odnosu do babištva večkrat prevlada mnenje, da so ročne spretnosti tiste, ki babico delajo strokovnjakinjo.

Profesionalno znanje ni le golo poznavanje teoretičnih in praktičnih vsebin, ampak tudi ponotranjenje pravil oz. norm, ki urejajo profesionalno obnašanje in odnose (Torstendahl in Burrage 1990 v Hampton in Hampton, 2000, 218). Študij, ki pravilno pripravi strokovnjaka za njegov poklic, naj bi gojil ravnotežje med individualnim in kolektivnim interesom/dobrobitjo; posameznik naj bi dosegel tako stopnjo interakcije s kolegi, da bi ponotranjil samokontrolo; notranji nadzor bi ga obvaroval pretiranega pohlepa ter želje po izkoriščanju moči že zato, da ne izgubi dobrega mnenja o sebi s strani kolegov (Evetts 2006, 523). V kolikor je študijski program pravilno naravnan, spodbuja pripadnost in s tem kohezivnost profesionalne skupine. Kohezivnost omogoča stroki nadzor nad strokovno kompetentnostjo članov, kar je pogoj za avtonomijo stroke v družbi (Rochester 1988, 309).

T. i. profesionalna socializacija pomeni pridobivanje znanja in izkušenj, potrebnih za opravljanje dela, sprejetje vrednot ter prepričanj stroke (Meha 1987). Vključuje ponotranjenje kognitivnih (znanje), psihomotoričnih (spretnosti) in čustvenih elementov (pripadnost prepričanjem in vrednostnemu sistemu) (Weis in Schank 2002, 274). Dolgotrajno izobraževanje razvija tudi močno istovetenje z delom in s kolegi ter poklicno solidarnost; ne daje samo znanja, pač pa oblikuje stališča, pričakovanja in medsebojne povezave (Pahor 2006, 28). Profesionalna identiteta se oblikuje v procesu strokovne socializacije že v času študija. V tem procesu pripadnik stroke prevzame norme, vrednote ter prepričanja poklicne skupine (Watson 1995, 215), ki so nujno potrebni za reflektivno prakso. Ključnega pomena je dejstvo, kdo študentom babištva nudi model za profesionalno držo; ali je to babica, ki je avtonomna, zaupa v svoje znanje, sprejema poklicno odgovornost ter je asertivna do drugih strokovnjakov v zdravstvenem timu.

Poklicna identiteta izraža stopnjo posameznikove istovetnosti s poklicem (poklicnim znanjem in ostalimi atributi profesionalizma, ki so na strokovno znanje navezani) (Pavlin 2007, 91). Pripadnost poklicu najmočneje regulira lastna zavest o tem, da si poklican za opravljanje določene dejavnosti. Ta »čut« je privzgojen oz. vsajen v posameznika preko izobraževanja, t. i. profesionalne socializacije. Posledično je pripadnost poklicu tudi razlog, da pripadniki poklica ne zapuščajo, pač pa so mu zavezani vse življenje in sprejmejo vrednote poklica kot del osebne ideologije (Schwirian 1998, 16). Uspešno samouveljavljanje stroke močno zavisi od občutka pripadnosti profesionalni skupini, ki ga imajo njeni posamezniki. Skupna zavest/identiteta je zgrajena na občutku skupne usode in zgodovine. Značilnost profesij je, da so ponosne na svoje predhodnike, poudarjajo mejnike v zgodovini svoje stroke ter ohranjajo tradicijo. Tradicionalne profesije, pravo ali medicina, spoštujejo zaslužne ljudi, ki so kreirali zgodovino stroke (Buchholz 1999, 67).

Profesija je dolžna skrbeti za lasten napredek ter je odgovorna za uveljavljanje novosti in novih znanj na svojem področju. V primeru rutiniranja ter stagnacije znanja lahko hitro izgubi status. Zaželeno je, da nova znanja za napredek ustvarja poklicna skupina sama (Rochester 1988, 311). Formalno znanje, ki ga ustvarjajo, ohranjajo, prenašajo, obnavljajo, in o njem razpravljajo ljudje, t. i. intelektualci (Freidson 2001,

29) v sklopu fakultet, je institucionalizirano v disciplinah (Foucault 1979 v Freidson 2001, 29). V profesionalnih projektih so uspešni tisti poklici, ki uporabo svojega praktičnega znanja uspejo zaščititi s teoretičnim znanjem, obstajajočim v sklopu fakultet (Pavlin 2007, 82). Naloga fakultet torej ni le posredovanje znanja, pač pa se znanje tam ustvarja in obnavlja. Fakulteta podeljuje poverilnice (»credentials«), ki posamezniku omogočajo vstop v stroko (MacDonald 1995, 161) in nadgrajuje znanje profesionalcev, da lahko v stroki delujejo. Z ustvarjanjem intelektualne baze fakulteta posredno skrbi za ohranjanje sodne pristojnosti stroke nad področjem (Freidson 2001, 84; Abbott 1988, 196); del prestiža profesij je namreč tudi akademsko znanje, ki ima bolj praktičen kot simbolni pomen (Abbott 1988, 53–54).

2.3.1.2 *Etika in javno dobro*

Glavni element stroke je tudi prepričanje, da dejavnost doprinaša k družbeni blaginji ter je nepogrešljiva za širšo javnost (Hall 1968, 93). Babištvo bi lahko opredelili kot stroko, kamor se stekata družbeni vrednoti zdravja in družine. Družba ima do profesij višja pričakovanja kot do poklicnih skupin. Ker je v odnosu do profesionalcev uporabnik v odvisnem položaju, saj rešitve svojih problemov ne pozna, mora strokovnjaku zaupati (Rueschemeyer 1986, 109). Zaupanje naj bi temeljilo na etičnosti strokovnjakov ter strogem samonadzoru. Družba namreč pričakuje, da bo vsak strokovnjak svoje znanje uporabil v dobro posameznika ter mu nudil najbolj kakovostno storitev (Hampton in Hampton 2004, 1049). Če tega ne dopušča sistem, je profesionallec zavezan k zagotavljanju čim ugodnejših razmer za klienta ter po potrebi k prilagoditvi pravil sistema, ne glede na lastno korist (Hall 1968, 92). Nekateri strokovnjaki, ki proučujejo profesionalizem, to karakteristiko opisujejo z besedama altruizem stroke (Carr-Saunders in Wilson 1962; Goode 1969). Zavedanje o tem skupaj z avtonomijo s seboj prinaša tudi zavedanje o odgovornosti strokovnjaka za lastne odločitve in dejanja. Na ravni konkretnega ravnanja to vedno ne deluje. Posledično se je v drugi polovici 20. stoletja povečal družbeni nadzor nad strokovnjaki kot posledica nezaupanja javnosti (Pahor 2006, 29).

Vsaka profesija poseduje inštrument, ki ureja odnose s strankami/uporabniki storitev, kolegi in pripadniki sorodnih strok. Navadno je to kodeks profesionalne etike; ključni dokument, ki ureja dejavnost določene profesionalne skupine ljudi v odnosni komponenti z drugimi sodelujočimi. Stroka kodeks etike razvije, da bi dokazala svoje moralne namene ter da bi profesionalcem v primeru dilem le-ta nudil smernice (Kaplan Daniels 1971, 45). Babice imajo v sklopu mednarodne zveze razvit lasten kodeks etike (ICM 2005), na podlagi katerega vsaka država glede na lastne potrebe dopolni in razvije lastna pravila etičnega profesionalnega vedenja.

Vendar pa kodeks etike ni dovolj, da bi laična javnost verjela v dobronamernost strokovnjakov. Kodeks podaja smernice moralnega obnašanja strokovnjakov, ne zagotavlja pa, da ga bodo pripadniki profesije dosledno upoštevali. Zato mora biti profesionalizem kot ideologija vcepljen v posameznike že med strokovnim izobraževanjem, profesionalno združenje pa mora skrbeti za mehanizme nadzora etičnega delovanja ter zagotavljati strogo sankcioniranje kršiteljev (Freidson 2001, 215–216; Kaplan Daniels 1971, 43), da s tem prepriča javnost in doseže zaupanje (Abbott 1988, 83). Etika stroke mora torej prevladati nad osebnim prepričanjem pripadnikov profesije, prav tako pa na etično delovanje strokovnjaka ne smejo vplivati interesi države in družbe (Freidson 2001, 220–221).

V dejanskem, realnem življenju ni nujno, da sta makro in mikro raven usklajeni; torej ni rečeno, da so vsi strokovnjaki tudi etično neoporečni. Posamezniki se spreminjajo glede na stopnjo profesionalizma (Ritzer 1971, 61), torej ni rečeno, da so vse njihove individualne vrednote tudi vrednote profesije. V idealni situaciji mora strokovnjak zadostiti osnovnim načelom profesionalnega vedenja tako znotraj in zunaj strokovnega okolja (upoštevati osnovne vrednote in norme družbe in bazična strokovna načela) (Schwirian 1998, 9). Po mnenju nekaterih je lahko poklicna etika tudi sredstvo, ki omili oz. prikrije izražanje profesionalne tekmovalnosti (Yadin 1988, 84; Symon 1996, 543), vseeno pa ne more vplivati na osebne karakteristike posameznega strokovnjaka. Zato je nujen nek zunanji sistem nadzora, ki ga navadno predstavlja profesionalno združenje.

Strokovno združenje je formalno ustanovljena skupina strokovnjakov. Oblikovane ima kriterije za članstvo, postopke registracije oz. licenciranja, kar omejuje dostop do opravljanja določene dejavnosti (izključuje nekvalificirane), določa dejavnost stroke ter vlogo članov v določenem sistemu (tudi v odnosu do profesij, ki že obvladujejo področje; tekmič za dejavnost) (Caplow 1966, 20). Profesionalno združenje ima lahko velike zasluge pri oblikovanju prihodnosti stroke (Buchholz 1999, 67) – določa standarde dejavnosti, oblikuje skupne vrednote, filozofijo poklica ter krepi poklicno identiteto in pripadnost (Hampton in Hampton 2000, 219), obenem pa zagovarja interese stroke v odnosu do države (Leicht-Fennell 2001, 8). Njegova skrb je tudi sloves stroke v družbi (Hampton in Hampton 2004, 1051), zato ima oblikovan sistem notranje medsebojne kontrole, s katerim vrši nadzor nad kakovostjo dela (t. i. »peer review«). Nadzora ne morejo vršiti laiki, ker nimajo potrebnih specialnih znanj. Profesionalno združenje torej lahko veliko pripomore k samostojnosti stroke, saj promovira lastno dejavnost, njegova poglobljena naloga pa je skrb za strokovno odličnost v smislu kakovostnega opravljanja strokovnega dela (Rochester 1988, 309). Slovenske babice v družbi predstavlja Strokovna sekcija medicinskih sester-babic; nujno za dobro podobo stroke je, da združenje nastopa v skladu z vrednotami poklicne skupine, povezuje pripadnike stroke ter jih istočasno nadzira, da večja ugled stroke v družbi in dviga zaupanje med uporabniki.

Da bi profesija ohranila lasten ugled, mora paziti na red v lastnih vrstah. Turner je prvi opozoril, da je profesionalizem dejavnik poklicne kontrole nad storitvami (Turner 1995, 131). Nadzor nad lastno dejavnostjo je ključnega pomena za stroko. Stroka mora definirati lastno dejavnost ter uporabnost za družbo. V kolikor želi ohraniti kakovost dejavnosti, mora izdelati tudi pravila opravljanja dejavnosti, ki kasneje služijo pri izločanju posameznikov, ki se jih ne držijo. V nasprotnem primeru zaradi nekakovostnega izvajanja dejavnosti posameznikov pade družbeni ugled poklica (Caplow 1966, 20). Babiško združenje mora torej imeti jasna pravila za pripadnike stroke in točno določiti sankcije v primeru neupoštevanja le-teh.

Le na podlagi poznanih in jasno predstavljenih pravil delovanja se lahko vrednoti delo posameznih članov. Strokovna organizacija skrbi za stalno kakovost s sistemom podeljevanja in obnavljanja licenc ter sankcionira člane, ki ne dosegajo strokovnih

standardov (Hampton in Hampton 2000, 218; Abbott 1988; Cullen 1978; Moore 1970). Sankcije za neupoštevanje pravil profesionalcev so mnogo strožje kot v primeru neupoštevanja pravil pripadnikov poklicne skupine. Kljub vsemu je izrekanje najstrožjih sankcij redko. Med drugim tudi zato, ker člani navadno čutijo pripadnost stroki ter skrbijo za njen ter lasten ugled. Članstvo v profesionalni skupini je namreč privilegij in ne samo po sebi umevna pravica (Rochester 1988, 311).

Kljub dejstvu da poklicna skupina s profesionalizacijo pridobi monopol nad dejavnostjo, se zapre za zunanje vplive ter dobi določene privilegije, npr. višjo plačo, se je potrebno zavedati, da je ta privilegij strokovnjakom podeljen s strani družbe, saj delujejo za njeno dobro (Evetts 2006, 516, 525). Nobena profesija ne pridobi statusa zgolj zaradi lastne želje, pač pa zaradi javnega mnenja o opravljanju družbenopotrebne dejavnosti in priznanja za kakovostno delo (Rainey 2005, 679–680). To pomeni, da so profesiji lahko v primeru dvoma o etičnosti delovanja stroke ter ob sumu, da je strokovnjakom v interesu le lastna korist, ti privilegiji odvzeti. Vendar, kot pravi Halliday (1987 v Evetts 2003, 404), je pretirano ukvarjanje z dominacijo, privilegiji, monopolom in lastnimi koristmi v ospredju le v času uveljavljanja profesije; ko se enkrat stroka utrdi na položaju, naj bi postali pomembnejši drugi, globalnejši cilji, med njimi tudi in predvsem delovanje v javno dobro.

2.3.1.3 Avtonomija in družbena moč

Tretja osnovna karakteristika profesije je avtonomija (Freidson 1988, 71); neodvisnost od drugih, sorodnih poklicnih skupin (Elliot 1972 v Rochester 1988, 310; Havighurst 1989, 29; Fleming 1998a, 43; Hall 1968, 93). Vsaka profesija se trudi pridobiti poseben status v družbi, ki ji bo omogočal kontrolo nad lastno dejavnostjo, samostojnost v odnosu do drugih sorodnih strok ter do uporabnikov storitev oz. birokracije (Johnson 1967). Če govorimo o avtonomiji posameznika, pomeni, da le-ta samostojno odloča o lastni usodi (Fleming 1998a, 44), kar je na nek način odraz moči (Batey in Lewis 1982, 13). Ko govorimo o avtonomnosti skupine, pa samostojnost

pomeni kolektivno avtonomijo (Snowdon in Rajacich 1993, 6), ko skupina ljudi na podlagi objektivne in reflektirane odločitve zavestno oblikuje pravila in zakonske podlage za lastno dejavnost ter sklone, da jih bo pri izvajanju svojih profesionalnih aktivnosti spoštovala (Fay 1987, 77; Hall 1968, 93). Elston loči tri tipe strokovne avtonomije: ekonomsko, politično in klinično (Elston 1991, 61).

Tabela 2.1 Avtonomija babiške dejavnosti – pregled po evropskih državah

| | Normalna nosečnost | Normalen porod | Normalen puerperij | Patološka nosečnost | Abnormalen porod | Patološki puerperij |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------|---|----------------------------|-------------------------|---|
| Avstrija | babica in/ali ginekolog | babica in/ali ginekolog | babica in/ali ginekolog | babica in ginekolog | babica in ginekolog | babica in ginekolog |
| Belgija | babica | babica | babica | ginekolog | ginekolog | ginekolog |
| Danska | babica | babica | babica | ginekolog | ginekolog | ginekolog |
| Finska | splošni zdravnik in ginekolog | ginekolog | splošni zdravnik in ginekolog | ginekolog | ginekolog | ginekolog |
| Francija | babica | babica | babica | ginekolog | ginekolog | ginekolog |
| Nemčija | babica in/ali ginekolog | babica in ginekolog | babica in ginekolog | ginekolog | ginekolog | ginekolog |
| Grčija | ginekolog | ginekolog | ginekolog | ginekolog | ginekolog | ginekolog |
| Irska | babica | babica | babica | babica in ginekolog | babica in ginekolog | babica in ginekolog |
| Italija | babica in ginekolog | babica in ginekolog | babica in ginekolog in pediater | ginekolog | ginekolog | ginekolog in pediater |
| Luksemburg | ginekolog in pediater | ginekolog in pediater | ginekolog in pediater | ginekolog in pediater | ginekolog in pediater | ginekolog in pediater |
| Nizozemska | babica | babica | babica | ginekolog | ginekolog | ginekolog |
| Portugalska | babica in ginekolog | babica in ginekolog | babica in ginekolog | ginekolog | ginekolog | ginekolog |
| Španija | babica | babica | babica | ginekolog | ginekolog | ginekolog |
| Švedska | babica | babica | babica | ginekolog | ginekolog | ginekolog |
| Anglija | babica | babica | babica | ginekolog | ginekolog | ginekolog |
| Slovenija | ginekolog | babica in ginekolog | patronažna medicinska sestra in ginekolog | ginekolog | babica in ginekolog | patronažna medicinska sestra in ginekolog |

Vir: prirejeno po Emons and Luiten (2001).³

³Tabela se nanaša na ginekologe, kljub temu da je v nekaterih državah to ginekolog-porodničar (Slovenija, Anglija ...).

Babice naj bi bile glede na definicijo stroke (ICM 2011) in zakonske podlage (European Commission 1980) samostojne pri spremljanju zdravih nosečnic, porodnic in otročnic idr., kar v evropskih državah tudi izvajajo, kot prikazuje Tabela 2.1. Slovenske babice vseh teh pristojnosti še nimajo. S samostojno dejavnostjo naj bi babice nadzirale tudi strokovnost aktivnosti svojih članov.

Ker specializiranih dejavnosti zaradi pomanjkanja znanja ne morejo nadzirati laiki, to lahko storijo le visoko izobraženi pripadniki stroke (Rueschemeyer 1986, 108; Kaplan Daniels 1971, 40). Ena bistvenih značilnosti profesije je nadzirana delitev dela s strani strokovnjakov (Freidson 2001, 55). S tem pridobijo monopol nad področjem, ki je ključen element, na podlagi katerega stroka pridobi ekonomske privilegije. V smislu profesionalizma govorimo o monopolu posameznega področja dela oz. o monopolu nad določenim področjem znanja in spretnosti; disciplini. Monopol in socialno zapiranje sta povezana. Takoj ko stroka doseže legalen monopol nad področjem, izključi druge ponudnike storitev. Čeprav ima termin monopol negativno konotacijo, saj ga največkrat razumemo v smislu omejevanja možnosti uporabnikov z namenom ohranjanja prestiža stroke (ter s tem v povezavi ohranjanja družbene neenakosti), na nek način služi tudi kot zaščita uporabnikov pred nekakovostnimi ponudniki storitev (Freidson 2001, 198, 199, 203, 205). Vsaka stroka avtonomijo opravičuje na podlagi profesionalne ideologije ter poudarja, da želja po avtonomiji ne izhaja iz sebičnih namenov, pač pa iz želje, da bi zagotovili najboljšo možno kakovost storitev za uporabnike (Kaplan Daniels 1971, 39).

Samoregulacija temelji na kompetencah (Fournier 1999, 286). Le-te namreč oblikujejo področje dela (t. i. »scope of practice«) in ločujejo strokovnjaka od drugih, ki delujejo na istem področju (Butler in drugi 2008, 260). Pojem kompetenca/kompetentnost je zelo širok (Silver 1988 v Butler in drugi 2008, 261) in obsega znanja, spretnosti, veščine, odnose in izkušnje, ki so potrebni, da posameznik uspešno opravlja svoje profesionalne naloge (Scott 1984) v različnih kontekstih in situacijah (Butler in drugi 2008). Kompetence so sklop značilnosti oz. atributov, ki profesiji omogočajo opravljanje dejavnosti (Heywood in drugi 1992 v Homer in drugi 2007, 350). So jedrnat a podroben način opisa znanja, veščin in profesionalnega vedenja, ki so pričakovani za določeno stroko (Fullerton in drugi

2003, 174; Homer in drugi 2007, 350), zato da je uporabnikom zagotovljena najboljša in najbolj varna storitev (kjerkoli in kadarkoli) (ICM 2002). Bazične/esencialne kompetence babic opredeljuje istoimenski dokument Mednarodne zveze babic, ki določa minimalne standarde za babice vseh držav sveta (ICM 2006). V nasprotju s tehničnimi opisi kompetenc nekaterih drugih strok (npr. inženirstvo), kompetence babic vsebujejo tudi odnosne spretnosti, ki so zahtevane za strokovnjaka babištva (Pehlke-Milde in drugi 2006, 186). Kompetence strokovnjak pridobi med izobraževanjem, prakso in vseživljenjskim izpopolnjevanjem. Strokovno znanje mora zato nadzorovati profesija sama – produkcijo in diseminacijo, kurikulum in preverjanje znanja (Freidson 1988, 79). Kompetence se v času spreminjajo, npr. vloga strokovnjakov se razširi na nova področja dela, kar pa zahteva dodatna znanja in izkušnje.

V smislu avtonomije za stroko ni ključna le sodna pristojnost nad področjem, pač pa tudi nadzor nad člani – njihovo rekrutiranje, registracija, nadzor nad dejavnostjo in nenazadnje zagotavljanje njihove številčnosti; torej ponudba strokovnjakov na trgu, ki ne sme biti prevelika, da bi bila stroka razvrednotena in spet ne premajhna, saj v tem primeru njihovo delo začnejo opravljati manj kvalificirani posamezniki (Abbott 1988); to funkcijo za stroko opravlja fakulteta s preišljeno in strateško določenimi vpisnimi pogoji. Predpogoj za nadzor nad dejavnostjo je oblikovanje kriterijev oz. pogojev o tem, kdo sploh lahko prične izvajati dejavnost. V ta sklop spada predpis o formalni izobrazbi in predpisi o pridobivanju ter obnavljanju licence (Freidson 2001, 84); stroka je torej avtonomna šele, ko lahko nadzira vstopne kriterije strokovnjakov, ima vpliv na številčnost strokovnjakov na trgu dela, bdi nad podeljevanjem priznanj (tudi certifikatov in diplom) ter samostojno oblikuje standarde prakse ter nadzira izvajanje storitev (Kaplan Daniels 1971, 39).

Moč v postmoderni ni več omejena le na ekonomsko in politično (Vrbovšek 2006, 20). Je odraz ezoteričnega (specialnega in težko dostopnega) znanja ter se izraža zelo subtilno (Ule 2003, 198). Strokovnjaki imajo družbeno moč. Podlaga zanjo je dejavnost, ki jo opravljajo, in je laiki ne znajo opraviti sami. To jim dviga vrednost – ne samo v ekonomskem smislu, pač pa tudi v smislu družbenega spoštovanja in prestiža (Rueschemeyer 1986, 104). Čim težje je znanje dostopno javnosti in čim bolj

ozek je krog posvečenih poznavalcev, tem večja je moč nosilcev znanja (Ule 2003, 198). Vendar pa ni le znanje tisto, ki tvori nove podlage za družbeno moč. Tudi področje dela igra bistveno vlogo pri tem. Najbolj cenjeni so poklici, ki se ukvarjajo z dejavnostmi, ki predstavljajo družbeno vrednoto, vključujejo izvajanje zahtevnih posegov z znanjem, ki ga laiki ne posedujejo; v medicini je zato najbolj cenjen kirurg, zadnje mesto pa zavzemajo zdravniki splošne medicine in psihiatri, ker se ukvarjajo z družbenodeviantnimi osebami (Abbott 1988, 122). Pomembno mesto zasedajo tudi profesionalci, ki ustvarjajo strokovno znanje – univerzitetni učitelji (Leicht in Fennell 2001, 134), medtem ko preventivna medicina, promocija zdravja (potemtakem tudi babištvo) ipd. dosegajo zadnja mesta v smislu nagrad in družbenega prestiža (Leicht in Fennell 2001, 93).

Avtonomnost se kaže, kot že rečeno, tudi v samonadzoru pripadnikov stroke ter sankcioniranju neželenega vedenja (Yadin 1988, 84; Hampton in Hampton 2000, 220; Moore 1970). V primeru babilonov bi vlogo morala prevzeti Strokovna sekcija medicinskih sester-babilonov. Samoregulacija je namreč na nek način najmočnejša oblika nadzora nad posameznikom, ki opravlja dejavnost: disciplino zamenja samodisciplina; kontrola je notranja, proaktivna, in ne zunanja, reaktivna (Evetts 2003, 409). Vendar pa ima kolegialni nadzor po Wagnerjevem mnenju (1997, 379–381) lahko tudi negativne posledice, saj stroka na ta način vzdržuje mehanizem za zaščito ortodoksnosti; npr. t. i. »medicinski klub« ščiti svoje člane, vendar le v primeru popolne lojalnosti stroki. Klub ima dva cilja – skrbeti za zdravje uporabnikov ter skrbeti za svoje člane. V kolikor pride do navzkrižnih interesov, skoraj vedno prevlada drugi interes. Wagner zato samoregulacijo stroke ostro kritizira.

Kritika avtonomije stroke je tudi, da le-ta avtomatično pomeni izključevanje zunanjega nadzora kakovosti, saj razen pripadnikov stroke o dejavnosti ne more soditi nihče drug. To lahko privede do izrabljanja moči (npr. strokovnjaki menijo, da jim ni potrebno dokazovati in upravičevati postopkov/dejanj v primeru negativnih izidov, ki so posledica slabe prakse in so mnenja, da bi zagotovilo o neoporečnosti izvedbe postopka moralo javnosti zadostovati) oz. zavajanja (npr. glede na to, da svoje dosežke vrednotijo sami in ne preverjajo pričakovanj in zadovoljstva drugih vpletenih, končna ocena o kakovosti ni objektivna). Po mnenju nekaterih profesionalna

avtonomija namreč ne pogojuje vedno tudi visokokakovostne storitve (Kaplan Daniels 1971, 55). Poklicna etika in nadzor strokovnega združenja naj bi bila tista dva dejavnika, ki naj bi preprečevala zlorabe.

2.3.2 Elementi »novega« profesionalizma

Zaradi družbenih sprememb v postmoderni se je preoblikoval tudi koncept profesionalizma (Evetts 2010). Glavno razliko predstavlja spremenjen odnos – za strokovnjaka je značilen odmik od avtoritativnega odnosa in avtonomije oz. neodvisnosti (Snoek 2010); moč ni več osrediščena na profesionalca in status stroke ni več v ospredju, pač pa kakovost storitev (Hargreaves 1994, 437) in uporabnik.

Medtem ko elementi »starega« profesionalizma spodbujajo moč, elementi »novega« podpirajo sodelovanje. Nekateri novi profesionalizem imenujejo tudi demokratični profesionalizem; med strokovnjaki in uporabniki vlada partnerski odnos (Davies 1996b, 150). Novi profesionalizem namesto distance med zdravstvenim strokovnjakom in uporabnikom uvaja partnerski odnos – enakovrednost v razpravi glede obravnave, nadzor pa nadomesti podpora v osamosvajanju; profesionallec svoje znanje uporablja za nadgrajevanje znanj klienta (Pahor 2006, 36).

V novem modelu profesionalizma ima strokovnjak naslednje značilnosti:

- ni niti oddaljen niti vključen, pač pa zavzet;
- ni nadzorovalen niti odvisen, pač pa povezan;
- ni usmerjen vase in se ne zanika, pač pa uporablja sebe kot obliko terapevtskega odnosa;
- ni aktiven in ne pasiven, ampak ustvarja t. i. »aktivno partnerstvo«, kjer se dogovarja;
- ne opira se samo na znanje in izkušnje, pač pa reflektirano povezuje oboje (Davies 1996b, 149).

Bistvena razlika med starim in novim profesionalizmom je, da se elementi starega profesionalizma navezujejo na makro raven (torej poklicno skupino v celoti), medtem ko je novi profesionalizem bolj osebni in se navezuje na raven posameznih strokovnjakov, ki pa skupaj tvorijo celotno sliko poklicne skupine (Svensson 2006, 585).

Elementi »novega« profesionalizma so reflektivna praksa, interprofesionalno sodelovanje in povezovanje z uporabniki (Davies 1998, 191). Glede na to, da nekateri avtorji novi profesionalizem povezujejo zlasti z uveljavljanjem ženskih strok, saj spodbuja klasične ženske attribute (Davies 1998, 196; Adams 2003, 288) ter da je aktualen za razvoj strok, ki se uveljavljajo v današnjem času, avtorica lastnosti novega profesionalizma (za razliko od elementov starega profesionalizma) v nadaljevanju poskuša aplicirati na stroko babišva.

2.3.1.1 Povezovanje z uporabniki

Freidson (1994 v Leicht in Fennell 2001, 14) meni, da bo delitev nadzora med profesionalci in laiki, nastajajoča kot posledica skepticizma uporabnikov, ki dvomijo v dobronamernost strokovnjakov in zahtevajo enakovrednejšo vključitev v evalvacijo kakovosti dela strokovnjakov, možna šele v prihodnosti. Trenutno je močno uveljavljen model birokratskega nadzora. Prav gotovo je delitev nadzora z drugimi strokami težka preizkušnja za dominantne profesije, še težji korak pa je partnerski odnos z uporabniki. O aktivni vlogi uporabnikov se veliko govori tudi v babištvu, vendar stališča niso enotna; nekateri strokovnjaki govorijo o sodelovanju, drugi celo o partnerskem odnosu – večina jih je za enakovredno pozicijo, a ne za izenačenje, saj menijo, da zaradi strokovnega znanja enih to ni možno. Freidson (1994 v Evetts 2003, 409) odnos med ponudnikom storitve (strokovnjakom) ter uporabnikom opisuje kot odnos svetovalca do svoje stranke. Značilnost zveze je, da obstaja le, dokler je strokovnjak stranki koristen ter ji pomaga rešiti problem, zaradi katerega ga je ta poiskala. Tako tržno pojmovanje ne opiše povsem odnosov v zdravstvu, kaže pa na to, da je uporabnik storitve tisti, ki ureja odnos, in ne obratno.

Koncepti izbire, kontrole in sodelovanja so v babištvu zelo pomembni in so ključnega pomena za zadovoljstvo uporabnic (Richards 1982). Ženske so v porodnišnici namreč na tujem teritoriju – področju zdravstvenih strokovnjakov (Wagner 1997, 390), zato je še bolj pomembno, da dobijo dovoljenje za izražanje svojih želja, mnenj in potreb v danih okoliščinah. Zdravstveni strokovnjaki v porodnišnicah bi morali, če želijo nuditi holistično obravnavo ter s tem zadostiti psihičnim dimenzijam ženskih potreb, najti ravnotežje med zadovoljevanjem potrebe po fizični varnosti ter psihosocialnimi željami varovank (Kitzinger 1988, 14). Strokovnjaki so namreč v prvi vrsti dolžni delovati za uporabnika; glavni motiv njihove dejavnosti mora biti delovanje v dobro laikov. Ena od vlog babic v odnosu do uporabnic, ki jo literatura poudarja, je tudi zagovorništvo (ICM 2002; Gould 2002, 210), kar bi v neposrednem prevodu pomenilo zastopništvo ženske v odnosu do doktrine porodnišnice. Babica naj bi bila »zagovornica mnenja žensk(e)«; v smislu podpore informiranih odločitev (Matthews in drugi 2006, 182), ki jih ženska sklene, ne glede ali so v skladu z osebnim in s strokovnim mnenjem babice ter z doktrino porodnišnice.

Dokazano je, da lahko babice s stalno podporo med porodom pozitivno delujejo (SOGC 1995). Tudi ženske se strinjajo z dejstvom, da je podpora babice pomemben element kakovosti babiških storitev (Callister 1993), saj neposredno vpliva na občutek kontrole nad dogajanjem (Gale in drugi 2001, 270) in žensko iz pasivnega objekta spreminja v aktivno udeleženko v procesu obravnave. Pojem podpore je pod vplivom posameznikovih osebnostnih karakteristik, obenem pa je delno tudi konstrukt družbe. Družba s svojimi nepisanimi pravili določa zaznavanje ter stopnjo želene podpore žensk (Stuchbery in drugi 1998, 489), obenem pa določa način želene podpore. Le-ta je večdimenzionalni pojav. J. Gale in drugi (2001, 269) na podlagi svoje raziskave delijo podporno vedenje zdravstvenih delavcev na fizično, emocionalno, informativno podporo ter zagovorništvo.

Vsaka uporabnica v zdravstveni sistem prihaja z lastnimi izkušnjami, znanjem in pričakovanji. Strokovnjaki naj bi poskrbeli, da so njene želje, poleg fizične varnosti, vključene v proces obravnave. V primeru neizpolnjenih pričakovanj zadovoljstvo s storitvami upade, prav tako pa tudi vrednotenje strokovnjakov. Do razkoraka med želeno in nudeno podporo najpogosteje prihaja zaradi različnih predstav. A.

Woodward je v svoji študiji (1998) ugotovila, da si zdravstveni strokovnjaki drugače predstavljajo, kaj naj bi bilo za kakovost storitev pomembno. Ker svojih stališč ne preverjajo z željami žensk, se večkrat zgodi, da jim v dobri veri, da delajo najboljše za njih, vsiljujejo lastne rešitve. Zanimivo je, da babice večkrat izpostavijo, da prav njihov odnos z ženskami loči babištvo od medicinskega vzorca skrbi; ženske pa babice kljub njihovemu prepričanju, da so drugačne od zdravnikov – neke vrste zaupnice žensk, ki jim stojijo ob strani ter so z njimi v partnersko-profesionalnem odnosu – vidijo le kot dodaten profil zdravstvenih strokovnjakov (Halldorsdottir in Karlsdottir 1996).

Samostojna vloga babic, delujočih v sklopu medicinskega modela, ki je značilen za večino zdravstvenih institucij, je namreč otežena (Kirkham 1999, 18; Stapleton in drugi 2002, 610). Iskanje ravnovesja med vlogo zagovornice žensk v tehnokratskem, medikaliziranem okolju je zahtevno (Kitzinger 2005, 7). Babištvu v porodnišnici diktira politika institucije (Powell-Kennedy in Shannon 2004, 559), zato v zagovarjanju želja ženske po ohranjanju naravnega poteka poroda lahko pride do različnih mnenj med babicami in zdravniki (Peter in Liaschenko 2004, 223; Hunter 2004, 271; Mrayyan 2004, 335). Da bi babice delale za dobro uporabnic ter krepile njihove potenciale in jih opolnomočile, se morajo najprej same na individualni ravni in na ravni poklicne skupine čutiti močne, varne in zadovoljne (Kirkham 1999, 20). Vendar so kot medicinske sestre v odnosu do medicine in zdravnikov največkrat v podrejenem položaju (Ule 2003, 213); iz te pozicije pa je podpora uporabnikom otežena.

Zaupanje uporabnikov, ki naj bi nekdam temeljilo na dogmi, da strokovnjaki delajo za javno dobro, danes dobiva drugo podlago. Predvsem temelji na medsebojnem zaupanju in partnerskem odnosu med strokovnjakom in klientom (Calnan in Rowe 2008, 69); gre za prerazporejanje moči. Opolnomočenje (Drglin 2003, 379) ali pridobitev moči, kot termin opredeli M. Pahor (2006, 27) opisuje partnerski odnos, kjer močnejši del moči preda drugemu, s čimer le-ta pridobi svobodo odločanja in obenem odgovornost za svojo izbiro. Je proces, ki omogoča ljudem prevzemanje nadzora ter s tem enakovredno vlogo vseh vključenih (Rodwell 1996, 305).

2.3.1.2 *Medpoklicno sodelovanje*

Medpoklicno sodelovanje je proces skupnega planiranja in dejavnosti, z enakimi cilji in deljeno odgovornostjo (Lindeke in Block 1998, 217). Medpoklicno sodelovanje predpostavlja medsebojno soodvisnost, vendar pa vsak posameznik prevzema odgovornost za svoje delo (Mellish in Wannenburg 1992 v Keogh 1997, 304).

Sodelovanje je koristno predvsem za uporabnika storitev, obenem pa tudi za stroki, ki se povezujeta (Kornelsen in Carty 2004, 121–123). Medsebojno sodelovanje med zdravniki in bobicami ženskam lahko zagotavlja bolj kakovostne zdravstvene storitve, viša njihovo zadovoljstvo, obenem pa dviga tudi dobro delovno počutje zaposlenih (porodničarjev in bobic) (Keleher 1998, 10). Dokazano je, da je zadovoljstvo bobic z lastnim poklicem povezano s statusom stroke v sistemu zdravstvenega varstva oz. konkretnije z odnosom do porodniške stroke (Gum 1999 v Cutts in drugi 2003, 181), ter da možnost opravljati vse vloge, ki jih babici predpisuje definicija poklica (ICM 2011), dviga profesionalno samopodobo in krepi občutek zadovoljstva na delovnem mestu (Hundley in drugi 1995, 172). V primeru, da babice nimajo občutka avtonomije in se ne počutijo varne, svojo avtoritativnost izražajo tudi v odnosu do žensk (Halliday 2002, 146).

Predpogoji za uspešen interdisciplinarni odnos so: skupne vrednote (Crozier 2003, 124), znanje o interprofesionalni komunikaciji, podobnost med strokama in občutek nizke stopnje ogroženosti (Darling in Ogg 1984, 1648; Hartley 2002, 191) oz. kot jih bolj opisno definira Guuberman (2002): »skupen namen«, »stopnja direktnega stika«, »kontinuiteta v odnosu«, »skupaj kot eno« in »dobro poznavanje«. Nujno za dobro sodelovanje je torej aktivna vloga vseh vpletenih, medsebojno spoštovanje ter zavedanje, da vsakdo igra pomembno vlogo v celotni sliki, učenje drug od drugega, odprtost v komunikaciji in dogovarjanje, pripravljenost na sklepanje kompromisov in kooperativnost (Kornelsen in Carty 2003, 126).

Dejstvo je, da so že študenti medicine in babištva indoktrinirani vsak v svojo stroko. Študente medicine se spodbuja da razmišljajo znanstveno; v smislu reševanja določenega problema, zato ni čudno, da nosečnost in porod vidijo kot skupek

potencialno patoloških stanj in komplikacij. Medtem pa je študij zdravstvene nege in babištva bolj usmerjen v holistični koncept (Crozier 2003, 129). Babištvo specifično, poudarja fiziologijo obdobja nosečnosti, poroda in puerperija. Zgodnja socializacija študentov v smislu medsebojne enakosti lahko spodbudi razumevanje teh nasprotnih filozofskih stališč, razbije stereotipe, dviga medsebojno spoštovanje in posledično izenači poklicno moč (Reeves in Pryce 1998, 535). Uspešno sodelovanje med različnimi zdravstvenimi delavci bi bilo torej potrebno razvijati že v času šolanja, z interaktivnimi skupnimi predmeti, ki bi spodbujali dobre medsebojne odnose (Crozier 2003, 129). Skupno učenje izboljša medsebojno razumevanje, saj zdravstveni strokovnjaki bolje spoznajo vlogo drug drugega (Carpenter 1995, 159).

Seveda pa sodelovanje zgolj na nivoju izobraževanja ni zadosti. V kolikor delovno okolje, v katerem se znajdejo študentje med prakso oz. po diplomi ne spodbuja medpoklicnega sodelovanja, izobraževanje v tej smeri nima dolgotrajnih posledic in učinki hitro izzvenijo (Gill in Ling 1995) oz. se v kliničnem okolju sodelovanje sploh ne razvije (Atkins in Walsh 1997, 322).

Vsekakor sodelovanja strok ni enostavno doseči. Bolnišnično okolje odraža stališča družbe. Zdravniki oz. študenti medicine navadno izhajajo iz boljše situiranih in višje izobraženih družin kot študenti babištva ali zdravstvene nege (Kendrick 1995). Zato so v medsebojnem sodelovanju ovire lahko številne – različna stopnja izobrazbe, upoštevanje različnih vrst znanja (filozofska naravnost poklica), razlike v družbenem statusu ter stroga hierarhija zdravstvenega sistema (Stapleton 1998, 12). Problematici so tudi spolni diskurzi; tradicionalno je babištvo namreč ženski poklic, vezan na predstave o feminizmu, materinstvu in sodelovanju žensk (Crozier 2003, 129) ter je kot eden negovalnih poklicev nižje vrednoten.

Babištvo v obstoječem bolnišničnem sistemu, ki podpira v patologijo usmerjen pristop, ne more razviti svojih potencialov (Zoege 2004 v Pehlke-Milde in drugi 2006, 184). Babice v bolnišnici niso samostojne izvajalke babištva, pač pa porodničarjeve asistentke (Halliday 2002, 146). Ker ni jasno napisanih kliničnih poti, tj. dokumentov o točnem zaporedju kliničnih intervencij, z natančno opredelitvijo odgovornosti različnih

strokovnjakov, je odgovornost zabrisana (Hunter in Segrott 2008, 608). Babice se znajdejo v dvoumni vlogi (Halliday 2002, 146).

K. Crozier (2003, 128–129) pravi, da neenakost spodbujajo tudi medicinske sestre oz. babice same, ki v procesu profesionalne socializacije reproducirajo stereotipe o nižji vrednosti lastne stroke ter posledično podrejeno vedenje. Obenem pa mišljenje babic o avtonomiji lastne stroke lahko blokira odprtost za medsebojno sodelovanje. Prav tako ločevanje filozofij na medicinski in babiški model ne pripomore k povezovanju (Keleher 1998, 11). Določena mera profesionalne samozavesti je potrebna, vsekakor pa je potrebna tudi pripravljenost za sprejemanje drugih stališč. Uvajanje sodelovalnega odnosa je v praksi dosti lažje, če so meje med vlogami sodelujočih strokovnjakov jasne in nedvoumne (Crozier 2003, 129). Različnost poklicnih filozofij medicine, zdravstvene nege in babištva večkrat navaja kot vzrok oteženega oz. skoraj nemogočega sodelovanja med strokami (Belle Brown in drugi 2006 v Bourgeault in Darling 2008, 100), pa bi te razlike lahko bile dopolnjujoče. Za sodobno obliko organizacije dela je značilna nujnost timskega dela.

Vendar pa timsko delo povzroči delni razpad profesionalne identitete in spremembo odnosov med profesionalci (Pahor 2006, 35). Medpoklicno sodelovanje zato pomeni za strokovnjake velik izziv, saj vpliva na delno izgubo njihove avtonomije. Kot piše Abbott (1988, 28), se z medpoklicnim sodelovanjem vse vpletene stroke odpovejo izključnemu monopolu nad področjem in zavestno pristanejo na »regulirano jurisdikcijo«. Zato je ta koncept velik zalogaj predvsem za profesije, ki slonijo na tradicionalnih elementih profesionalizma (npr. medicina). Sodelovanje je namreč odnos enakovrednih partnerjev. Vprašanje je torej, ali je medpoklicno sodelovanje med medicino in ostalimi zdravstvenimi strokami v trenutni delitvi moči na področju zdravstvene delitve dela sploh možno.

2.3.1.3 *Reflektivna praksa*

Refleksija je zelo splošen pojem s številnimi definicijami. Boyd in Fales (1983, 103) jo opredeljujeta kot individualni notranji proces, ki posamezniku pomaga oblikovati odločitve na podlagi izkušenj in vrednot, Boud s sodelavci (1985, 7) pa jo razume kot kognitivno-emocionalen pojem, ki posameznika prisili, da na situacijo pogleda z druge perspektive/iz distance ter mu s tem omogoči boljše razumevanje izkušnje.

Refleksija omogoči povezavo med opazovanjem, preteklimi izkušnjami in mišljenjem ter je ključna za strokovne odločitve (Kolb 1984 v Plack in Greenberg 2005, 1546). Obenem refleksija pomeni tudi samokritično oceno lastnih dejanj in na ta način spodbuja vseživljenjsko izobraževanje, saj posameznik spozna svoje šibke točke v znanju (Westberg in Hilliard 2001 v Plack in Greenberg 2005, 1546). Refleksija je še posebej pomembna tam, kjer mora strokovnjak za dokončno razsodbo analizirati poznane dokaze, značilnosti dejanske situacije ter svoje in klientove vrednote in prepričanja (Plack in Greenberg 2005, 1546). Refleksija mu omogoči tehten premislek ter odločitve po analizi vseh možnih opcij.

Schoen (1987, 22–40) loči refleksijo med dejanjem (»reflection in action«), ko je potrebno reševanje urgentnih situacij na mestu, ter refleksijo o dejanju (»reflection on action«), kar je na nek način podoživljanje izkušnje ter kritično ovrednotenje lastnih dejanj. Westberg in Hillard (2001 v Plack in Greenberg 2005, 1547) dodajata še refleksijo za dejanje (»reflection for action«), ki pomeni predvidevanje posledic.

Mezirow (1990, XVI) loči tri komponente refleksije: refleksija vsebine je analiza problema, refleksija procesa je analiza možnih strategij reševanja problema, refleksija »premise« oz. vodila pa je je najzahtevnejša faza, saj od posameznika zahteva analizo vrednot in prepričanj, obenem pa zadeva tudi analizo same etiologije problema.

Refleksija torej na nek način spodbuja kritično mišljenje (Brookfield 1987 v Plack in Greenberg 2005, 1547), ki je ključno za profesionalni razvoj posameznika. Omogoči, da profesionalna identiteta niso le tehnična znanja in spretnosti, pač pa zaobsega

tudi bolj abstraktne pojme, kot so kritično mišljenje, profesionalne vrednote, prepričanja in ravnanja. Refleksija je ključna značilnost profesionalne prakse (Epstein in Hundert 2002, 226). Lahko bi jo imenovali personalizirana (ponotranjena) etika.

Že omenjeno v poglavju o profesionalni etiki je profesionalizem kot ideologija pripadnikom privzgojen oz. priučen med strokovnim izobraževanjem. Če gledamo zelo idealistično, bi lahko rekli, da se navadno za zdravstvene poklice odločajo ljudje iz človekoljubnih nagibov (zanos, ki izvira iz želje biti podoben Semmelweissu, Florence Nightingale in drugim pomembnim osebam, ki so stroke oblikovale) (Smith 1958, 413 v Kaplan Daniels 1971, 43), ki pa so dokončno izoblikovani tekom študija. Tako »primerno« vedenje postane »naravno« – del osebnostne karakteristike posameznika. Nadzor s strani profesionalnega združenja ni več potreben, saj je strokovnjak sposoben refleksije lastnih dejanj v kontekstu etičnih principov stroke (Kaplan Daniels 1971, 43). S prehodom identitete delavca na nivo strokovnjaka, se torej spremeni tudi »primerna« oz. pričakovana delovna/strokovna identiteta (Fournier 1999, 290). Odgovornost do korektnega opravljanja poklica izhaja tako iz močnega čuta pripadnosti, spodbujana pa je s sistemom internega nagrajevanja, notranje kontrole ipd. (Yadin 1988, 84).

Profesionalizem je več kot zgolj dober sloves, h kateremu zaradi prestiža stremijo pripadniki različnih poklicev, pač pa je osebni občutek poklicanosti za opravljanje poklica. Pripadniki občutijo zadovoljstvo in ponos, da opravljajo svoje delo ter občutijo močno pripadnost stroki, ki jo opravljajo za vsesplošno družbeno dobro (Rainey 2005, 682). Ni nujno, da je nagrada za uspešno opravljeno dejavnost finančna. Čeprav je opravljanje profesionalne dejavnosti sicer bolj finančno vrednoteno kot opravljanje poklica, je več vredna čast in prepoznavnost (Swick 2001, 157; Freidson 1988). Profesionalnost v pozitivnem smislu besede je torej ideologija. Medtem ko je njeno ideološko nasprotje poudarjanje elementov, kot so socialna zaprtost, avtonomija in moč, je najbolj pozitivna lastnost profesionalca reflektivna praksa.

Za konkretnejšo ponazoritev odnosov v sistemu zdravstvene delitve dela avtorica v naslednjem poglavju predstavi profesionalno uveljavljanje medicine, zdravstvene

nege in stroke babištva. Zgodovinsko ozadje profesionalnih projektov je namreč pomembno za razumevanje in interpretacijo trenutnih odnosov (Evetts 2003, 410).

2.4 INTERAKCIJA ZDRAVSTVENIH STROK NA PODROČJU SKRBI ZA ŽENSKE V REPRODUKTIVNEM OBDOBJU

Z razvojem je družba postajala vse bolj kompleksna, zapletena in diferencirana. Izkristalizirale so se strukture, ki naj bi skrbele za integriteto družbe in olajšale njeno organiziranost ter delovanje – institucije. Navadno bdijo nad tistimi dobrinami, ki družbi pomenijo vrednoto (Freidson 2001, 221). Zdravje in družina sta v slovenski družbi po javnomnenjskih raziskavah sodeč (Toš 2004; Toš 2009) tovrstni glavni dobrini. Zato so institucije, ki zastopajo oz. predstavljajo skrb za družino in zdravje, za ljudi prav tako pomembne. Institucije so proizvod družbe, zato jih člani družbe ne doživljajo kot avtoritativne, vendar pa sčasoma v procesu racionalizacije in kopičenja novega znanja, nedostopnega članom družbe, prerastejo posameznike, ki družbo sestavljajo. Postanejo neodvisne strukture. Vsi strokovnjaki na področju zdravstvenega varstva služijo javnosti, kar pomeni, da morajo biti občutljivi do ljudi («art of caring») in obenem tehnično obvladati svoj posel («science of caring») (Benoit 1994, 304).

V sistemu zdravstvenega varstva, izjemno raznovrstnem področju številnih interakcij, deluje veliko dejavnikov različnih izobrazbenih stopenj, različnega družbenega statusa, z različnimi ambicijami, pričakovanji in vrednotami; zato področje zdravstva predstavlja torišče številnih odnosov (Vrbovšek 2006, 9) ne samo med uporabniki in različnimi strokovnjaki, pač pa tudi med strokovnjaki različnih strok. Vsak poklic oz. stroka ne obstajata sama v izolaciji, pač pa sta del družbene delitve dela ter stika s sorodnimi profesijami. Meje med posameznimi področji sodne pristojnosti so spremenljive (Freidson 2001, 163). Na področju zdravstva medicina že dolgo dominira (Freidson 2001, 57; Abbott 1988, 71); zdravniki sklepajo glavne odločitve na področju zdravstva, ostale poklicne skupine pa so označene kot paraprofesionalci (Leicht in Fennell 2001, 133) oz. subordinirane skupine zdravstvenih strokovnjakov (Abbott 1988, 71). Subordinacija drugih zdravstvenih strok ni nastala le zaradi lažje organizacijske oz. tehnične urejenosti, pač pa je njen izvor celovitejši; paramedicinska delitev dela je po mnenju Freidsona stratificiran sistem, ki centralnim strokovnjakom (zdravnikom) lajša delovanje (Freidson 1988, 52).

Ko se dotaknemo odnosov v zdravstvu, trčimo v koncepta spola («gender») in moči. Medicina je označena za patriarhalno (dominantno). Pa ne zato, ker bi bila večina pripadnikov moških, pač pa zato, ker so taki filozofija in vzorci dela ter prakse, na katerih stroka temelji (Symonds in Hunt 1996, 185). Zdravstvena nega je tipičen primer patriarhalne podreditve žensk (Pahor 2006, 33) in to ne le zato, ker ženske predstavljajo 90 % pripadnikov te stroke (Doyal in drugi 1981, 54). Enako bi lahko trdili tudi za babice, delujoče v sklopu institucij, ki jih vodi medicina; torej bolnišnic in porodnišnic.

Proces profesionalizacije na področju zdravstvene delitve dela je odraz prevzema kontrole moških nad dejavnostjo žensk; ženski poklici zavzamejo podrejeno vlogo (Hearn 1982, 196). Medicina, ki dominira (Abbott 1988, 67), razporeja ostale zdravstvene poklice okrog sebe na sebi ustrezen način. Večina je subordiniranih, dela po naročilu zdravnikov, ti jih tudi nadzorujejo; tako izvajajo nadzor in si ustvarjajo večji prestiž v očeh laikov (Freidson 1988, 48–49).

V primeru uveljavljanja zdravstvene nege in babištva govorimo o ženskih profesionalnih projektih. Skupini sta uspeli napredovati v nekaterih elementih, pomembnih za profesionalizem (podaljšanje šolanja ter samoregulacija stroke) (Abbott in Meerabeau 1998, 9), a četudi bi dosegli vse attribute starega profesionalizma, še vedno ne bi imeli statusa kot medicina (Witz 1992). V tako visoko profesionalizirani domeni so odnosi med poklici organizirani na ravni družbe (in potrjeni s strani države), ne na ravni posameznih zdravstvenih institucij (Freidson 1971, 26) in so odraz dogajanja na makro ravni. Hierarhija med profesijami na delovnem mestu torej odraža miselnost javnosti (Abbott 1988, 121).

2.4.1 Poklicno uveljavljanje medicine – porodništva in ginekologije

Medicina je nastala iz treh različnih skupin poklicev: zdravnikov, kirurgov in lekarnarjev (Symonds in Hunt 1996, 186). Spada med intelektualne poklice, ki so imeli lastno univerzitetno izobraževanje med prvimi (že v srednjem veku) ter so

postavili temelje pojmu profesionalizma. Freidson (2001, 21) jo imenuje »statusna stroka«, saj ji svoje pozicije oz. profesionalizma ni bilo potrebno dokazovati (Elliott 1972 v Saks 1995, 5). Zgodovinska analiza uveljavljanja zdravniške stroke (primer Velike Britanije) kaže, da so si zdravniki profesionalni ugled in moč izborili aktivno – korak za korakom, s pritiskom na nekatere družbene institucije. Vsak uspeh v pridobivanju samostojnosti je spremljalo tudi višanje dohodkov (Pahor 2006, 30).

Medicina je dosegla uspeh, še preden je bila dejansko učinkovita (Hilier 1992, 175; Symonds in Hunt 1996, 187). O medicini kot resnični profesiji lahko namreč govorimo šele od poznega 19. stoletja dalje (Freidson 1988, 12) – od odkritij, ki so pripomogla k znanstvenim dokazom. Vendar pa se je kot profesija uveljavila že prej. K njenemu uspehu je pripomogla zlasti podpora države, ki je zakonsko upravičila njeno izobraževanje in dejavnost. Po tem je moč in vpliv profesije samo še rasel (Symonds in Hunt 1996, 186).

Freidson in Illich, izhajajoča iz marksistične tradicije, sta se poglobljeno ukvarjala z uveljavljanjem medicinske profesije. Dokazujeta, da je številčnost mnogih nalezljivih bolezni v preteklosti upadla sama od sebe in ne zaradi medicine. Medicina se namreč ni ukvarjala s preprečevanjem razlogov za bolezni, pač pa s posledicami. S tem je zagotovila delo svojim članom (Freidson 1970 v Pavlin 2007, 78; Illich 1977 v Abbott in Meerabeau 1998, 5). Prav tako Lewis (1980 v Abbott in Wallace 1990, 95) trdi, da se je maternalna umrljivost znižala na račun boljšega socialno-ekonomskega statusa žensk (ki so ženskam omogočili boljšo prehrano in druge življenjske pogoje), ne pa zaradi ukrepov medicine. Medicinske intervencije niso pripomogle k varnejšim porodom, pač pa so bile le sredstvo za prevzem kontrole. Resnično raziskovanje, ki daje dokaze in je osnova današnji znanstveni medicini ter trdna podlaga profesionalizmu stroke, se je začelo šele v sklopu modernih univerz (Symonds in Hunt 1996, 195–197) v 19. stoletju.

Čeprav je bilo zdravilstvo do 18. stoletja skoraj izključno v ženskih rokah (Abbott in Wallace 1990, 111), se je to v nadaljnjih dveh stoletjih popolnoma spremenilo. Zdravniški poklic je v času 19. stoletja poglobil svoj teoretični študij, na tej podlagi organiziral praktično usposabljanje, okrepil poklicno organizacijo, določil lastne

standarde ocenjevanja svojega dela, poleg tega pa je pridobil tudi moč in kontrolo nad drugimi zdravstvenimi poklici, ustanovil z zakonom utemeljeno strokovno združenje, uzakonil pa je tudi svoje storitve (npr. obvezni zdravniški pregledi) (Pavlin 2007, 89; Freidson 1988, 10–20). Posledično je tudi zdravstveno varstvo, ki zajema skrb za ženske v reproduktivnem obdobju, danes urejeno na podlagi ideologije medicine in ne po babiškem modelu skrbi (Towler in Bramall 1986, 298).

V zamejevanju sorodnih poklicnih skupin je medicina uporabila različne strategije – omejevanje (zobozdravstvo in farmacija), izključevanje in marginalizacijo (ženske v medicini), subordinacijo (zdravstvena nega) ter segregacijo (babištvo) (Symonds in Hunt 1996, 187). Velik odpor, da bi se v medicino sprejemalo ženske, ki ga opisuje A. Witz (1992), je posledica strahu pred feminizacijo profesije, kar bi avtomatično pomenilo nižji prestiž, nižje finančno ovrednotenje dela ter nižji status stroke (Abbott in Wallace 1998, 48).

Zanimivo je, da so ženske, ko so končno uspele prodreti na področje medicine, največji odpor doživele ravno z željo po delovanju v porodništvu in ginekologiji, kar naj bi bilo s stališča naravnega najmanj problematično (Symonds in Hunt 1996, 188). Sprva so bile ženske po taktiki demarkacije omejene na zdravljenje delavskega sloja prebivalstva, še danes pa številčno prevladujejo na manj prestižnih področjih medicine (geriatrija in psihiatrija) (Benoit 1994, 310). V 90-ih letih je bilo v ZDA v medicini le 25 % pripadnikov stroke žensk in te so navadno zavzele nižje pozicije; predvsem so bile številčnejše v družinski medicini, medtem ko je bilo le 15 % žensk ginekologinj (Abbott in Wallace 1990, 111). Ti deleži se spreminjajo v prid bolj enakovredni strukturi (Pahor in Vrbovšek 2006, 211), a še danes obstajajo težnje, da bi omejili dostop do študija medicine ženskam (Fortuna 2006, 120).

Profesionalizacija ginekologije in porodništva je odraz kolektivnega delovanja strokovnjakov za vzpenjanje po socialni lestvici; pripadniki so formirali legitimno disciplino, premagali nasprotovanje obstoječih poklicnih skupin, pridobili podporo družbe ter demarkirali babištvo (Moscucci 1990 v Symonds in Hunt 1996, 191). Naklonjenost družbe in države so si pridobili predvsem z oznako nepristojnosti babic,

svoje znanje pa opredelili kot večvredno. Z uzakonitvijo svoje dejavnosti so opredelili tudi meje babištva (Martimianakis in drugi 2009, 832).

V odnosu do babic so imeli dve možnosti, kot piše A. Witz (1992):

- da babice kot podrejene vključijo v svojo strokovno področje, a jih vseeno ohranijo kot samostojen poklic oz.
- da prevzamejo področje dela, jih popolnoma izključijo in nadomestijo s porodniškimi medicinskimi sestrami.

Zaradi potreb (število rojstev je bilo preveliko, da bi jih zmogli sami), ter interesa (nezavzetost prevzeti vse porode – revnejši sloj prebivalstva, porodi ponoči in normalno potekajoči porodi, ki vključujejo dolga obdobja čakanja ter opazovanja ter le malo potreb za posredovanje in vodenje), je obveljala prva strategija (Symonds in Hunt 1996, 194, 198).

Ginekologi-porodničarji so izključili tudi drugo konkurenco – poleg babic so opravljanje dejavnosti zamejili še v odnosu do splošnih zdravnikov, ki so ponekod (Velika Britanija) imeli pristojnost obravnave žensk v času nosečnosti, poroda in puerperija. S premikom porodov v porodnišnice so dokončno zapečatili svojo kontrolo nad rojevanjem (Symonds in Hunt 1996, 194). Prehod v materinstvo je postal medikaliziran (Oakley, 1984 v Flemming 1998b, 47), saj zdravniki nosečnost, porod in puerperij obravnavajo kot potencialno patološke procese (Abbott in Wallace 1990, 109).

Light (1993 v Hartley 2002, 179) definira petdeseta in šestdeseta leta 20. stoletja kot leta zlate dobe za medicino – obdobje, ko so sistem zdravstvenega varstva obvladovali ponudniki storitev. Prav tako so dominirali tudi nad sorodnimi strokami (Light 2000 v Hartley 2002, 179). V sedemdesetih letih je sistem postal bolj usmerjen k uporabniku, kar je povzročilo upad medicinske prevlade in možnost tekmovanja drugih zdravstvenih strok. V tesni povezavi s tem obdobjem je termin »menedžerirana skrb«, ki v ogrodje zdravstvenega varstva naenkrat vključi še zunanje poklicne skupine (menedžerje). Opisuje sistem kontrole porabe z nadzorom opravljanja zdravstvene dejavnosti, kar je razvidno iz zdravstvenega sistema v osemdesetih letih prejšnjega stoletja, ko so vodenje zdravstvenih institucij in obenem

tudi dejavnosti tam zaposlenih zdravstvenih strokovnjakov postopoma prevzeli administratorji zdravstvene dejavnosti – proces birokratizacije (Hartley 2002, 180). To je omajalo neodvisnost zdravnikov in jim delno otežilo tudi vpliv na ostale, njim podrejene zdravstvene poklice (McKinlay in Arches 1985, 193).

Da je uspelo medicini ohranjati status dominantne stroke na področju zdravstva ter ohranjati svoje interese, ob tem pa še vedno širiti svoje področje, je morala biti fleksibilna (Saks 1992 v Kirkham 1998, 124). Kljub mnenju nekaterih, da medicinska dominanca danes upada, drugi nasprotujejo in menijo, da se medicina le preoblikuje in ponovno išče ravnotežje na podlagi obstoječih družbenih sprememb (Gabe in drugi 2004); nihče pa ne oporeka, da ima še vedno najmočnejši status med vsemi zdravstvenimi strokami (Freidson 1994 v Evetts 2003, 403).

Birokracija gleda zdravstvene storitve po kriterijih porabe, učinkovitosti in ekonomične smotrnosti (Hartley 2002, 180–181); deluje v korist zdravstvenih institucij, ne v profesionalno korist zdravnikov (Hafferty in Light 1995, 149). Pričela je spodbujati cenejše poklice, npr. medicinske sestre in babice (Anderson 1992; Leicht in drugi 1995, 166; Hartley 2002, 181). To se je ponekod pokazalo predvsem z zvišanjem vpisa v programe medicini sorodnih strok ter s pooblastili za širitev kompetenc omenjenih poklicev (Hartley 2002, 183). V posameznih primerih so zdravniki, da bi ohranili moč in vpliv, zasedli mesta v medžmentu (Freidson 2001, 84), vendar se je izkazalo, da so se sčasoma poistovetili z menedžerji in prevzeli njihovo miselnost (Montgomery 1992, 238). Menedžerji predstavljajo vmesno avtoriteto v odnosu med profesionalcem in uporabnikom in s tem delno rušijo avtonomijo strokovnjaka (Freidson 1984 v Leicht in Fennell 2001, 15). Vzporeden aktualen proces je profesionalna stratifikacija – medicina se deli na podkategorije, ki postajajo lastne discipline ter dosegajo različno stopnjo družbenega prestiža (Leicht in Fennell 2001, 134; Abbott 1988, 122). Posledično stroka ni več tako kohezivna, kot je bila.

Poleg nove strategije profesionalnega uveljavljanja se spreminja tudi profesionalna identiteta strokovnjakov (Kuhlmann 2008, 54); predvsem se stvari spreminjajo v odnosu do uporabnikov s stališča moči (Irwine 2003 v Calnan in Rowe 2008, 68). K temu je med drugim največ pripomogla informiranost uporabnikov zdravstvenih

storitev (Zola in Miller 1971, 163). Vseeno pa medicina še vedno uporablja tudi stare taktike v odnosu do drugih zdravstvenih poklicev – predvsem strategijo izključevanja (Kuhlmann 2008, 54).

Arney (1982 v Wagner 1997, 379) trdi, da tako kot je bila strateško načrtovana izločitev babic iz sistema zdravstva z lovom na čarovnice v srednjem veku v navezi med cerkvijo in medicino, se danes medicina spogleduje s politiko ter kroji sebi naklonjene politične razmere za prevlado in vodenje obporodnega zdravstvenega varstva. Poudarjanje varnosti in odgovornosti ženske za zdravje otroka (torej prenatalno zdravstveno varstvo) je ena od strategij. Z dodatnim argumentom, da določenih postopkov ni mogoče izvesti drugje kot v porodnišnici, je medicina omejila dejavnost babic na okolje, ki mu dominira. Res je, da ima razvoj medicinske znanosti veliko pozitivnih posledic, vendar pa lahko služi tudi kot vzvod manipulacije z ženskami in zdravstvenim sistemom (Oakley 1984 v Flemming 1998b, 46). Bolnišnice (in porodnišnice) so – tako Goffman – oblika totalitarne ustanove, ki so v 19. stoletju nadomestile tradicionalno obliko pomoči in skrbi. Značilnost teh ustanov je gospodovanje nad uporabniki. Institucionalni način obravnave človeka razosebi, ga oropa lastne identitete ter si ga podredi; ga naredi za predmet oz. objekt obravnave (Goffman 2004).

2.4.2 Poklicno uveljavljanje zdravstvene nege

Zdravstvena nega se je kot poklic intenzivno pričela razvijati v drugi polovici 19. stoletja (Abbott in Wallace 1998, 39).

V osnovi (poslanstvu) je ženski poklic, saj temelji na izrazito ženski dejavnosti – negovanju. Negovanje, ki ga je navadno ženska opravljala v zasebnosti doma (negovanje otrok, starejših), je tudi v javni sferi predstavljano kot naravna dejavnost ženske, t. i. »tipično žensko delo« (Abbott in Meerabeau 1998, 8). Florence Nightingale je temelje stroke namenoma gradila na ženskih atributih, da bi poudarila različnost v odnosu do medicine (MacDonald 1995, 142). Čeprav je bila določena

mera prilagoditve medicini nujna zaradi enotnosti pri obravnavi pacientov, pa je ta na določeni točki razvoja prerasla v pretirano servilnost medicinskih sester zdravnikom, trdijo nekateri (Etzioni 1969 v MacDonald 1995, 144); klima zasebnega se je prenesla tudi v javno sfero – družinski patriarhat se je odrazil na delovnem mestu (Abbot in Wallace 1998, 42). Kljub občutnim spremembam in razvoju stroke od viktorijanskih časov dalje še vedno ne moremo mimo razprave o konceptu spola, ko primerjamo medicinske sestre in babice ter zdravnike danes (Davies 1996b, 61).

Zdravstvena nega je klasičen primer subordinacije žensk s strani moških – medicine (Abbott 1988, 71; Abbott in Wallace 1998, 40). F. Nightingale, ki je postavila temelje zdravstveni negi, je ogromno pripomogla k uveljavljanju žensk v javni sferi dela (Pahor 2006, 23), vendar pa jo literatura pogosto navaja kot tisto, ki je v nadaljnjem razvoju profesionalizacije zdravstvene nege pripomogla k podreditvi medicinskih sester zdravnikom (MacDonald 1995, 138–140; Witz 1992, 130–135; Freidson 1988, 61). Da bi dosegla samostojnost navznoter (lastna poklicna hierarhija), je razvila strategijo podrejenosti zdravstvene nege (zdravnikom) navzven (Pahor 2006, 23). Drugo strujo, ki se je zavzemala za poklicni profesionalizem ter neodvisnost od medicine, je vodila E. Bedford Fenwick, vendar se njene ideje niso uveljavile.

F. Nightingal je, na primer, nasprotovala registraciji medicinskih sester, saj je zdravstveno nego videla kot praktično disciplino negovanja znotraj bolnišnic, ne pa kot nacionalno organizirano disciplino, temelječo na lastni bazi znanja. Menila je, da morajo nadzor nad stroko izvajati institucije, v katerih stroka deluje in je nasprotovala temu, da bi vodstvo poklica prepustili članom (MacDonald 1995, 139–140). Poleg tega ni želela formalnega izobraževanja medicinskih sester, pač pa je vztrajala pri bolnišničnem usposabljanju (Pahor 2006, 23). Trdila je, da se zdravniki dokazujejo z znanjem, medicinske sestre pa z vrlinami; osebne kvalitete in praktične veščine so bile po njenem mnenju pomembnejše od tehničnega znanja (Abbott in Wallace 1998, 43).

Poklicna dejavnost zdravstvene nege je starejša kot zdravilstvo – v času Hipokrata so jo opravljali zdravniški vajenci, pozneje sestre usmiljenke (Freidson 1988, 59). Dejavnost zdravstvene nege v osnovi predstavljajo v slovenščino težko prevedljivi

pojmi (npr. »care«, ang. skrb, iz »caritas«, lat. dejavna ljubezen in skrb), ki opisujejo predvsem odnos, ne dejavnosti (Davies 1996b, 141) in so zato težko oprijemljivi v smislu organizacijske analize. Zdravstvena nega se na nek način bori za ugled v času, ki je razvrednotil skrb (Pahor 2006, 37). Vendar se danes v kontekstu novega profesionalizma vse več govori tudi o »čustvenem delu« (Kanjuo Mrčela 2002, 45–47). Po drugi strani je delo zdravnikov zdravljenje (npr. »cure«, ang. zdraviti, iz »curare«, lat.) (Abbott in Wallace 1998, 42; Walby in Greenwell 1994, 11), ki pomeni aktivnejšo dejavnost, dinamiko, moški princip.

Današnje težnje profesionalizacije zdravstvene nege so protislovne (Pahor 2006, 35); bori se proti dominantni profesiji (medicini), obenem pa želi doseči prav to, kar so dosegli zdravniki. Če analiziramo profesionalni projekt medicinskih sester v Veliki Britaniji, ta vključuje strategijo dvojnega zapiranja, a je bil le delno uspešen; predvsem so pomembno vlogo za neuspeh igrali dejavnik spola in moči ter neenotnost stroke same (MacDonald 1995, 140). Dvojno zapiranje je imelo uzurpacijske cilje ter cilje izključevanja, ki jih je zdravstvena nega poskusila doseči z legalistično in kredencialistično taktiko (MacDonald 1995, 141). Čeprav so medicinske sestre ponekod dosegle določene elemente profesije (samoregulacijo, lastno izobraževanje v sklopu univerz, lastno strokovno združenje), še vedno ostajajo pod nadzorom medicine in jim privilegiji profesij (npr. boljše finančno ovrednotenje) niso avtomatično priznani (Pahor 2006, 34).

Izobraževanje za zdravstveno nego danes navadno poteka v sklopu univerz; izobraževanje je akademsko in ima močnejše teoretične podlage, pa tudi pridobivanje praktičnih izkušenj ni prepuščeno naključju, temveč študente izobražujejo klinični mentorji lastne stroke (MacDonald 1995, 143). Prav tako se nadgrajuje raziskovalna baza znanja (Schwirian 1998, 12), razvijajo se teoretični modeli, ki poskušajo opredeliti/zamejiti področje dela stroke (Walby in Greenwell 1994, 77). Znanje zdravstvene nege se ustvarja, vendar pa ga javnost še vedno dojema kot manjšo količino medicinskega znanja, ki ni specifično. Za popolni profesionalizem morajo lastno bazo znanja določene poklicne skupine priznavati tudi družba in sorodne stroke (Hughes 1980 v Schwirian 1998, 13).

Tudi mnoge medicinske sestre danes sebe ne dojemajo več kot asistentke zdravniku, a so vseeno ostale ujete v status subordinacije (Abbott in Wallace 1998, 43), predvsem zaradi večinskega delovanja v bolnišnicah; institucijah, kjer je zakoreninjena dominacija medicine (Freidson 1988, 57). Od zdravnikov prevzemajo vse več nalog (odvzem krvi, aplikacija zdravil ter izvajanje modernih medicinskih intervencij), a jih izvajajo še vedno po njihovem naročilu (Freidson 1988, 64) in zaradi njihove odločitve, saj se zdravniki želijo razbremeniti rutinskih del.

Prepreke v profesionalizaciji zdravstvene nege, ki še vedno preprečujejo opredeljenost poklica kot profesije, so: slabo definirano področje lastnega profesionalnega znanja in onemogočena avtonomija v praksi ter s tem pomanjkanje monopola nad storitvami ter slaba pripadnost poklicni skupini (Schwirian 1998, 12–17). Tako je moč sicer številčne poklicne skupine razpršena, kar omogoča subordinacijo s strani zdravnikov (Schwirian 1998, 12).

Največje spremembe v zdravstveni negi se odvijajo na področju odnosa medicinskih sester z uporabniki (v slogu novega profesionalizma). Medicinske sestre ne skrbijo več »za« paciente, pač pa »z njimi« (Scott 2008, 242). Ta pristop jim omogoča naklonjenost uporabnikov, slednji pa utegnejo prevesiti tehtnico profesionalizma v prid zdravstveni negi. Medicinske sestre so v zadnjih desetletjih bistveno pridobile na družbenem prestižu; zraslo je mnenje o njih v javnosti (MacDonald 1995, 142; Pahor 2006, 33). Tudi zdravstvena nega se danes razčlenjuje na subspecialnosti kot odraz razčlenjenja medicine; določena področja v javnosti pridobivajo močan ugled (npr. intenzivna zdravstvena nega). Vendar pa se je potrebno zavedati, da se javno mnenje spreminja počasi. Javnost je še vedno mnenja, da zdravnik ve več kot medicinska sestra. K temu pripomorejo tudi medpoklicni odnosi (Abbott 1988, 72–73). Tudi univerzitetna diploma medicinskim sestram namreč ni omogočila, da bi jih zdravniki videli kot enakovredne in javno mnenje je odraz kliničnih razmer; uporabniki se sicer zavedajo, kaj vse medicinske sestre zanje naredijo, a kot eksperte z znanjem še vedno priznavajo le zdravnike (Abbott in Wallace 1998, 45).

Zdravstvena nega si je s pomočjo številnih pripadnikov z agresivno politiko v zadnjih desetletjih izborila lastno izobraževanje in registracijo. Vseeno pa na področju

zdravstvene delitve dela ne more doseči avtonomije; dejavnost medicinskih sester je še vedno podrejena zdravnikom (Freidson 1988, 69). V Sloveniji je v petih letih od prvega poglobljenega raziskovanja položaja stroke zdravstvena nega pridobila le malo samostojnosti (leta 1995 je bila stroka samostojna v 35 % zavodov, leta 2000 pa v 45 %) (Kersnič 1997, Kersnič 2002). Zdravstvena nega po kriterijih tradicionalnega profesionalizma še vedno ni predstavljena kot stroka; za profesionalizacijo se zavzema le ozka voditeljska elita, ki zdravstvene nege ne izvaja, pač pa jo raziskuje, proučuje in vodi (Pahor 2006, 35).

Moč stroke slabi tudi notranja neenotnost; še vedno je moč opaziti dve smeri – vodstveno elito, ki stremi k profesionalizmu, se zavzema za podiplomsko izobraževanje, avtonomijo in podpira lastne teorije, ter drugo stran (večinsko), ki dela v praksi in teorij ne izvaja, saj meni, da je važnejše dobro opravljeno delo (Abbott in Wallace 1998, 45; Domajnko in Pahor 2010, 72). Obenem je moč opaziti razklanost med pripadniki stroke tudi glede na stopnjo izobrazbe; nesoglasja med srednjimi in diplomiranimi medicinskimi sestrami. Očitno pritiski k podrejanju ustvarjajo nadaljnjo potrebo po podrejanju drugih (Ule 2003, 215; Pahor 2006, 34). Nehomogenost stroke slabi moč skupine kot celote in torej zavira proces profesionalizacije.

2.4.3 Poklicno uveljavljanje babištva

Zgodovino babištva opisujejo številni avtorji – babice so bile v antiki visoko cenjene, omenjali so jih v Bibliji, v srednjem veku so jih sežigali kot čarovnice, ne glede na vse pa so do 18. stoletja bile dokaj avtonomne (Donnison 1988 v Flemming 1998b, 46; Gelis 1991; Heinasohn in Steige 1993; Rosenberg in Trevathan 2003; Arney 1982 v Flemming 1998b, 47; Kent 2000; Rožman 2004, 244; Harley 1993, 33).

Ženske so monopol nad rojevanjem obdržale mnogo dlje kot nad drugimi področji zdravilstva (Versluysen 1988 v Abbot in Wallace 1998, 45). Kljub temu da je bilo babištvo od nekdanj razslojeno (visoki sloji so se posluževali babic z višjim statusom), je bilo izključno ženski poklic do 18. stoletja (MacDonald 1995, 144; Phillips 2007,

29). Po tem je prišlo do preobrata, ki je odraz kompleksnih in zapletenih zgodovinskih dogodkov in je pomenil vzpon medicinske znanosti ter oblikovanje zdravstvenih sistemov (Neglia 2003, 4; Wynn 2000, 668). Poseganja v babiško dejavnost s strani sester usmiljenk (predhodnic medicinskih sester) ter moških (zdravnikov) do tega časa ni bilo (Freidson 1988, 59).

Porodničarji se pričnejo ukvarjati z babištvom v 60-ih letih 17. stoletja, a sprva posežejo le na področje patološkega poroda. Vodenje poroda s strani moškega je najprej sprožilo nasprotovanje javnosti (nespodobnost), nasprotovanje babic (saj jim je odžiralo posel) in tudi nasprotovanje drugih zdravnikov (ki so prevzemanje ženskega dela šteli za degradacijo lastnega poklica); še vedno ni jasno, zakaj so v končnem zdravniki sprejeli uzurpacijo tega področja dela (Abbott in Wallace 1998, 46; Arney 1982 v Symonds in Hunt 1996, 200). Dejavnost babic je bila namreč, tako kot dejavnost medicinskih sester, prvotno negovanje. Čeprav se ideološka naravnost obeh strok loči, je v osnovi delo medicinske sestre in babice skrb. Babice se sicer v odnosu do medicinskih sester definirajo kot drugačne, pravzaprav sposobnejše, saj tradicionalno niso veljale za zdravnikove pomočnice kot medicinske sestre (Symon 1996, 546; Benoit 1994, 319), vseeno pa dejavnosti obeh strok temeljita na ženskih principih in je njuno področje dela opredelila zasebna sfera dela (Kanjuo Mrčela 2002, 33). Kot taki sta bili že od nekdanj principiello nižje vrednoteni (tako v finančnem smislu kot tudi v smislu družbenega vpliva).

V 18. stoletju se je torej pričela bitka za prevlado v skrbi za noseče ženske in porodnice med babicami in porodničarji. V središču tega spora ni bila le prevlada za nadzor pri porodu, pač pa globlji epistemioološki pomen – bitka glede avtentičnosti ezoteričnega znanja in izkušenj o nosečnosti in porodu (Phillips 2005, 45). Pri tem pa je bilo babiško znanje avtomatično zaznamovano in nižje ovrednoteno zaradi spola in nižjega statusa babic (Phillips 2007, 29). Babice so se dolgo upirale prevladi medicine. Kljub temu da se je tendenca o izključitvi žensk iz obporodnega obdobja vlekla že od srednjega veka dalje, je babištvo dokončno izgubilo na pomenu s pričetkom medicinskih znanstvenih raziskav v 19. stoletju (Fleming 1998a, 44). Z naraščanjem pomena znanstvenega znanja in izgubo pomena izkustvenega védenja se je babištvo pričelo povezovati s čarovništvom in vraževerjem (Lupton 2006, 158).

Babištvo so kritizirali zaradi slabih obporodnih rezultatov (visok delež maternalne in perinatalne mortalitete), za katere je imela medicina kot racionalna znanost rešitev (porodniške operacije, ki so reševale obporodne komplikacije). Literatura navaja uvedbo forcepsa, kot tisto prelomnico, ki je t. i. moškim babicam, pozneje porodničarjem, ponudilo možnost prisotnosti pri porodu (Lupton 2006, 159). Izhodna porodniška operacija, kot je bila forceps, naj bi reševala komplicirane porode. Dejstvo pa je, da so bile posledice forcepsa v obliki infekcij mater in poškodb glave otrok navadno zamolčane. Prav tako je bil zaradi popularnosti uporabljan prevečkrat, tudi kadar zanj ni bilo indikacije (Phillips 2007, 27). Vsemu navkljub pa je bil inštrument tisti, ki je ločil porodničarja od babice. Babice so imele prepoved uporabe operativnih inštrumenov (Eccles 1982 v Phillips 2007, 31). Vseeno pa klešče oz. drugi pripomočki, kot že omenjeno, niso bistvo uveljavljanja oz. širjenja meja medicine na področje babištva. Spremembe je potrebno pojmovati na simbolni ravni – pomenijo predvsem spremembo porazdelitve moči (Jordan 1987, 39). Danes vzporednice lahko vlečemo s tehnologijo, uporabljeno med porodom, ki jo znajo pojasnjevati le strokovnjaki. S tem ženska postane teritorij obravnave določene profesije, ona sama pa je označena za nekompetentno, kljub temu da je središče dogajanja v njenem telesu. Nosečnost in porod v domeni medicine popolnoma spremenita konotacijo; pozornost se preusmeri v strokovnjaka (Oakley 1993 v Kirkham 1998, 133). Uporaba operativnih inštrumentov je bila le vrh ledene gore; pravzaprav je šlo za dobro zrežiran proces samoimenovanja porodničarjev, ki so bili višje izobraženi, zato dražji ter bolj cenjeni v višjih slojih. Sprva so porodničarji vodili le komplicirane porode, pozneje pa so svojo dejavnost zaradi finančnih bonitet razširili tudi na vodenje normalnih porodov aristokracije.

Premožnejši so namreč želeli pri porodih zdravnika, saj je bila večina zdravnikov višjega sloja kot babice (Abbott in Wallace 1998, 46). Porod z »moško babico« je postal moderen (Phillips 2007, 34). Zdravniki so spodbujali ranljivost ženske v nosečnosti in med porodom. Namesto, da bi se trudili spodbuditi njeno notranjo moč, kot so to počele babice, se je spodobilo, da se je ženska med porodom kazala kot občutljiva, nagnjena k duševnemu zlomu in potrebna fizične varnosti, predvidoma s strani moških – zdravnikov (Lupton 2006, 158–161). Porod je bil prikazan kot nevarno obdobje, ki »spodobne« ženske (sinonim za tiste iz višjih slojev) utruji in

izmuči; med porodom so bile zato pasivne in so se popolnoma prepustile strokovnjakom. Moč bolečine je nakazovala njihov ugled (Phillips 2007, 34); bolj ko je žensko med porodom bolelo, bolj »seksualno neoporečna« je bila.

Ob tem ko so zdravniki začrtali znotraj skrbi za nosečnice in porodnice svoje področje dela, so definirali tudi dejavnost babic (Kirkham 1998, 126) in jih omejili – A. Witz (1992) govori o strategiji demarkacije in razvrednotenja (»deskilling«). Porodničarji so posledično prevzeli tudi izobraževanje babic ter njihovo potrjevanje (registracijo). Babiška znanja so tonila v pozabo; babiško izobraževanje, ki so ga izvajali porodničarji, je namreč drugače opredeljevalo babiške veščine (Abbott in Wallace 1990, 115); predvsem je bilo pomembno, da je babica vedela, kdaj mora poklicati k porodu porodničarja ter se zavedati lastnih omejitev (Symonds in Hunt 1996, 199). Babicam je bil preprečen tudi dostop do novih znanj (anatomija, kirurgija itd.), ki so bila rezervirana zgolj za moške (Phillips 2007, 30). S tem se je pričelo oblikovati ekspertno porodniško znanje, do katerega pa so imeli dostop samo zdravniki; to jim je dalo moč ter monopol nad področjem. Zaradi pomanjkljivega poznavanja novih dognanj babice niso bile pristojne za obravnavo komplikacij med porodom. Chamberlen piše: »Največ, kar je pričakovati od babice je to, da spozna situacije, v katerih mora poiskati strokovno pomoč in nasvet« (Chamberlen 1683 v Phillips 2007, 33). Babice, ki so skrivaj brale in moderna znanja skušale uporabiti v praksi, so označili za neodgovorne. Spodbujali pa so tiste, ki so ob prvih znakih nepravilnega poteka poroda poklicale pomoč. Nevedne babice so torej spodbujali in šteli za usposobljene (Phillips 2007, 33). E. Cellier je v svojem satiričnem pamfletu napisala: »Babice so imele svojo šolo že stoletja, če ne tisočletja pred zdravniki /.../ kako nas torej lahko uči nekdo, ki zna manj /.../ Hipokrat je zaprisegel, da ne bo odrinil (iz prakse) tistih, ki so veščiji svojega dela. Porodničarji ne razumete ničesar o babištvu kot edinstveni in zahtevni umetnosti, pa se vseeno vmešavate v babištvo in babiško izobraževanje« (Cellier 1688, 3).

Tudi nad vstopom v babiški poklic so bedeli zdravniki. Zаметki registracije in licenciranja babic segajo v 16. in 17. stoletje. Registracijo babic so torej izvajali zdravniki, ki so preverjali njihovo znanje, delno pa tudi duhovniki, ki so se želeli prepričati o verskem prepričanju kandidatk ter o njihovi moralni neoporečnosti

(predvsem zato, ker so imele babice pooblastilo za krščevanje otrok v primeru zapletov pri porodu). Državna registracija in pravnoformalna ureditev statusa babic sta se v večini evropskih držav uredili šele v 19. stoletju (MacDonald 1995, 144; Symonds in Hunt 1996, 200).

Potem ko so si utrdili položaj v družbi in na svojo stran pridobili bogat sloj družbe, so zdravniki poskrbeli za zakonsko podlago, s katero so si uzakonili monopol nad pregledi in trižiranjem nosečnic; s tem je opredelitev fizioloških nosečnosti padla v domeno medicine (Kirkham 1998, 130). Avtonomija babic je bila močno okrnjena; dejavnost so jim definirali ginekologi-porodničarji.

Zaradi priročnosti (zdravnikom) se je porodno dogajanje preselilo v bolnišnice. Na terenu, kjer je nosilec moči zdravnik, je porodništvo še pridobilo na moči. Od poznega 19. stoletja dalje je za obporodno obdobje značilna intenzivna medikalizacija (Abbott in Wallace 1998, 47; Kirkham 1998, 132). Dva glavna argumenta za premeščanje poroda iz domačega okolja v hospitalno sta varnost ter možnost lajšanja bolečine. Pobudniki tega premika so bili zdravniki, vendar pa so se ženske z njim strinjale (Symonds in Hunt 1996, 91). In čeprav so večkrat dokazovali, da porod v porodnišnici ni bolj varen kot planiran porod v domačem okolju (Tew 1995 v Symonds in Hunt 1996, 91), se ta argument še danes navaja. Prav tako tečejo razprave o smislu porodne bolečine (Leap in Vague 2006, 418). Veliko znanj in veščin, ki so jih babice pridobile s stoletji izkušenj s porodi doma, je bilo izbrisanih; nadomestila jih je tehnika in medicinski postopki; uveljavilo se je »aktivno vodenje poroda«, ki se izraža v kaskadi intervencij (Symonds in Hunt 1996, 94), le-te pa lahko porod resnično zakomplicirajo. Porod tako tudi v porodnišnici postane tvegana zadeva in potencialno patološki proces (Taylor in Nesdoly 1994, 18). Različni tehnični postopki v nosečnosti, med porodom in po porodu, npr. preiskave v nosečnosti, sprožitve poroda, izhodne porodniške operacije, epiziotomija ipd. so postali rutina. Porod se je začel šteti za dogodek, ki ga je potrebno voditi, usmerjati in nadzorovati. Značilno je, da je center dogajanja še nerojeni otrok, katerega advokati so zdravniki. Ženske se odmaknejo od situacije ter kontrolo nad dogajanjem in lastnim telesom prepustijo tistim, ki se kažejo kot strokovnjaki (Lupton 2006, 160). Ker je bolnišnica/porodnišnica teritorij medicine, babice postanejo neke vrste medicinske

sestre – temu primerno se spremeni tudi njihova uniforma, nazivanje, sistematizacija delovnega mesta in konec koncev obnašanje (Fleming 1998a, 48). Situacija odraža tradicionalne patriarhalne odnose v družini. Znotraj porodnišnice se omeji dejavnost babic – sprva so zadolžene za fiziološke porode, kmalu pa so jim odvzete določene pristojnosti in se njihovo delo omeji na delo porodniških asistentk (Percival 1970, 204). Prevlada miselnost, da je »porod lahko definiran kot fiziološki le retrogradno« (Percival 1970, 204; Schwarz 1990, 52). Čeprav tudi danes večina žensk rodi v spremstvu babic, porodničarji dajejo vtis, da vodijo porod. Posledica tega je, da babico ženske dojemajo kot asistentko, podrejeno zdravniku (Abbott in Wallace 1998, 47). Ni torej čudno, da je razlika med medicinskimi sestrami in babicami v očeh uporabnikov zabrisana; večina babico kliče medicinska sestra (Hunt in Symonds 1995 v Symon 1996, 544).

Samostojno babištvo je do danes v določenih državah popolnoma izginilo oz. se je omejilo na obporodno zdravstveno nego (primer ZDA). Le redke so države (primer Nizozemske ali Švedske), kjer so babice ohranile svojo vlogo skozi vso zgodovino (MacDonald 1995, 145; Davis-Floyd in Johnson 2006, 417; Van Teijlingen in Van der Hulst 1995, 148). V Veliki Britaniji vizija razvoja stroke med babicami ni bila enotna. Nekatere so želele lastno področje dela s samostojnostjo nad regulacijo stroke in registracijo, druge so bile bolj naklonjene ideji lastnega področja dela pod patronatom porodničarjev, saj so si obetale, da bodo s tem lažje dosegle uzakonjenje registracije, to pa jim bo prineslo avtonomijo (Witz 1992, 117). Končalo se je s subordinacijo babištva s strani medicine; zdravniki naj bi rutino (fiziološke porode) prepustili babicam, v primeru zapletov pa bi posredovali (MacDonald 1995, 147). Medicina je gradila na principu delitve dela po spolu (Witz 1992, 127); ženski profesionalni projekt babic je torej uspel le v tolikšni meri, kot je to dovolila medicina (MacDonald 1995, 147).

Ponovno uveljavljanje babic v smislu profesionalnega projekta poteka v različnih okoljih/družbah različno, odvisno od zgodovinskega ozadja poklica in stopnje izgube avtonomije v preteklosti. Babištvo, ki je v preteklosti razvilo do določene mere lastno poklicno identiteto, navadno prične s strategijo dvojnega zapiranja z namenom uzurpacije ter izključevanja, pri čemer se poslužuje legalistične in kredencialistične

taktike. Tudi babice same pogosto za uveljavljanje lastne stroke uporabljajo argumente spola («ženske za ženske») (MacDonald 1995, 146).

Danes je babištvo še vedno subordinirano s strani medicine (Wagner 1997, 371). Razlike v spolu med poklicema še vedno igrajo pomembno vlogo. Vseeno je današnji status babic po različnih državah drugačen (MacDonald 1995, 147–148). Status babic v Sloveniji je podoben statusu medicinskih sester. Zaradi obsega dela jih zdravniki za določene naloge pooblaščajo, vendar še vedno ohranjajo kognitivno pristojnost (intelektualna subordinacija); na tak način se dominantne skupine rešijo rutinskega dela, ki jim ni v izziv ter ne prinaša prestiža – t. i. degradacija dela (Abbott 1988, 69, 72, 126–128). Ustaljeno delitev dela v zdravstvu, kjer je medicina dominantna, organizacijsko podpirajo velike zdravstvene institucije (Abbott 1988, 107). Na podlagi tega lahko rečemo, da je torej nemogoče, da bi babice v teh institucijah kdaj dosegle enakovreden položaj s porodništvom.

Za razliko slovenskega babištva, ki je izrazito subordinirano medicini, je babištvo v nekaterih kanadskih provincah dokaj uspešno zaključilo svoj profesionalizacijski proces. Bistven dejavnik, za katerega lahko rečemo, da je vplival na izid, je bila predvsem podpora stroki s strani države, ki se je zavzemala za uveljavitev drugih medicini sorodnih zdravstvenih poklicev.

2.4.3.1 Primer dobre prakse poklicne uveljavitve babištva – Kanada

Medtem ko je bilo npr. na Nizozemskem babištvo vedno avtonomno (DeVries in drugi, 2009), so se babice drugod morale ponovno uveljavljati. Kot primer dobre prakse lahko vzamemo Novo Zelandijo (Hendry, 2009) ali Kanado. Kanadsko babištvo je v devetdesetih letih prejšnjega stoletja v petih provincah pridobilo status avtonomne stroke. Podobno pot je šel pred tem tudi proces profesionalizacije babic v Angliji (Benoit in drugi 2005). Iz tega sledi, da obstaja določen vzorec, ki je z vidika poklicne skupine uspešen. Čeprav zgodbe ni mogoče posnemati v celoti, saj je

kontekst kulturno specifičen, lahko iz nje izluščimo dejavnike, ki pomembno vplivajo na profesionalizacijo babištva.

V nadaljevanju sta opisana dva primera (Ontario in Alberta), kjer gre – po J. Evetts – za »profesionalizacijo od zunaj«; v primeru Ontarija je iniciativa prišla s strani države, medtem ko je bil pobudnik procesa profesionalizacije v Alberti menedžment; v skladu s tem je tudi razvoj dogodkov drugačen. Pomembno vlogo v procesu profesionalizacije sta torej igrali država in birokracija ter njuna politika decentralizacije moči na področju zdravstvene delitve dela. Zavedati se je treba, da sta v osamosvajanje babištva privolili zgolj zato, ker so želeli razbiti monopol zdravnikov nad zdravstveno dejavnostjo in razpršiti moč, saj je izključna pravica zdravnikov in medicinskih sester na tem področju pomenila manjšo možnosti izbire za uporabnike, manj tekmovalnosti in s tem (potencialno) upad kakovosti ter višje cene storitev (posledica monopola). Babiške storitve so bile cenejše od porodniških, obenem pa bi država s podporo babicam javnosti pokazala, da se zanima za ženska vprašanja ter podpira pravice žensk (Benoit in drugi 2005, 724, 732). Možnost za uspeh babic je bila tako večja, saj za lastno profesionalizacijo niso potrebovale privolitve medicinske stroke (McKendry in Langford 2001, 533; Bourgeault in Fynes 1996, 1052).

Zavedati se je potrebno tudi določenih pomanjkljivosti končnega rezultata – ontarijske babice za svojo dejavnost še vedno tekmujejo z zdravniki; babice v Alberti niso ustrezno financirane (McKendry in Langford 2001, 539). Uveljavljanje stroke je dolgoročen proces.

Kot je razvidno, pa obstajajo določeni vzorci odzivov sorodnih profesij, ki jih slovenske babice v primeru iniciative po osamosvajanju stroke lahko pričakujejo. Glavni argument medicinskih sester in zdravnikov v Kanadi je bil, da vpeljava novega profila v že tako ekonomsko preobremenjen sistem zdravstvenega varstva ni smiselna (Kornelsen in drugi 2003, 128). Uporabili so tipične pristope za zavarovanje statusa, kot jih po A. Witz (1992) lahko zavzame dominantna stroka. Zdravstvena nega je babiška znanja želela pripojiti lastni stroki – poudarjala je podobnosti v vrednotah in pristopu (promocija zdravja, v družino osrediščena skrb, holistični pristop) oz. opozarjala, da babištvo ni tako zelo drugačno kot zdravstvena nega, da

bi bilo sploh smiselno uvajati nov profil zdravstvenega strokovnjaka, zato je predlagala zgolj spremembe na področju obstoječe profesionalne domene v smislu kvalitete. Če na situacijo pogledamo z biološkega vidika, je babištvo štela za nekakšno podvrsto zdravstvene nege, torej bi ji morala biti stroka babištva glede na pravila uvrščanja v rodoslovno drevo podrejena. V skladu s tem predlogom, naj bi tudi izobraževanje babic izhajalo iz predhodne izobrazbe medicinskih sester (Spoel in James 2006, 168); specializacija po dodiplomskem splošnem izobraževanju iz zdravstvene nege. Filozofija zdravstvene nege je v primerjavi z babištvom nasprotna (predvsem v kakovosti, ne količini) (Spoel in James 2006, 179), zato omenjen predlog babice niso podprle. Medicina je v nasprotju z medicinskimi sestrami ubrala drugo možno strategijo, ki je značilen odziv tradicionalistične patriarhalne sredine na poskuse profesionalizacije ženskih poklicev (Bourgeault in Fynes 1996). Babištvo bi jim sicer odneslo delček področja dejavnosti, kar pa ne bi bistveno vplivalo na njihovo moč in sodno pristojnost. S strani babištva se niso počutili ogrožene, zato so se namesto tehnike vključevanja, poslužili strategije izključevanja; babicam bi dopustili opravljanje določenih dejavnosti, ki bi jih določili sami. S tem bi ohranili monopol nad področjem, obenem pa bi lahko nadzorovali in urejali meje podrejenega poklica (Spoel in James 2006, 172).

V nasprotju z zdravniki, ki jih babištvo ni ogrožalo, so medicinske sestre na možnost avtonomije babic gledale drugače. S samoregulacijo in samostojnostjo bi se babice povzpele nadnje v zdravstveni hierarhiji poklicev. Če bi uspele prikazati sebe, zdravstveno nego kot del babištva oz. obratno, babištvo kot del zdravstvene nege, bi s tem tudi zdravstvena nega lahko napredovala po hierarhični lestvici. Poleg dejstva, da je bila obstoječa vlada naklonjena problematiki zdravja žensk, bi z vključitvijo babištva tudi zdravstvena nega pridobila naklonjenost in politično moč, kar bi okrepilo njen status v odnosu do medicine (Spoel in James 2006, 178).

Pri obeh kanadskih provincah se je zaplet odrazil v problematiziranju poroda na domu (Kornelsen in drugi 2003). Vsi članki, ki opisujejo procese osamosvajanja babic v Kanadi, namreč namigujejo, da resnično avtonomnost babice lahko dosežejo le izven institucij, kjer prevladuje medicinski model. Kljub priporočilom Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (WHO 1986), Mednarodne zveze babic (ICM 2002)

ter dokazom študij (Janssen in drugi 2002; Janssen in drugi 2007; Olsen 1997; Wiegers in drugi 1996; Tyson 1991), so zdravniki in medicinske sestre ter medicinske sestre-babice porodom na domu načeloma v vseh primerih nasprotovali v imenu varnosti ženske in otroka (Kornelsen in Carty 2004, 118). Sklepamo lahko, da v porodnišnicah redko vidijo fiziološki porod in je njihova percepcija poroda zaznamovana s številnimi komplikacijami, do katerih lahko med porodom pride (Lyons in Carty 1999); porod vidijo kot možen patološki proces.

Iz izkušenj kanadskih provinc lahko ugotovimo bistvene elemente, ki so potrebni za uspeh v procesu profesionalizacije: pripadnost in povezanost članov stroke, povezovanje z uporabnicami, samopromoviranje, naklonjenost države itd. Obenem lahko iz študije primera razberemo, kako bi se na osamosvajanje slovenskega babištva odzvale sorodne stroke.

Ontario

Ontario je bila prva kanadska provinca, kjer se je babištvo uspešno uveljavilo. Poleg iniciative uporabnic za spremembe v obporodnem varstvu je bilo vsem trem provincam skupno, da je bilo v interesu države doreči status babic v sistemu zdravstvenega varstva. Politični trend tedanjega časa je bil čim več storitev prenesti na primarno raven zdravstvenega varstva ter ga približati uporabnikom – iz bolnišnic preseliti v skupnost (Taylor in Nesdaoly 1994, 18).

1982 je ontarijska vlada predlagala spremembo Zakona o zdravstvenih poklicih. Pobuda je prišla s strani javnosti, ki si je želela jasnejši in učinkovitejši zdravstveni sistem, pa tudi s strani nereguliranih zdravstvenih poklicev (tudi babic), ki so želeli biti formalno umeščeni v zdravstveno zakonodajo, ter s tretje strani – zdravstvenega menedžmenta, ki ga je obstoječa zakonodaja ovirala pri učinkovitem vodenju zdravstvenega sistema (Taylor in Nesdaoly 1994, 18). K željam po spremembah je doprinesel tudi niz okoliščin. Splošni zdravniki so opravljali vse manj porodniških dejavnosti (pred tem so bili obiski na domu nosečnic in otročnic z novorojenčki njihova naloga) zaradi prenizkega plačila in zahtevnega urnika. Drug, ključen dogodek se je zgodil leta 1985, ko je kmalu po porodu na domu, ki sta ga vodili babici, umrl novorojenček. V sklopu preiskave je mrliški oglednik dal izjavo, da je

status babištva potrebno urediti in pravno predpisati ter z registracijo omejiti izvajalce storitev, da se zaščiti uporabnike (Taylor in Neddoly 1994, 19).

Izoblikovala se je podporna koalicija babištvu, ki je podpirala samoregulacijo babištva, sestavljale so jo babice, uporabnice njihovih storitev, nekateri družinski zdravniki, posamezne medicinske sestre in kanadska združenja za enakopraven status žensk v družbi (Spoel in James 2006, 175). Vodja koalicije je bilo Ontarijsko združenje babic. Pomembno vlogo v koaliciji so igrale tudi uporabnice babiških storitev. Želele so porode na domu in nemedikaliziran porod, kar so jim omogočale babice (Taylor in Neddoly 1994, 21). Idejo, da bi babice samostojno obravnavale nosečnice in porodnice z nizkim tveganjem so podpirali tudi nekateri zdravniki (Eberts 1987), mediji, združenja za enakopravnost žensk (predvsem v smislu podpore pravice uporabnikov do izbire) ter posamezne medicinske sestre (Taylor in Neddoly 1994, 20, 21). Koalicija, ki je bila osnovana na filozofiji medicinskega modela, je nasprotovala osamosvojitvi babištva in porodom na domu zaradi (ne)varnosti za mater in otroka. Člani so bili v glavnem zdravniki – pripadniki Ontarijske medicinske fakultete, Ontarijske in Kanadske zdravniške zveze, člani Društva družinskih zdravnikov in Društva ginekologov ter porodničarjev, poleg njih pa medicinske sestre – članice Ontarijske fakultete za zdravstveno nego oz. pripadnice Ontarijske zveze medicinskih sester. Le-ti so želeli ohraniti »status quo« (Taylor in Neddoly 1994, 21, 22).

Velik udarec za babice je bil dekret Ontarijske medicinske fakultete, ki je leta 1983 svojim članom prepovedal spremljati babice k porodom na domu. Zanimivo je, da število porodov na domu ni upadlo, pač pa ostalo enako. Zasluga gre babicam, ki so v Kanado prišle iz tujine in so bile vajene voditi porod doma brez prisotnosti zdravnika. Naslednja poteza, ki bi lahko škodila babištvu, je bila resolucija Kanadske zdravniške zveze, ki je porod na domu označila za nazadnjaški ter odkrito izrazila neodobravanje glede osamosvajanja babištva. Leta 1990 so svoji izjavi dodali, da babice niso zadostno izobražene glede možnih medicinskih problemov med porodom, zato obstaja verjetnost, da komplikacije spregledajo, kar lahko pomeni nevarnost za žensko in otroka. Predlagana rešitev je bila, da babice kljub licenci delajo pod nadzorom zdravnika. Ljubše kot babice so jim bile medicinske sestre-

babice (specialistke porodniške zdravstvene nege, op. av.), ki so bile njim podrejene (Taylor in Nesdoly 1994, 22). Babiška zveza se je branila na podlagi rezultatov študij, ki so dokazovale, da so planirani porodi na domu varni ter da so obporodni izidi boljši v primeru babiške nege. Edini protiargument Kanadske zdravniške zveze na njihove zbrane dokaze je bil njihov dvom v kakovost raziskav (Taylor in Nesdoly 1994, 23). Društvo ginekologov in porodničarjev ni bilo proti babicam kot takim, so pa menili, da niso potrebne, saj je obstoječi sistem zadovoljujoč. Za vodenje t. i. »normalnega porodništva« bi izbrali družinske zdravnike. Poroda na domu niso podpirali. Enakega mnenja so bile tudi medicinske sestre – njihova tendenca je bila, da bi izobraževanje babic potekalo pod okriljem Fakultete za zdravstveno nego ter da bi medicinske sestre regulirale babiško dejavnost (Taylor in Nesdoly 1994, 23–24).

Mediator med obema koalicijama so bili politični posredniki, zadolženi za prenovo zdravstvene zakonodaje. Glavna cilja teh sta bila varovanje interesov javnosti in zagotavljanje varnosti za uporabnike zdravstvenih storitev. Po pregledu vseh dokazov so odločili v prid babištvu. Skupaj z naznanilom Ministra za zdravje o formalni vključitvi babic v sistem zdravstvenega varstva je bil imenovan tudi začasen Svet za regulacijo babištva, ki naj bi ustanovil babiško fakulteto ter skrbel za strokovne standarde in zahteve v zvezi z babiško dejavnostjo. Zveza babic je kmalu zatem v okviru sveta ustanovila odbor z namenom vplivanja na dogajanje. Istega leta (1991) je bil sprejet tudi Zakon o babištvu (Taylor in Nesdoly 1994, 24). Leta 1993 se je v štiriletni dodiplomski študijski program babištva vpisala prva generacija študentov. Poleg rednega študija so v izredni študij sprejeli tudi vse zainteresirane kandidate, ki so že samostojno delovali na področju babištva (Taylor in Nesdoly 1994, 24). Babiška dejavnost je danes financirana preko nacionalnega sistema zdravstvenega varstva (McKendry in Langford 2001, 540).

Alberta

Babice v Alberti so formalizirale svoj status leta 1992, eno leto za ontarijskimi. Z Babiškim zakonom, ki je bil sprejet 1994, so dobile pravico opravljanja svoje dejavnost v katerem koli okolju (v bolnišnici, v porodnem centru ali doma) brez zdravniškega nadzora, leta 1999 pa je bilo s spremembami Zakona o zdravstveni dejavnosti v zdravstveno zakonodajo vključeno tudi babištvo kot samostojna in

enakopravna zdravstvena stroka. Pravico nad regulacijo stroke je dobila izobraževalna babiška institucija (McKendry in Langford 2001, 539). Za pobudnice procesa profesionalizacije lahko štejemo deset babic, ki so leta 1982 ustanovile svoje združenje ter dale pobudo za ureditev statusa babištva (McKendry in Langford 2001, 531).

1981 je bil na pobudo uporabnikov zdravstvenega varstva v obravnavo dan predlog Zakona o zdravstvenih disciplinah, ki naj bi formaliziral status tistih zdravstvenih poklicev, ki še niso imeli zakonske osnove (tudi babištvo). Ob naraščajočem številu porodov na domu v 70-ih letih je namreč medicinska fakulteta svojim članom prepovedala udeležbo pri le-teh (McKendry in Langford 2001, 535). Domnevno so s tem želeli prisiliti ženske k izboru po njihovem mnenju varnejše rešitve – porodu v porodnišnici. Vendar pa so si uporabnice še vedno želele porode na domu. Pobudo za formalno ureditev statusa nereguliranih zdravstvenih poklicev je podprla tudi Zveza babic, Medicinska fakulteta in Fakulteta za zdravstveno nego pa sta nasprotovali. Kljub temu da prošnji Zveze babic niso ugodili, je bilo v zavrnitvi jasno nakazano, da bi bil odbor za prenavo Zakona o zdravstvenih disciplinah naklonjen skupni prošnji vseh predstavnic babištva (torej skupni prošnji z medicinskimi sestrami-babicami, ki so delovale izključno v porodnišnicah) (McKendry in Langford 2001, 536). Po ostrih pogajanjih so se vse aktivne predstavnice babiške dejavnosti združile v Albertsko zvezo babic (pogoj za članstvo je bila prisotnost pri vsaj 50-ih porodih) (McKendry in Langford 2001, 537). Kljub skupnemu združenju pa so se članice močno razlikovale v pojmovanju babiške filozofije. Nesoglasja so zgladile uporabnice, ki so našle skupen cilj vseh – žensko osredičeno babiško skrb, ne glede na porodno okolje (McKendry in Langford 2001, 538).

Ponovna prošnja Albertske zveze babic za formalizacijo babiške dejavnosti leta 1989 je spet sprožila reakcijo. Medicinske sestre so želele, da je babica opredeljena kot specialistka porodniške zdravstvene nege, porodničarji pa so želeli, da so jim babice v svoji dejavnosti podrejene ter da delujejo izključno v javnih ustanovah, kjer bi bile pod nadzorom (McKendry in Langford 2001, 538). Medicinska fakulteta v Alberti je sprožila sodni proces proti babici, ki je vodila porod doma pri ženski po predhodnem carskem rezu, kar naj bi bilo vtikanje v medicino, kljub temu da sta tokratna

nosečnost in porod potekala normalno. S tem so želeli javnosti predočiti, da so babice strokovno nezadostno kvalificirane, saj se ne zavedajo potencialnih nevarnosti. Sodni postopek je bil rešen v prid babice. Babice so februarja 1991 postale enakopravna zdravstvena stroka, kljub temu da njihovo področje dela ter standardi prakse še niso bili dokončno dorečeni (McKendry in Langford 2001, 537) ter kljub odkritemu nasprotovanju sorodnih strok, medicine in zdravstvene nege.

V letih 1991–1994 je bilo sprejetih kar nekaj dokumentov, ki so določali dejavnost babic. Nekatere odločitve so jim bile bolj, nekatere manj v prid. Leta 1992 je odbor za dopolnitve Zakona o zdravstvenih disciplinah babištvo definiral kot avtonomno stroko, ki skrbi za samoregulacijo, in katere dejavnost se lahko izvaja tako v porodnišnici kot tudi v porodnih centrih in na domu (vendar le v oddaljenosti 30 minut do porodnišnice) ter da so babice tiste, ki so prva izbira za obravnavo žensk z normalno potekajočo nosečnostjo (McKendry in Langford 2001, 537). Zveza babic ni nasprotovala dvojnimi licencami (hkrati za babištvo in zdravstveno nego), ni pa dovolila medicinskim sestram s specializacijo iz babištva registracije za področje babištva, saj se je bala, da bo to ogrozilo babiško filozofijo. Stališče zveze je bilo, da v enem letu specialističnega študija ni mogoče pridobiti potrebna znanja za kakovostno opravljanje dejavnosti babištva ter miselnega preklopa v babiški model skrbi (McKendry in Langford 2001, 538).

Medicina je tudi po sprejetju sprememb zakona nadaljevala s svojo politiko »diskvalifikacije«; poskušali so razmejiti normalno nosečnost od abnormalne, postaviti meje med fiziološkim porodom in patološkim, obenem pa so zahtevali, da mora babica, ki skrbi za nosečo žensko, o tem obvestiti njenega lečečega zdravnika. Slednje sicer ni imelo pravnih podlag (ni bilo vključeno v dokument o regulaciji in standardih, ki je bil potrjen leta 1994), zato je bila dokumentu dodana lista 75-ih stanj v nosečnosti in med porodom, v primeru katerih se mora babica obrniti po nasvet na zdravnika. Enak seznam omejuje dejavnost babic tudi v Ontariu in Britanski Kolumbiji (McKendry in Langford 2001, 538).

Do te točke profesionalizacija babištva nekako sledi procesu uveljavljanja babic v provinci Ontario; tu pa pot profesionalizacijskega projekta babic iz Alberte skrene.

Medtem, ko so v Ontariu naredili naslednji korak – poskušali babice čim prej in čim bolje integrirati v sistem zdravstvenega varstva, s tem da so posodobili izobraževanje in finančno podprli babiške storitve, se to v Alberti ni zgodilo. Državni proračun naj bi se okrepil na podlagi varčevanja (ukrep je začel veljati 1992); tudi na račun krčenja proračuna v sistemu zdravstvenega varstva. Najkrajšo so potegnili novo priznani poklici. Ženske so zato za babiške storitve samoplačnice, v kolikor je potrebno porod dokončati v porodnišnici, se mora babica umakniti, saj v zdravstvenih institucijah samostojne babice nimajo pristojnosti. Obenem je zakonodaja nejasna in dovoljuje opravljanje babiških dejavnosti tudi kvalificiranim babicam brez licence, ki so cenejše (na račun razlike zaradi zavarovalnih premij) (McKendry in Langford 2001, 539). Iniciativa za legalizacijo babištva je v primeru Alberte prišla s strani birokracije. Slednje lahko tudi pojasni, zakaj država ne omogoča financiranja babiških storitev. Prav tako ni zaživel izobraževanje babic (McKendry in Langford 2001, 539–540). Razmere za babice so neugodne, zato jih veliko zapušča poklic.

3 METODOLOGIJA RAZISKAVE

V poglavju so predstavljene uporabljena raziskovalna metoda dela, razvoj raziskovalnega instrumenta – vprašalnika, ocena njegove veljavnosti in zanesljivosti, vzorec raziskave v primerjavi s celotno raziskovano populacijo ter postopek zbiranja podatkov. V poglavje so vključene tudi informacije o tem, kako je bilo zadoščeno etičnim zahtevam raziskovanja. Opis metodologije raziskave se zaključi z opisom statistične analize, ki je bila opravljena na pridobljenih odgovorih.

3.1 Raziskovalna vprašanja in hipoteze ter namen raziskave

Pregled literature na temo profesionalizacije je odprl številna vprašanja o dejanskem stanju profesionalizma slovenskega babištva. Glavna raziskovalna vprašanja so bila:

- Na kateri stopnji profesionalizma so slovenske babice in s tem slovensko babištvo?
- Kako profesionalizem slovenskih babic ocenjujejo babice same, kako pa njihovi sodelavci v zdravstvenem timu – medicinske sestre in ginekologi-porodničarji?
- Kateri elementi profesionalizma slovenskega babištva so odsotni oz. šibki in bi jih bilo potrebno okrepiti?
- Kateri elementi profesionalizma slovenskega babištva so močni in krepijo profesionalizacijski proces stroke?
- Katere karakteristike posameznika in okolja, v katerem strokovnjak profesionalno deluje, vplivajo na višjo stopnjo njegovega profesionalizma?

V skladu z raziskovalnimi vprašanji ter na podlagi dejstev iz pregleda literature so bile postavljene naslednje hipoteze:

- *H1: Glede na demografske podatke (starost, izobrazba, zaposlitev) se raziskovalne skupine babic, medicinskih sester in ginekologov-porodničarjev*

med seboj bistveno razlikujejo, s tem pa tudi njihova percepcija o oceni profesionalizma slovenskega babištva. Predvsem ima v vseh skupinah pomemben vpliv na stališča stopnja izobrazbe udeležencev raziskave.

- *H2: Slovenske babice ocenjujejo, da dosegajo najvišjo stopnjo profesionalizma glede na etičnost, njihova najbolj izrazita šibka točka pa je avtonomija.*
- *H3: Medicinske sestre in ginekologi-porodničarji, ki sodelujejo z babicami, ocenjujejo, da babice dosegajo najnižjo stopnjo profesionalizma v elementu znanja, visoko stopnjo profesionalizma pa v etičnosti.*
- *H4: Splošna stopnja profesionalizma slovenskega babištva je glede na vseh šest elementov starega in novega profesionalizma nizka.*
- *H5: Na profesionalizem posameznika vplivajo individualne karakteristike, predvsem izobrazba; ugodno klimo za razvoj profesionalizma pa zagotavlja tudi delovna organizacija.*

Namen raziskave je bil oceniti trenutno stopnjo profesionalizma slovenskega babištva. Glede na domnevo, da je stopnja profesionalizacije slovenskega babištva nizka, je bil cilj raziskave opredeliti močne ter šibke elemente glede na koncepte, definirane v pregledu literature. Pregled literature in ugotovitve tujih študij so služili kot model, na podlagi katerega so bili presojeni pridobljeni rezultati. Analiza stanja bi omogočila usmerjeno delovanje in izboljševanje šibkih točk slovenskega babištva za krepitev profesionalizma stroke, s čimer bi profesija lahko napredovala.

Kljub priporočilu, da naj bi se v raziskovanju o profesionalizmu za doseg najboljših rezultatov kombinirala tako kvantitativni kot kvalitativni pristop (Pavlin in Kogovšek 2007, 112), je bila v nadaljevanju predstavljena študija le kvantitativne narave. Vzrok temu je, da podobne študije na področju babištva v Sloveniji še ni bilo in je bil zato potreben splošen vpogled v situacijo, ki ga bolj objektivno zajame kvantitativni pristop. Glavni namen raziskave je bil posnetek trenutne situacije, zato je bila izbrana

presečna študija, ki zajame fenomen v nekem trenutku razvoja (Neuman 2006, 24). Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, ki je najbolj primerna za opis stanja, situacije oz. odnosa, ki še ni dobro raziskan. Nadaljnje raziskovanje je možno usmeriti v kvalitativne študije posameznih elementov profesionalizma, ki so ključni za razvoj babiške profesije.

Določeni raziskovalci sicer menijo, da profesionalizma ni mogoče zreducirati le na določene karakteristike (Martimianakis in drugi 2009, 235). Kljub temu pa je diskusija o elementih profesionalizma in analiza profesionalizacije strok na podlagi le-teh še vedno aktualna, zato so bili na podlagi pregleda literature definirani elementi, ključni za profesionalizem stroke in testirani na posameznih pripadnikih poklicev (babicah in medicinskih sestrah ter ginekologih-porodničarjih, ki z njimi sodelujejo). Ta način (»pogled od zunaj« s kvantitativno metodo) je priporočen (Pavlin in Kogovšek 2007, 101) zlasti, v kolikor želimo meriti novi profesionalizem, ki predstavlja predvsem osebne in ponotranjene attribute profesionalizma ter kateri je še zlasti pomemben za uveljavljanje ženskih poklicev.

3.2 Raziskovalni inštrument

Raziskovalni inštrument je bil anketni vprašalnik. Podatki so bili zbrani s pošto anketo. Izdelan vprašalnik za babice je bil modificiran in prirejen tudi za sorodni poklicni skupini – ginekologe in porodničarje ter medicinske sestre – ki z bobicami sodelujeta. Vsi trije vprašalniki (Priloga A.1: Vprašalnik) so vsebovali 6 strani. Barvna naslovnica in preglednost tabel naj bi pritegnila anketirane k izpolnjevanju; po priporočilih strokovnjakov je videz ankete pomemben dejavnik, ki vpliva na odločitve za sodelovanje v raziskavi (Cormack 1991, 217; Fowler 2002, 48).

Vprašalniki so temeljili na glavnih konceptih profesionalizma, ki jih navaja literatura, in so bili razdeljeni v dva glavna sklopa za merjenje:

- elementov starega profesionalizma:
 - = specifično ekspertno znanje,

- = etičnost oz. delovanje v javno dobro,
- = avtonomija in družbena moč,
- in novega profesionalizma:
 - = povezovanje z uporabniki,
 - = medpoklicno sodelovanje,
 - = reflektivna praksa.

Glede na šest osnovnih konceptov so bila vprašanja oblikovana v šest matric (vsebinskih nizov). S tako razdelitvijo vprašanj prvega dela ankete na manjše podskupine je bilo omogočeno hitro napredovanje skozi anketo, kar je lažje za anketirance in viša stopnjo sodelovanja v raziskavi (Cormack 1991, 222).

Vsa vprašanja prvega sklopa so merila stališča. V ta namen je bila izbrana oblika odgovorov Likertova lestvica, ki je najpogostejša tehnika za merjenje stopnje strinjanja glede odnosov, mnenj in stališč (Neuman 2006, 207; Bradburn in drugi 2004, 126), saj na enostaven način omogoča samoopredelitev anketirancev, glede na stopnjo strinjanja s podano izjavo (Bailey 199, 95). Strinjanje je bilo merjeno v štirih stopnjah; priporočeno število kategorij je od štiri do osem (Neuman 2006, 207). Priporočena je tudi uravnoteženost pozitivnih in negativnih kategorij (Rossi in drugi 1983, 252), kar smo upoštevali pri oblikovanju lestvice.

V zadnjem delu vprašalnika so bili zbrani demografski podatki, pomembni za interpretacijo stališč anketirancev. Večina vprašanj (spol, izobrazba, delovno mesto, položaj in zaposlitvena institucija) je bila zaprtega tipa z naborom možnih odgovorov. Uporaba tega tipa vprašanj je priporočena le v primerih, ko poznamo vse možne odgovore (Sullivan 2001, 149), drugače lahko izgubljamo pomembne informacije, saj vnaprej ponujeni odgovori anketirance silijo, da se opredelijo za eno izmed danih alternativ (Cormack 1991, 219). So pa, v kolikor so odgovori dobro zastavljeni, vprašanja zaprtega tipa bolj zanesljiva in učinkovita (Fink 2003, 38) kot tista odprtega tipa. Ker v nekaterih primerih ni bilo možno predvideti vseh možnih odgovorov, še zlasti zato, ker smo domnevali, da bodo tri anketirane skupine različno odgovarjale, smo v primeru nekaterih vprašanj dopustili še kategorijo "drugo", kar je anketirancem dalo možnost, da dopišejo individualne izbire. V primerih, kjer je bilo možnih

odgovorov preveč oz. nismo želeli sugerirati odgovorov, so bila uporabljena vprašanja odprtega tipa (starost, dokončane srednje šole, dokončane dodiplomske šole, dokončane specializacije, delovno področje in leta delovne dobe na tem področju).

Vprašalniki so se zaključili z možnostjo pripomb, opomb in dodatnih komentarjev, kjer so anketiranci lahko podali dodatne informacije na vprašalnik ali pa na vsebino raziskave nasploh.

Med prvim in drugim delom vprašalnika so bila podana jasna in natančna navodila za izpolnjevanje, kar je pri poštni anketi izrednega pomena, saj raziskovalec ni prisoten, da bi razložil morebitne nejasnosti (Sullivan 2001, 256).

3.2.1 Razvoj raziskovalnega inštrumenta

V odnosu do šestih elementov profesionalizma, na podlagi katerih je bila ocenjevana stopnja profesionalizacije slovenskega babištva, so bili definirani glavni koncepti in indikatorji profesionalizma, ki jih prikazuje Tabela 3.1.

Na podlagi omenjenih teoretičnih spremenljivk, je bila narejena struktura vprašalnika (Priloga A.2: Struktura vprašalnika), ki je opredeljevala merjene spremenljivke ter njihove teoretične podlage. Sledilo je oblikovanje vprašanj v treh verzijah vprašalnika – ločeno za posamezne raziskovane poklicne skupine. Sheme vprašanj so predstavljene v Prilogi C (Priloga A.3: Sheme vprašanj). Vsa zastavljena vprašanja so imela teoretično osnovo in opredeljene idealne odgovore, ki so pomenile najvišjo možno stopnjo profesionalizma slovenskega babištva (Priloga A.4: Idealni odgovori na vprašalnik). Ti odgovori so pozneje, v interpretaciji dobljenih rezultatov, služili kot indikator stopnje profesionalizacijskega procesa babištva.

Vprašalniku je bilo dodano spremno pismo (Priloga A.1: Vprašalnik), ki je vsebovalo predstavitev študije, podalo glavna navodila za izpolnjevanje ankete in se zaključilo s

povabilom k sodelovanju v raziskavi ter kontaktnimi podatki raziskovalke, na katero so se anketiranci lahko obrnili v primeru nejasnosti oz. potrebe po dodatnih informacijah. Spremno pismo je poudarilo tudi prostovoljnost sodelovanja in zagotavljanje anonimnosti.

Tabela 3.1: Teoretični koncepti in indikatorji glavnih elementov profesionalizma

| Koncepti profesionalizma | Spremenljivke (indikatorji) profesionalizma |
|---------------------------------|--|
| <i>Ekspertno znanje</i> | |
| | Izobrazbena raven |
| | Specifično strokovno znanje |
| | Spremljanje razvoja stroke |
| <i>Etičnost</i> | |
| | Kodeks etike |
| | Odgovornost |
| | Družbeno dobro |
| <i>Avtonomija in moč</i> | |
| | Profesionalna identiteta |
| | Samostojna babiška praksa |
| | Spoštovanje s strani sorodnih strok in družbe |
| <i>Povezovanje z uporabniki</i> | |
| | Žensko osrediščena skrb |
| | Informirana odločitev |
| | Aktivna vloga uporabnic v obravnavi |
| <i>Medpoklicno sodelovanje</i> | |
| | Interprofesionalno izobraževanje |
| | Hierarhičnost odnosov |
| | Medpoklicna percepcija ogroženosti |
| <i>Reflektivna praksa</i> | |
| | Sprejemanje odgovornosti za lastno delo |
| | Profesionalni standardi |
| | Strokovni nadzor |

Tekom nastajanja končnega inštrumenta so bile izvedene številne spremembe za zagotavljanje večje kakovosti raziskave, tako oblikovne kot tudi vsebinske narave. Predvsem so bistvene naslednje prilagoditve:

- Iz prvotno sedemstopenjske Likertove lestvice smo preoblikovali odgovore v modificirano štiristopenjsko lestvico. Lestvica odgovorov naj bi sicer vsebovala vmesno, nevtralnno, stopnjo (Rossi in drugi 1983, 252), ki pa je naša raziskava ni predvidela. Razlog za to je bil, da nismo želeli razpršiti odgovorov na preveliko število možnosti, obenem pa smo želeli, da se anketiranci jasno opredelijo v svojih stališčih. Slednja odločitev ima prednosti in slabosti – nujnost izbora določene alternative lahko za anketiranca pomeni stres, obenem pa se od posameznikov, ki jih strokovnjaki imenujejo »floaters« (in ki

v primeru, da imajo na voljo neopredeljenost, le-to izberejo, drugače pa zavzamejo stališče), pridobi odgovor (Neuman 2006, 289).

- Prvotno združena vprašanja v eno samo tabelo smo razdelili v šest vsebinskih sklopov po glavnih teoretičnih konceptih. S tem je vprašalnik postal bolj pregleden ter je omogočal hitro izpolnjevanje; povprečen čas, potreben za izpolnjevanje vprašalnika je bil 5 minut; maksimalen priporočen čas za izpolnjevanje vprašalnika pa je 30 minut (Bailey 1991, 93).
- Zaradi številnih profilov v zdravstveni negi in babištvo smo dolgo iskali najboljšo možno rešitev glede ponujenih odgovorov na vprašanje o najvišji stopnji izobrazbe ter trenutnem delovnem mestu. Glede na to, da so v tem pogledu raziskovalci medpoklicnih odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana (2005) našli sprejemljivo rešitev, smo vprašanja povzeli po njihovi anketi. V primeru ginekologov-porodničarjev je bil seznam rahlo spremenjen (izpuščene so bile kategorije za zdravstveno nego in babištvo).

Zanesljivost in veljavnost raziskovalnega inštrumenta sta ločena, čeprav tesno povezana pojma (Ferligoj in drugi 1995, 154). Zanesljivost inštrumenta bi lahko opisali kot konsistentnost oz. enotnost (Neuman 2006, 188), kar pomeni da s ponavljanjem merjenj istega pojava v istih okoliščinah dobimo vedno enake ali vsaj podobne izsledke (Ferligoj in drugi 1995, 1). Zanesljivost merjenja se torej tiče povezave med izmerjenimi in dejanskimi vrednostmi. Medtem pa se veljavnost nanaša na to, ali podatki, ki so bili pridobljeni s pomočjo raziskovalnega inštrumenta, resnično merijo tisto, kar je bil namen meriti (Splichal 1990, 180). Veljavnost je torej verodostojnost oz. resničnost merjenega koncepta (Neuman 2006, 188) oz. postopek za ugotavljanje relevantnosti merjenega za proučevani pojav (Ferligoj in drugi 1995, 1). Popolno, 100 % zanesljivost in veljavnost je skorajda nemogoče doseči, je pa ideal h kateremu stremi raziskovanje. Danes na področju presojanja kvalitete merjenja obstajajo številni ocenjevalni kriteriji (Ferligoj in drugi 1995, 159).

Ena od metod zagotavljanja zanesljivosti in veljavnosti je, da se za raziskovanje uporabi inštrument, ki je bil v preteklosti že testiran za merjenje pojava ter je dosegel dobre rezultate. V ta namen so bile tekom pregleda literature ciljano iskane študije,

podobne opisani, vendar raziskovalnega inštrumenta, ki bi v celoti ustrezal namenu doktorske naloge, nismo zasledili. Sta pa podobno študijo opisovala Hampton in Hampton (2000, 2004), zato je bilo od njiju pridobljeno dovoljenje za prevod, prilagoditev ter uporabo nekaterih vprašanj. Prav tako so bila nekatera vprašanja, z dovoljenjem avtorjev, povzeta po študiji o medpoklicnih odnosih med zdravniki in medicinskimi sestrami Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana (2005) (Kvas in drugi 2006).

Poleg tega so bile vse faze študije (od razvoja vprašalnika do izvedbe ter analize) prediskutirane v raziskovalnem timu (z mentoricama doktorske naloge, ki poznata vsebinsko področje ter metodološko plat sociološkega raziskovanja), kar po mnenju strokovnjakov prav tako pripomore k večji zanesljivosti inštrumenta (Polit in drugi 2001, 308).

Za oceno razumljivosti vprašanj v anketi, torej, da bi ugotovili ali raziskovalni inštrument resnično pridobi podatke, ki jih želimo meriti (Polit in drugi 2001, 309), je bil vprašalnik poslan v pregled in izpolnjevanje sedmim sodelavcem s področja babištva, s prošnjo za komentarje na morebitne nejasnosti v anketi. Njihove demografske značilnosti povzema Tabela 3.2. Nihče ni izrazil dodatnih pripomb, predlogov in popravkov.

Tabela 3.2 Demografski podatki oseb, ki so testirale vprašalnik

| Značilnosti udeležencev, ki so testirali razumljivost vprašalnika | N=7 | % |
|--|------------|----------|
| <i>Spol</i> | | |
| Moški | 1 | 14,3 |
| Ženski | 6 | 85,7 |
| <i>Zaposlitev</i> | | |
| Terciarni porodniški center (UKC Ljubljana) | 3 | 42,9 |
| Manjša porodnišnica (porodnišnica Postojna) | 1 | 14,2 |
| Izobraževalna inštitucija (ZF Ljubljana; Odd. za babištvo) | 3 | 42,9 |
| <i>Izobrazba</i> | | |
| Srednja | 1 | 14,3 |
| Dodiplomska | 5 | 71,4 |
| Podiplomska | 1 | 14,3 |

3.3 Etičnost raziskovanja

Raziskava je upoštevala principe raziskovalne etike, da bi ohranili integriteto sodelujočih v raziskavi. Sledili smo na področju sociološkega raziskovanja uveljavljenim protokolom ter etičnim kodeksom (primer American Sociological Association – [ASA] 1999), ki so obvezujoči za raziskovalce, usmerjajo njihovo dejavnost ter zagotavljajo korekten odnos do udeležencev raziskav. V omenjeni študiji je bilo zlasti pomembno, da se anketiranim posameznikom zagotovi zaupnost in anonimnost.

Ker študija ni vključevala sodelovanja uporabnikov zdravstvenih storitev (pacientov), odobritev s strani Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije ni bila potrebna. Je pa o etičnosti raziskave presojalo in jo odobrilo Častno razsodišče Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije (Sklep št. 123/8 častnega razsodišča z dne 22. 7. 2008).

Kjer je bilo potrebno pridobiti dovoljenje za izvedbo raziskave s strani vodstva inštitucij (v primeru anketiranja medicinskih sester), je bilo le-to storjeno pisno z uradno prošnjo. V skupini babic in ginekologov-porodničarjev je bil pristop do anketirancev direkten (brez posredovanja zaposlitvene institucije); pridobljeni sezname anketirancev so bili znani le raziskovalki in so bili uporabljeni izključno v namen opisane raziskave.

V spremnem pismu je bila izrecno poudarjena prostovoljnost sodelovanja v raziskavi in nemogoče je bilo izpolnjene vprašalnike povezati z anketiranci. Iz vrnjenih izpolnjenih vprašalnikov, ki so jih anketiranci pošiljali osebno domov raziskovalki (v že pripravljenih kuvertah z znamko in naslovom) ni bilo moč izslediti individualnega posameznika, ki je na anketo odgovarjal, kar pomeni, da je bila sodelujočim uspešno zagotovljena anonimnost.

3.4 Vzorec

Profesionalizem stroke lahko ocenjujejo pripadniki stroke in/ali uporabniki storitev ter sodelavci sorodnih poklicnih skupin. Nemogoče bi bilo torej raziskovati profesionalizem stroke ločeno od ostalih skupin ljudi, ki z babicami delujejo in sodelujejo, zato smo v študijo, poleg babic, zajeli še medicinske sestre ter ginekologe-porodničarje. Laično skupino (uporabnike babiških storitev) smo izključili iz raziskave, saj bi bilo raziskovanje obeh perspektiv (laične in strokovne) preveč kompleksno, kar pa ne pomeni, da njihovo mnenje podcenjujemo.

V skupini babic je bil uporabljen slučajni vzorec, v primeru medicinskih sester sistematični vzorec, v primeru ginekologov-porodničarjev pa popis, kar je podrobneje pojasnjeno v podpoglavju Vzorčenje.

3.4.1 Vzorčenje

Osebo smo v vzorec anketiranih vključili, če je imela naslednje značilnosti (vključitveni kriteriji):

- posameznik ima dokončano izobrazbo s področja zdravstvene nege ali babištva oz. specializacijo porodništva in ginekologije po končanem študiju medicine;
- pri vsakodnevnem delu prihaja v stik z babicami;
- se na podlagi vabila prostovoljno odloči za sodelovanje v raziskavi.

Podatki o populaciji slovenskih babic in medicinskih sester so v primerjavi s podatki o ginekologih-porodničarjih nekonsistentni. Pridobili smo informacije s strani SZO (WHO 2006, 224), Inštituta za varovanje zdravja RS (IVZ 2006, 15), Ministrstva za zdravje RS, Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije ter Strokovne sekcije medicinskih sester-babic. Podatki so povzeti v Tabeli 3.3.

Poročila omenjenih organizacij glede števila pripadnikov stroke zdravstvene nege in babištva ter deležev znotraj skupin glede na izobrazbeno strukturo se močno ločijo. Zavisijo namreč od opredelitvenih kriterijev: nekateri za razvrščanje upoštevajo pridobljeno izobrazbo, drugi aktivno udejstvovanje na področju stroke, tretji aktualno delovno mesto oz. sistematizacijo delovnega mesta, kot jo opredeli delodajalec, itd. Glede na pomanjkanje informacij je bilo vzorčenje oteženo.

Tabela 3.3: Znani podatki o raziskovanih skupinah

| ŠT. DELUJOČIH V PRAKSI V SLOVENIJI V LETU 2006 | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|--|------------|--------------------------------------|------------|---|------------|--|---|
| OCENE | ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE (komunikacija z vodstvom) | | SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER-BABIC (komunikacija z vodstvom) | | SZO (WHO World for Health Report) | | MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE [~] (komunikacija z vodjo oddelka za strokovne izpite) | | INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA (Zdravstveno-statistični letopis) | |
| | MED. SESTRE | nepoznano | | / | | 14 327 | | 15396 | | 1940 dms + 1864 vms + 11592 zth = 15396° |
| | porodnišnice' | ZD* | porodnišnice' | ZD* | porodnišnice' | ZD* | porodnišnice' | ZD* | porodnišnice' | ZD* |
| Zdr. tehniki | nepoznano | nepoznano | / | / | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | 11701 - 109 = 11592 | |
| Viš. m. s. | nepoznano | nepoznano | / | / | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | 1864 | |
| Dipl. m. s. | nepoznano | nepoznano | / | / | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | 1940 | |
| BABICE | nepoznano | | Cca. 500-600 | | 654 | | 186 | | 186° | |
| | porodnišnice' | ZD* | porodnišnice' | ZD* | porodnišnice' | ZD* | porodnišnice' | ZD* | porodnišnice' | ZD* |
| Sr. m. s.-b. | nepoznano | nepoznano | Cca. 77 | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | 109 (os. komunikacija) | |
| Spec. m. s.- g.-p. | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | |
| Dipl. bab. | nepoznano | nepoznano | Cca. 62 | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | nepoznano | 77 (dipl. m. s. gin.-por. smeri) | |
| GIN.-POR. | / | | / | | / | | 239 | | 239° | |
| Dr. med. spec. g.-p. | / | / | / | / | / | / | nepoznano | nepoznano | nepoznano | |

* (patronažna služba in ginekološke ambulante, kjer relevantno)

' (porodnišnice z ginekološkimi oddelki, kjer relevantno)

° (možna izdelava poročila – po naročilu in proti plačilu – razdelitev glede na institucije, nikakor pa ne glede na oddelke)

~ (možna izdelava poročila o opravljenih strokovnih izpitih za določeno obdobje, iz česar ne bo razvidno, koliko je dejansko dejavnih v praksi in nikakor ne bo razvidno število glede na oddelke bolnišnic; podatke dobivajo od IVZ)

V primeru izbire anketirancev za področje babištva je bilo uporabljeno enostavno slučajno vzorčenje. Kontaktne podatke o babicah smo pridobili s prošnjo na Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ker je bil v času izvedbe raziskave (april 2008) register izvajalcev na področju babištva šele v nastajanju, so nam bili posredovani vsi kontakti že registriranih strokovnjakov za področje babištva – skupaj 300 naslovov babic; od tega 195 s srednjo izobrazbo ter 105 z visoko strokovno. Deleži ustrezajo oceni Inštituta za varovanje zdravja (2007), ki navaja, da je srednjih medicinskih sester-babic cca. 110, diplomiranih babic in babičarjev pa cca. 64. Glede na zbrane podatke v Tabeli 3.3, vzorec s 300 enotami v populaciji babic, ki po najbolj optimističnih ocenah šteje 654 članov (WHO 2006), pomeni 45,9 % celotne populacije.

V primeru izbire vzorca medicinskih sester podatkov registra Zbornice zdravstvene in babiške nege ni bilo možno uporabiti, saj register ne vsebuje podatka, na katerem področju posamezni pripadnik zdravstvene nege dela. V kolikor smo želeli anketirati le medicinske sestre, ki pri svojem delu sodelujejo z babicami, je bilo potrebno vzpostaviti stik z inštitucijami, kjer so zaposlene tako babice kot tudi medicinske sestre, torej porodnišnice in zdravstvene domove.

Zaradi velikega števila zdravstvenih domov (62 v Sloveniji) smo sklenili, da v tem primeru izvedemo sistematično vzorčenje. Ker je število zdravstvenih domov v Sloveniji proporcionalno določeno, glede na določeno kvoto prebivalcev v neki regiji (Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije 2009), bi s sistematičnim vzorcem lahko posneli karakteristike celotne populacije. Ker so bile torej enote znotraj skupine razdeljene v podskupine (regijsko) smo z vzorcem ravnali kot s stratificiranim vzorcem; izvedli t. i. implicitno stratifikacijo (Kalton in Vehovar 2001, 25). Slovenske zdravstvene domove smo razdelili po regijah (10 v Sloveniji). Ker smo želeli zajeti vsaj eno enoto v vsaki regiji, smo izbrali regijo z najmanjšim številom zdravstvenih domov (Krško s tremi zdravstvenimi domovi) ter tako določili vzorčni interval (število 3). Po seznamu smo torej izbrali vsak tretji zdravstveni dom v regiji. Ker nekateri zdravstveni domovi ne zaposlujejo babic in bi glede na planirano vzorčenje v nekaterih regijah ostali brez enot, smo anketirali zdravstveni dom, ki je na listi sledil zdravstvenemu domu mnogokratnika števila 3. V primeru

porodnišnic (14 v Sloveniji) smo se odločili, da izvedemo popis – v študijo vključimo vse.

V končnem smo vzpostavili stik z vsega skupaj 39 zdravstvenimi domovi (63 %) in 14 porodnišnicami (100 %). V zdravstvene domove je bilo poslanih 259 anket, v porodnišnice pa 407. Shematsko je vzorčenje zdravstvenih domov in porodnišnic natančno prikazano v Prilogi E (Priloga B: Vzorčenje), ključne podatke pa povzema Tabela 3.4.

Tabela 3.4: Anketirane medicinske sestre, ki sodelujejo z babicami in so zaposlene v zdravstvenih domovih in porodnišnicah v Sloveniji

| ZDRAV. STAT. REGIJE | ŠT. VSEH ZD | ŠT. ANKETIRANIH ZD | ŠT. POSLANIH ANKET V ZD | ŠT. VSEH PORODNIŠNIC | ŠT. ANKETIRANIH PORODNIŠNIC | ŠT. POSLANIH ANKET V PORODNIŠNICE |
|--------------------------|-------------|--------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Celje | 7 | 3 | 42 | 1 | 1 | 15 |
| Koper | 6 | 2 | 9 | 2 | 1 | 50 |
| Kranj | 7 | 3 | 22 | 2 | 1 | 61 |
| Krško | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 6 |
| Ljubljana | 16 | 6 | 49 | 2 | 1 | 141 |
| Maribor | 5 | 2 | 33 | 2 | 1 | 75 |
| Murska Sobota | 4 | 2 | 20 | 1 | 1 | 10 |
| Nova Gorica | 4 | 2 | 21 | 1 | 1 | 6 |
| Novo mesto | 4 | 2 | 10 | 1 | 1 | 20 |
| Ravne na Koroškem | 6 | 2 | 50 | 1 | 1 | 23 |
| SKUPAJ | 62 | 25 | 259 | 14 | 14 | 407 |

Sprva je bilo mišljeno enako strategijo vzorčenja kot v primeru medicinskih sester uporabiti tudi za pridobivanje anketirancev iz vrst ginekologov-porodničarjev. Ker pa le-ti ne delujejo le v zdravstvenih domovih in porodnišnicah, pač pa tudi kot zasebniki (in v sklopu svoje zasebne prakse morda zaposlujejo babice), smo zaprosili za seznam članov društvo Slovenskega združenja ginekologov in porodničarjev. Posredovanih nam je bilo 416 naslovov, obenem pa so nas opozorili, da so nekateri člani že upokojeni ter da ni znano število tistih, ki z babicami pri svojem delu ne prihajajo v stik. V končnem smo se odločili, da vprašalnike pošljemo vsem ginekologom-porodničarjem (416), na spremno pismo pa dopišemo opozorilo: »V kolikor z babicami pri svojem delu ne prihajate v stik, smatrajte priloženo anketo za brezpredmetno«.

3.5 Zbiranje podatkov

V prvem delu raziskave smo se odločili zjeti v študijo babice. Aprila 2008 je bila na Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenija poslana prošnja za pomoč pri naboru anketirancev s področja babištva. Ker je bil register izvajalcev na področju zdravstvene nege in babištva šele v nastajanju, so nam posredovali vse naslove babic, ki so bile v danem obdobju že vpisane v register (300).

V mesecu maju je bil tem babicam po pošti poslan vprašalnik s spremnim pismom in frankirano kuverto z naslovom raziskovalke. Ker smo zaradi nekonsistentnosti med izobrazbo, sistematizacijo delovnih mest in pripadnostjo posameznikov na področju zdravstvene in babiške nege pričakovali zaplete (npr. vprašanje pripadnosti v primeru, da je posameznik pridobil naziv srednja medicinska sestra-babica, pozneje diplomirana medicinska sestra, je na delovnem mestu medicinske sestre, opravlja pa delo na področju babištva), smo se odločili da vsem anketiranim medicinskim sestram in babicam pošljemo oba vprašalnika ter jim prepustimo odločitev o pripadnosti stroki. Spremnemu pismu je bilo zato s krepkim tiskom dodano naslednje navodilo: »Če ste v kuverti dobili dve različni verziji vprašalnika, izberite tisto, ki je namenjena vaši poklicni skupini«.

Skrajni rok zbiranja vprašalnikov je bil 1. avgust. Do tega dne je bilo vrnjenih 137 vprašalnikov (45,7 %). Vsem je bil poslan opomnik (Priloga C.1: Opomnik). Rok za oddajo smo podaljšali do 1. decembra 2008. Ker bi bilo ponovno pošiljanje obeh verzij vprašalnika vsem anketiranim prevelik strošek, smo jim v dopisu napisali, da lahko vprašalnik, v kolikor ga nimajo več, pridobijo na spletni strani Visoke šole za zdravstvo – Oddelek za babištvo, pod rubriko raziskovalna dejavnost, si ga natisnejo oz. ga izpolnijo ter pošljejo v elektronski verziji. Do roka smo dobili vrnjenih dodatnih 15 izpolnjenih anket. V končnem se je torej na raziskavo odzvalo 152 babic (50,7 %).

Drugi del raziskave je obsegal anketiranje medicinskih sester. Novembra 2008 je bila vsem glavnim medicinskim sestram slovenskih porodnišnic in glavnim medicinskim sestram izbranega števila zdravstvenih domov poslana prošnja za anketiranje medicinskih sester, ki so zaposlene v njihovi inštituciji, ter pri svojem

delu sodelujejo z babicami (Priloga C.2: Prošnja glavnim medicinskim sestram slovenskih zdravstvenih domov in porodnišnic). Na prvi poziv se je odzvalo 19 zdravstvenih domov od 25 povabljenih k sodelovanju, ter 5 od 14 porodnišnic. Večina se je odzvala po e-pošti ali telefonu, le posamezni pisno (Zdravstveni dom Radovljica in Žalec ter oba slovenska Univerzitetna klinična centra – Ljubljana in Maribor). V nekaterih inštitucijah (Porodnišnica Izola, Zdravstveni dom Ljubljana in Velenje) so pred samo izvedbo raziskave želeli še odobritev s strani direktorja zavoda, zato je bil le-tem poslan dopis s kopijo vprašalnika in spremnega pisma. Dodatna zahteva vodstva Univerzitetnega kliničnega centra Maribor je bila še opis raziskovalnega projekta, podpis mentorjev doktorske naloge in zagotovilo, da bo raziskovalka po koncu študije predstavila ugotovitve raziskave.

Večina glavnih medicinskih sester je privolila v pomoč pri distribuciji anket. Sporočile so število medicinskih sester, ki v njihovi ustanovi pri delu sodelujejo z babicami, nakar so jim bili poslani vprašalniki (za vsakega anketiranca verzija za babice in verzija za medicinske sestre) ter frankirane kuverte, da so anketiranci ankete lahko vračali neposredno raziskovalki. Da bi ločili med vrnjenimi anketami, ki so jih še vedno pošiljale babice iz prvega dela raziskave, je bil na frankirano kuverto natisnjen naslov raziskovalke v drugačni barvi (modro). V posameznih zdravstvenih domovih so se odločili, da pošljejo seznam zaposlenih, ki pridejo v poštev za raziskavo, ter le-tem vprašalnike pošljemo osebno na delovno mesto (Zdravstveni dom Bohinj), nekateri pa so za distribucijo pooblastili tajništva (Zdravstveni dom Ljubljana, Radlje, Koper) oz. za to področje pristojne vodje služb (npr. vodjo ginekološko-porodniškega oddelka porodnišnice oz. vodjo patronažne službe v zdravstvenem domu, kjer so 'mešana' delovišča z medicinskimi sestrami in babicami). Rok za oddajo vprašalnikov je bil 1. februar 2009.

Konec novembra je bil poslan opomnik v obliki e-sporočila vsem zdravstvenim domovom in porodnišnicam, ki se niso odzvali povabilu na sodelovanje v raziskavi v prvem roku. Ker nekateri zdravstveni domovi, vključeni v sistematični vzorec, niso zaposlovali babic oz. so sodelovanje v študiji zavrnil, je bil iz seznama izbran nov zdravstveni dom (naslednji na listi). V drugem roku se je odzvalo 13 zdravstvenih domov in 2 porodnišnici. V prvi polovici decembra 2008 smo izvedli drugi opomnik v obliki telefonskega klica, saj osebni pristop oz. kontakt po

telefonu, po mnenju strokovnjakov, viša interes za sodelovanje v raziskavi (Fowler 2002, 48). K sodelovanju smo pridobili še 5 zdravstvenih domov in 1 porodnišnico. Ponovno smo jih poklicali v začetku januarja 2009 in pridobili k sodelovanju 2 zdravstvena domova in 4 porodnišnice. Sredi januarja smo, po četrtem opomniku, k sodelovanju nagovorili še preostali dve porodnišnici. V raziskavo smo tako zajeli 27 zdravstvenih domov (poslanih 259 anket) in 14 porodnišnic (poslanih 407 anket).

Naknadno je bilo ugotovljeno, da z babicami medicinske sestre sodelujejo tudi v izobraževalnih institucijah (Visoka šola za zdravstvo v Ljubljani), zato je bil v januarju 2009 vprašalnik poslan tudi vsem 21 medicinskim sestram z Oddelka za zdravstveno nego, ki pri svojem delu prihajajo v stik z babicami, zaposlenimi na Oddelku za babištvo.

Ob zaključku drugega dela študije (zdravstvena nega), smo zabeležili 335 vrnjenih vprašalnikov (od 687) medicinskih sester, kar je (48,8 %).

Tretji del raziskave je zajemal anketiranje ginekologov-porodničarjev. Na predsednika Slovenskega združenja ginekologov in porodničarjev je bil večkrat naslovljen dopis s prošnjo za dostopanje do kontaktnih podatkov o članih. Januarja 2009 nam je bil poslan seznam naslovov vseh članov. Februarja je bil članom v izpolnjevanje poslan vprašalnik (samo verzija za ginekologe-porodničarje).

Do predvidenega roka za oddajo izpolnjenih vprašalnikov (konec aprila 2009), smo dobili vrnjen 101 vprašalnik. 5 (1,2 %) vprašalnikov se je vrnilo z obvestilom, da je naslovnik neznan. Rok je bil podaljšan do konca maja in vsem anketiranim tretjega dela raziskave je bil poslan opomnik z enakimi navodili kot v primeru anketiranja babic (Priloga C.1: Opomnik). Do konca podaljšane roka smo prejeli še 20 dodatnih anket (skupaj torej 121 oz. 29,1 %). Vzroka za nizko odzivnost ginekologov-porodničarjev ne poznamo. Morda gre za nepoznavanje problematike ali pa za nezanimanje za predmet raziskave. Odziv je potrebno presojati tudi v odnosu z dejstvom, da so bili k sodelovanju povabljeni le tisti, ki vsakodnevno sodelujejo z babicami, njihovega števila pa ne poznamo.

Celoten potek te kompleksne izvedbe raziskave podrobneje kronološko povzema Tabela 3.5.

V vsem času izvedbe raziskave je bilo na kontakt raziskovalke naslovljeno le eno vprašanje v zvezi z raziskavo. Ena od anketirank v tretji skupini je izrazila dilemo ob petem vprašanju tretjega niza izjav, ki testirajo profesionalizacijo babištva. Opozorila je, da je izjava kompleksna ter da se sestoji iz dveh (lahko nasprotujočih si) trditev. Nanjo zato ni odgovorila, je pa v opombah na koncu vprašalnika svoje stališče pisno izrazila. Drugih poizvedb ni bilo.

Tabela 3.5: Kronološki potek izvedbe raziskave

| | BABICE | MEDICINSKE SESTRE | GINEK.-PORODNIČ. |
|----------------------|--|---|--|
| April '08 | <ul style="list-style-type: none"> poslana prošnja na Zbornico ZBN odobritev raziskave s strani Častnega razsodišča ZZBN | <ul style="list-style-type: none"> poslana prošnja na Zbornico ZBN odobritev raziskave s strani Častnega razsodišča ZZBN | <ul style="list-style-type: none"> poslana prošnja na Slovensko združenje ginekologov-porodničarjev |
| Maj '08 | <ul style="list-style-type: none"> vpisalniki poslani 300 registriranim babicam | <ul style="list-style-type: none"> nezadostni podatki registra ZZBN ne omogočajo vzorčenja iskanje drugih rešitev za vzorčenje raziskovane skupine | |
| Junij '08 | | | |
| Julij '08 | | | |
| Avgust '08 | <ul style="list-style-type: none"> do zaključka zbiranja anket vrnjenih 137 vprašalnikov (45,7 %) | | |
| September '08 | <ul style="list-style-type: none"> poslan pisni opomnik vsem 300 anketirancem | | <ul style="list-style-type: none"> poslana elektronska prošnja na Slovensko združenje ginekologov- porodničarjev |
| Oktober '08 | | | |
| November '08 | | <ul style="list-style-type: none"> poslana prošnja za sodelovanje v raziskavi gl. med. sestram 25 zdr. domov in 14 por. odziv 19 zdr. domov ter 5 por. glede na posredovane podatke, poslane ankete gl. med. sestram za distribucijo poslan elektronski opomnik v preostale inštitucije | |
| December '08 | <ul style="list-style-type: none"> 1. del študije zaključen – vrnjenih dodatnih 15 vprašalnikov (skupaj 152 oz. 50,1 %) | <ul style="list-style-type: none"> izbrane nove enote namesto zdr. domov, ki ne zaposlujejo babic, oz. so sodelovanje zavrnili; poslane prošnje za sodelovanje odziv 13 zdr. domov in 2 por. glede na posredovane podatke, poslane ankete gl. med. sestram za distribucijo telefonski opomnik v institucije brez odziva | <ul style="list-style-type: none"> poslana elektronska prošnja na Slovensko združenje ginekologov-porodničarjev |
| Januar '09 | | <ul style="list-style-type: none"> odziv 5 zdravstvenih domov in 1 por. glede na posredovane podatke, poslane ankete gl. med. sestram za distribucijo telefonski opomnik v preostale inštitucije privolitev v sodelovanje 2 zdr. domov in 4 por. glede na posredovane podatke, poslane ankete gl. med. sestram za distribucijo poslani vprašalniki zaposlenim na VŠZ LJ (odd. za ZN) telefonski opomnik preostalima dvema por. po privolitvi poslani vprašalniki gl. med. sestram za distribucijo | <ul style="list-style-type: none"> telefonski klic in poslana elektronska prošnja na Slovensko združenje ginekologov-porodničarjev |
| Februar '09 | | <ul style="list-style-type: none"> v raziskavo zajetih 27 zdr. domov (poslanih 259 anket) in 14 por. (poslanih 407 anket) sprva postavljen rok za zbiranje vprašalnikov podaljšan do konca marca | <ul style="list-style-type: none"> posredovani kontakti članov poslani anketni vprašalniki vsem 416 članom |
| Marec '09 | | <ul style="list-style-type: none"> zaključen 2. del študije – vrnjenih 335 vprašalnikov (od 687); tj. 48,8 % | |
| April '09 | | | <ul style="list-style-type: none"> do zaključka zbiranja anket, vrnjen 101 vprašalnik poslan pisni opomnik vsem anketirancem |
| Maj '09 | | | <ul style="list-style-type: none"> zaključen 3. del študije; vrnjenih 121 vprašalnikov (29,4 %) |

3.6 Analiza

Vsi podatki izpolnjenih vprašalnikov so bili vnešeni v statistični program SPSS (Statistical Package for Social Sciences, verzija 19). Ta program je bil v 70-ih letih prejšnjega stoletja razvit na Univerzi v Čikagu ter je uporaben na vseh področjih raziskovanja, še posebej pa je primeren za področje eksploratornih študij (Fitzmaurice and Lemon 2001, 5; Salkind 2011, 325–349).

Ker bi bilo ponovno preverjanje vseh vnosov, kakor to svetujejo nekateri (Fowler 2002, 144), predolgotrajen in prezahteven proces, je bilo ponovno pregledanih le 10 % vnesenih vprašalnikov, da bi se ugotovilo napake pri vnosu. Najdenih je bilo 5 napačno vnesenih vrednosti, kar pomeni 0,00009 % napaka (5 napak/91 vrednosti x 610 anketirancev). V primeru zaprtih vprašanj je še dopustna napaka 1 % (Fowler 2002, 145).

Določena odprta vprašanja (dokončana srednja šola, dosežene višje/visoke/univerzitetne izobrazbe, dokončane specializacije, področje dela ...) so bila združena glede na vsebinsko podobnost in generalizirana. To omogoči lažjo obdelavo v poznejši analizi (Bailey 1991, 99).

12 anketirancev (1,9 %) je odgovorilo na manj kot polovico vprašanj v anketi. Vseeno so bili njihovi odgovori, kjer so bili podani, upoštevani v končnem naboru rezultatov. Večina je na vprašanja odgovarjala ustrezno. Kjer sta bila za določeno izjavo podana dva odgovora (namesto enega, kot so to predpisovala navodila za izpolnjevanje), smo odgovor obravnavali kot manjkajoč.

Celoten nabor podatkov je bil prečiščen: izključeni so bili vsi upokojeni anketiranci, specializanti in pripravniki. V prvi skupini (babice) je tako ostalo 148 vnosov, v drugi skupini (medicinske sestre) 336, v tretji skupini (ginekologi-porodničarji) pa 104 vnosi.

Starost anketirancev je bila rekodirana v 6 starostnih razredov (v razponu od 20 do 70 in več let). Prav tako so bila leta dela na trenutnem delovnem področju

pretvorjena v mesece in razvrščena v 7 razredov (v razponu od 1 leta do 25 let in več); enako veliki razredi so ključni za nadaljnjo statistično analizo.

V procesu analize so bile najprej izračunane osnovne statistične lastnosti za celoten vzorec in vsako od treh skupin posebej – frekvence, povprečja, standardni odkloni (Priloga D.1). Sledilo je dihotomiziranje vrednosti Likertove lestvice (*sploh se ne strinjam* in *ne strinjam se* v NE ter *strinjam se* in *popolnoma se strinjam* v DA) za primerjavo stališč med tremi raziskovanimi skupinami. Z analizo variance z eno samo odvisno spremenljivko – ANOVA (Priloga D.2) (Salkind, 2011: 431) ter testom hi-kvadrat (Priloga D.3), ki ugotavljata razlike med vzorci (Williams in Monge, 2001: 114), smo ugotavljali, v katerih trditvah se odgovori raziskovanih treh skupin statistično razlikujejo; tudi znotraj skupin (npr. ali višja stopnja izobrazbe pri babicah vpliva na njihove odgovore) (Priloga E). Grafično smo prikazali razkorak med idealno situacijo profesionalizma slovenskega babištva in dejansko oceno anketirancev. V primeru idealnotipskega raziskovanja, ki ga je vpeljal Weber, se sicer moramo zavedati določenih odstopanj, vseeno pa predpostavlja, da je v odnosu do idelane situacije mogoča razvidnost in razumevanje določenega družbenega delovanja/pojava (Adam 1990, 20, 23).

V nadaljevanju so bili za posamezne elemente profesionalizma izračunani Cronbach α , Pearsonov koeficient ter T-test – za vse anketirance skupaj ter po posameznih skupinah. Cronbach α je indikator notranje konsistentnosti raziskovalnega instrumenta in naj bi dosegel vsaj vrednost 0,70. Upošteva tako število trditev oz. vprašanj kot tudi povprečno korelacijo med trditvami in vprašanji (Black 2009, 279). Še posebej dobro se obnese za evalvacijo vprašalnikov s trditvami, ovrednotenimi po Likertovi lestvici (Oppenheim 1992 v Black 2009, 279), zato ga nekateri uporabljajo za oceno kakovosti; kot test zanesljivosti raziskovalnega inštrumenta (Traub 1994 v Black 2009, 280). Cronbach α pokaže, kako konsistentno določena spremenljivka meri pojav, ki ga želimo testirati (Mulaik 2010, 268). Če spremenljivka ne meri željenega, ima nizek oz. celo negativen korelacijski koeficient; to imenujemo »index of item discrimination«. Pojav je lahko prisoten tudi zaradi nenormalne distribucije (Black 2009, 280). Zaradi raznolikosti anketiranih skupin rezultati Cronbach α niso bili zadovoljujoči.

Za doseg optimalne nadaljnje analize so bile zato v prvi fazi vse trditve vprašalnika o profesionalizmu preoblikovane v isto smer (da je vrednost 4 na Likertovi lestvici vedno pomenila optimalni odgovor). Izločene so bile trditve, ki niso bile za vse tri anketirane skupine enake (Bryson 1996, 889). Na tej osnovi je bil izračunan Likertov indeks (Priloga F). Za optimizacijo nadaljnje analize so bile v drugi fazi trditve, ki so slabšale konsistentnost lestvic (Cronbach α) za posamezne elemente profesionalizma, izločene iz baze podatkov. Indeks za multiplo regresijo so tako v končnem predstavljale izjave z najboljšim rezultatom Cronbach α , kot je prikazano v Prilogi G, ki vključuje tudi osnovne parametre indeksa.

Na prečiščeni bazi podatkov je bila opravljena multivariatna analiza, z željo, da ugotovimo, v kolikšni meri določene neodvisne spremenljivke na splošno ter v posamezni skupini udeležencev vplivajo na njihova stališča o elementih profesionalizma (odvisne spremenljivke) (Anderson 2003, 1; Agresti in Franklin 2009, 684). Določeno mnenje oz. vedenje posameznika navadno ni slučajnost, pač pa je ponavadi posledica njegovih določenih karakteristik (Schroeder in drugi 1986, 55). Želeli smo ugotoviti, ali na mnenje o elementih profesionalizma v večji meri vplivajo individualne karakteristike anketirancev (starost in izobrazba) ali strukturne/organizacijske značilnosti (nivo zdravstvenega varstva institucije, v kateri so anketiranci zaposleni). Testirali smo tri neodvisne spremenljivke s šestimi odvisnimi. Multiregresijski modeli so zlasti uporabni za testiranje interakcij med variablami (Schroeder in drugi 1986, 58; Košmelj 2007, 149). Kadar imamo več neodvisnih spremenljivk in želimo ugotoviti, v kolikšni meri vsaka od njih deluje na pojav, je prva izbira analize multipla regresija (Gujarati 1995, 16, 22, 191; Williams in Monge 2001, 153, 161).

Dihotomizirali smo neodvisni spremenljivki: izobrazbo (kot osnovno izobrazbo za medicinske sestre in babice smo določili srednjo šolo, za ginekologe-porodničarje pa specializacijo po dokončani dodiplomski izobrazbi) in zaposlitveno institucijo (za osnovo smo določili primarno raven zdravstvenega varstva). Sprva predvideni neodvisni spremenljivki spol (individualna) in vodilni položaj (strukturna) smo izpustili iz nabora za analizo v izogib multikolinearnosti. Na teh podatkih je bila

narejena osnovna analiza – opisna statistika za izključitev multikolinearnosti med preostalimi testiranimi neodvisnimi spremenljivkami (Priloga H.1). Korelacije niso bile visoke; upoštevali smo $p < 0,1$. V nadaljevanju smo izvedli regresijo po neodvisnih spremenljivkah (Priloga H.2: Multipla regresija); formula:

$$y = \textit{konstanta} + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

Testirali smo vplive posameznikovih karakteristik – starosti in izobrazbe ter zaposlitvene institucije – strukturnih/organizacijskih karakteristik na percepcijo anketirancev o elementih profesionalizma.

4 REZULTATI Z RAZPRAVO

V poglavju so numerično in grafično predstavljeni izsledki študije. Rezultati so razdeljeni v podpoglavja; demografski podatki ter stališča anketirancev o glavnih elementih profesionalizma (znanju, etiki, moči oz. avtonomiji, sodelovanju z uporabniki, sodelovanju s sorodnimi poklicnimi skupinami ter reflektivni praksi). Statistično značilni rezultati študije so interpretirani v skladu z dejstvi iz pregleda literature.

4.1 Demografski podatki

V prečiščenem naboru podatkov je za postopek analize ostalo 149 anket babic, 335 anket medicinskih sester ter 104 ankete ginekologov-porodničarjev, oz. glede na samoopredelitev – 128 babic, 356 medicinskih sester, 104 ginekologov-porodničarjev (skupaj 588). Domnevamo, da so v vseh treh skupinah verjetno odgovarjali le najbolj »sodelovalni« posamezniki. S tem v mislih je potrebno brati tudi interpretacijo rezultatov.

Dejstvo, da so se anketirani v prvi in drugi skupini lahko poklicno opredelili sami (po pošti so prejeli obe verziji vprašalnika – za babice in medicinske sestre – z navodilom, da izberejo vprašalnik svoje poklicne skupine), je puščalo precej svobode v določanju poklicne pripadnosti. Pri pošiljanju anket smo ločili skupini po barvi naslova na frankirani kuverti, s katero so anketiranci vračali izpolnjene vprašalnike (babice črn tisk, medicinske sestre moder).

Tako se je 34 posameznikov (izmed 152, ki so v registru Zbornice zdravstvene in babiške nege vpisani kot strokovnjaki za področje babištva) identificiralo kot medicinske sestre (verjetno na podlagi sistematiziranega delovnega mesta, področja dela oz. kakšnega drugega razloga). V drugi skupini anketiranih, kjer

smo zajeli medicinske sestre, ki pri svojem delu sodelujejo z babicami, pa se jih je 14 (od 346) identificiralo za babice (domnevno na podlagi srednje ali visoke izobrazbe, področja dela oz. kakšnega drugega razloga).

V končnem smo se odločili, da kot kriterij za določanje poklicne skupine upoštevamo opredelitev anketirancev; torej njihov osebni občutek poklicne pripadnosti.

Reprezentativnosti vzorca v odnosu do populacije ni bilo mogoče oceniti, saj karakteristik splošne populacije raziskovanih skupin nismo poznali. Register izvajalcev zdravstvene nege in babištva Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije ne predvideva opredelitve članov po področju poklicne dejavnosti, prav tako seznam članov Slovenskega društva ginekologov in porodničarjev ne opredeljuje posameznikov, ki z babicami prihajajo v stik.

Med pripadniki vseh treh skupin smo, kot je bilo pričakovano, ugotovili precejšnje demografske razlike. Bistvene povzemajo Tabele od 4.1 do 4.3, bolj podrobno pa so karakteristike anketirancev prikazane v prilogah (Priloga Č: Demografija udeležencev raziskave).

Kot je razvidno iz Tabele 4.1, je večina anketirancev v skupini medicinskih sester in babic ženskega spola (98 %), medtem ko je bilo v skupini ginekologov-porodničarjev le malo več kot polovica anketirancev žensk. Ker statistični podatki o poklicni skupini slovenskih babic in medicinskih sester niso enotni, težko ugotavljamo podobnost s splošno populacijo, ocenjujemo pa, da anketiran vzorec, kar se tiče spolne pripadnosti, odraža dejansko stanje na področju obporodnega zdravstvenega varstva.

Vse v anketi sodelujoče medicinske sestre in babice so stare od 20 do 60 let. V obeh skupinah je bila starostna porazdelitev podobna; približno polovica anketirancev je bila stara do 40 let, druga polovica pa med 40 in 60 let. V nasprotju s tem so bili anketiranci v skupini ginekologov-porodničarjev starejši. Le četrtnina je bila starih manj kot 40 let (26,2 %). Domnevamo, da je to posledica

dolgotrajnega študija. Bistvena razlika v primerjavi s skupinama babic in medicinskih sester je tudi, da je bila približno petina (17,6 %) še dejavnih anketiranih ginekologov-porodničarjev starih več kot 60 let. Verjetno je razlog večje število pripadnikov moškega spola, za katere je predvidena daljša delovna doba.

Tabela 4.1: Starost in spol anketirancev treh raziskovanih skupin

| | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI-PORODNIČARJI | |
|----------------|--------|------|-------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Spol | | | | | | |
| Moški | 2 | 1,6 | 5 | 1,4 | 43 | 42,6 |
| Ženski | 125 | 98,4 | 345 | 98,6 | 58 | 57,4 |
| Starost | | | | | | |
| 20–40 | 64 | 53,3 | 139 | 42,5 | 24 | 26,2 |
| 41–60 | 56 | 46,7 | 188 | 57,5 | 51 | 56,1 |
| 61 in več | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 17,6 |

Bistvene razlike med skupinami so razvidne tudi, če primerjamo anketirance v odnosu do najvišje dosežene stopnje izobrazbe ter dokončane šole (Tabela 4.2).

Večina babic in medicinskih sester je imela končano srednjo in/ali dodiplomsko šolo. Le redki anketiranci teh dveh skupin so nadaljevali študij na podiplomskem nivoju (1,6 % babic oz. 2,1 % medicinskih sester). V tem pogledu se skupina ginekologov-porodničarjev od njih bistveno razlikuje, saj so imeli v 100 % dokončan podiplomski študij. Lahko bi torej rekli, da je njihova izobrazbena raven (ter s tem znanje kot tako) v osnovi na višjem nivoju, vendar pa je v interpretaciji tega podatka potrebno imeti v mislih tudi popolnoma drugačen sistem šolanja vseh treh poklicnih skupin (npr. prakticanje medicine z visoko šolo sploh ni mogoče).

Razlikovanje med skupinami seže že v obdobje srednje šole, saj je imela večina anketirancev v skupini babic in medicinskih sester (86,5 % babic ter 90 % medicinskih sester) opravljeno srednjo zdravstveno šolo (smer zdravstvena nega ali babištvo), medtem ko je imela večina anketirancev iz skupine ginekologov-porodničarjev dokončano gimnazijo (92,9 %). Glede na to, da slovenski šolski

sistem nadaljevanje študija na univerzitetni ravni dovoljuje le tistim z opravljeno maturo, kaže na to, da se že v principu anketiranci med seboj ločijo in delijo na tiste, katerih poklicna odločitev je študij medicine oz. kariera na področju zdravstvenih ved.

Tabela 4.2: Stopnja izobrazbe in dokončane šole anketirancev treh raziskovanih skupin

| | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI-PORODNIČARJI | |
|---|--------|------|-------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Izobrazba | | | | | | |
| Srednja | 52 | 40,9 | 152 | 44,2 | 0 | 0 |
| Dodiplomska | 73 | 57,5 | 185 | 43,8 | 0 | 0 |
| Specializacija | 1 | 0,8 | 5 | 1,5 | 66 | 65,3 |
| Magisterij, doktorat | 1 | 0,8 | 2 | 0,6 | 35 | 34,7 |
| Srednja šola | | | | | | |
| Zdravstvena nega | 47 | 37,3 | 258 | 75,4 | 6 | 6,1 |
| Babištvo | 62 | 49,2 | 50 | 14,6 | 0 | 0 |
| Gimnazija | 6 | 4,8 | 29 | 8,5 | 92 | 92,9 |
| Drugo | 10 | 8 | 5 | 1,5 | 1 | 1 |
| Dodiplomska šola | | | | | | |
| Zdravstvena nega | 9 | 12 | 171 | 89,1 | 0 | 0 |
| Babištvo | 66 | 88 | 21 | 10,9 | 0 | 0 |
| Medicina | 0 | 0 | 0 | 0 | 103 | 100 |
| Specializacije po visoki st. | | | | | | |
| Por.-gin. zdr. nega | 0 | 0 | 1 | 6,7 | 0 | 0 |
| Patronažna zdr.nega | 0 | 0 | 3 | 20 | 0 | 0 |
| Drugo | 2 | 100 | 11 | 73,7 | 0 | 0 |
| Specializacije po univerzit. st. | | | | | | |
| Medicina – por. in gin. | 0 | 0 | 0 | 0 | 103 | 100 |

Glavne karakteristike anketirancev glede zaposlitvene inštitucije in dolžine delovne dobe so zajete v Tabeli 4.3. V vseh treh skupinah prevladuje zaposlitev v javnih inštitucijah. Najpogosteje so bili anketiranci zaposleni v porodnišnici (59,6 %). Na drugem mestu je bila zaposlitev v zdravstvenem domu (31,6 %).

V porodnišnicah je bilo najpogostejše področje dela babic porodni blok (53,7 %). Ker je v večini manjših slovenskih porodnišnic organizacija dela taka, da se babice izmenjujejo na ginekološkem oddelku, na oddelku za nosečnice s tvegano

nosečnostjo, v porodnem bloku in na poporodnem oddelku, je na drugem mestu po pogostosti sledilo z 19,5 % t. i. »kroženje«.

Tabela 4.3: Inštitucija, leta in področje zaposlitve anketirancev treh raziskovanih skupin

| | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI-PORODNIČARJI | |
|----------------------------------|--------|------|-------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Zaposlitvena inštitucija | | | | | | |
| <i>Zdravstveni dom</i> | | | | | | |
| Ginekološka ambulanta | 13 | 40,6 | 12 | 9 | 16 | 100 |
| Patronažna služba | 16 | 50 | 95 | 71,4 | 0 | 0 |
| Kroženje | 1 | 3,1 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Drugo | 1 | 6,3 | 22 | 16,7 | 0 | 0 |
| <i>Porodnišnica</i> | | | | | | |
| Odd. za zdravlj. neplod. | 1 | 1,2 | 2 | 1,1 | 2 | 2,9 |
| Ginekološka ambulanta | 3 | 3,7 | 5 | 2,7 | 0 | 0 |
| Odd. za ginekologijo | 1 | 1,2 | 15 | 8,2 | 5 | 7,1 |
| EINT ginekologija | 2 | 2,4 | 9 | 4,9 | 1 | 1,4 |
| Odd. za rizično nos. | 2 | 2,4 | 4 | 2,2 | 1 | 1,4 |
| Porodni blok | 44 | 53,7 | 11 | 6 | 12 | 17,1 |
| Poporodni odd. | 0 | 0 | 23 | 12,6 | 1 | 1,4 |
| EINT otročnic | 3 | 3,7 | 13 | 7,1 | 0 | 0 |
| EINT novorojenčkov | 6 | 7,3 | 27 | 14,8 | 0 | 0 |
| Pediatrični oddelek | 1 | 1,2 | 6 | 3,3 | 0 | 0 |
| Kroženje | 16 | 19,5 | 35 | 19,2 | 48 | 68,6 |
| Drugo | 3 | 3,6 | 32 | 17,3 | 0 | 0 |
| <i>Zasebna praksa</i> | | | | | | |
| Ginekološka ambulanta | 2 | 50 | 0 | 0 | 9 | 100 |
| Patronažna služba | 1 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Drugo | 1 | 25 | 1 | 100 | 0 | 0 |
| <i>Izobraževalna inštitucija</i> | | | | | | |
| Zdravstvena nega | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 |
| Babištvo | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Leta zaposlitve | | | | | | |
| do 5 let | 48 | 38,7 | 103 | 31,1 | 17 | 17,5 |
| 5 do 15 let | 25 | 20,1 | 80 | 15,2 | 36 | 37,1 |
| 15 do 25 let | 15 | 12,1 | 91 | 27,2 | 24 | 24,8 |
| 25 let in več | 36 | 29 | 58 | 17,5 | 20 | 20,6 |

Najpogostejša delovna področja medicinskih sester, zaposlenih v porodnišnicah, so bila poporodni oddelek, intenzivna nega in terapija novorojenčkov, »kroženje« oz. »drugo« (anestezija, operativni blok ...).

Ginekologi-porodničarji v porodnišnici navadno nimajo določenega področja dela, pač pa »krožijo« (68,6 %); tj. delajo na različnih oddelkih.

Ginekologi-porodničarji so bili v zdravstvenih domovih zaposleni le v okviru ginekoloških ambulant, anketirane babice so bile v približno enaki meri zastopane v okviru patronažne službe (50 %) in v ginekoloških ambulantom (40,6 %), medtem ko je večina medicinskih sester, ki so odgovarjale na vprašalnik in so bile zaposlene v zdravstvenih domovih, delovala v patronažnih službah (71,4 %).

Največ anketiranih babic in medicinskih sester je imelo manj kot 5 let delovnih izkušenj, medtem ko so v skupini ginekologov-porodničarjev prevladovali tisti, ki so imeli med 5 in 15 let delovnih izkušenj.

Kot prikazuje Tabela 4.4, babice in medicinske sestre, ki so odgovorile na anketni vprašalnik, v več kot 80 % niso imele vodstvenega položaja; v nasprotju z 51 % ginekologov-porodničarjev.

Tabela 4.4: Delovno mesto in službeni položaj anketirancev treh raziskovanih skupin

| | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI-PORODNIČARJI | |
|----------------------------------|--------|------|-------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Delovno mesto | | | | | | |
| Srednja med. sestra | 4 | 3,3 | 85 | 25,5 | 0 | 0 |
| Srednja med. sestra-babica | 44 | 36,3 | 9 | 2,7 | 0 | 0 |
| Zdr. tehnik | 0 | 0 | 51 | 15,3 | 0 | 0 |
| Višja med. sestra | 4 | 3,3 | 37 | 11,1 | 0 | 0 |
| Dipl. med. sestra | 10 | 8,2 | 119 | 35,7 | 0 | 0 |
| Diplomirana babica | 58 | 47,5 | 16 | 4,8 | 0 | 0 |
| Profesor zdravstvene vzgoje | 0 | 0 | 1 | 0,3 | 0 | 0 |
| Med. sestra – specialistka | 0 | 0 | 5 | 1,5 | 0 | 0 |
| Strokov. sodelav. ali asistent | 2 | 1,6 | 2 | 0,6 | 0 | 0 |
| Visokošol. učitelj | 0 | 0 | 6 | 1,8 | 1 | 1 |
| Dr. med. – spec. por. in gin. | 0 | 0 | 0 | 0 | 102 | 99 |
| Drugo | 0 | 0 | 2 | 0,6 | 0 | 0 |
| Službeni položaj | | | | | | |
| Brez vodstvenega položaja | 104 | 84,6 | 280 | 81,4 | 46 | 45,1 |
| Vodstv. položaj na ravni enote | 18 | 14,6 | 55 | 16 | 41 | 40,2 |
| Vodstv. položaj na ravni instit. | 1 | 0,8 | 7 | 2 | 11 | 10,8 |
| Drugo | 0 | 0 | 2 | 0,6 | 4 | 3,9 |

Po sistematizaciji delovnega mesta so bili vsi ginekologi-porodničarji s strani delodajalca opredeljeni skladno z izobrazbo. Večina anketiranih medicinskih sester je zasedala delovno mesto diplomirane medicinske sestre (35,7 %), srednje medicinske sestre (25,5 %), zdravstvenega tehnika (15,3 %) ali višje medicinske sestre (11,1 %). Babice so bile v največji meri zastopane kot diplomirane babice (47,5 %) in kot srednje medicinske sestre-babice (36,3 %).

4.2 Rezultati v odnosu do parametrov profesionalizma

V nadaljevanju sledi interpretacija rezultatov glede na šest elementov profesionalizma. Za vsak element je v tabelah prikazana frekvenčna porazdelitev mnenj vseh treh anketiranih skupin (vrednosti so dihotomizirane, da je strinjanje oz. nestrinjanje s trditvijo jasno razvidno) ter grafični prikaz povprečja mnenj anketirancev v odnosu do idealnega stanja profesionalizma slovenskega babištva. Izpostavljeni so tudi statistično značilni rezultati ANOVE ter multiple regresije. Vsi ostali rezultati analize (standardni odkloni, povprečja, razlike v odgovorih znotraj anketiranih skupin, Pearsonov test hi-kvadrat, test Cronbach α , Likertov indeks) so vključeni v priloge.

4.2.1 Znanje

Frekvenčno porazdelitev stališč vseh treh anketiranih skupin do babiškega znanja kot pomembnega elementa v profesionalizacijskem procesu stroke povzema Tabela 4.5.

Le približno polovica anketirancev vseh treh skupin je menilo, da je znanje in delo babic specifično, ter da se bistveno razlikuje od zdravstvene nege in porodništva. Še posebej zaskrbljujoče je, da je tako mislilo tudi samo 61 % anketiranih babic. Vendar pa tudi teoretiki menijo, da je babiško znanje trenutno še premalo

specifično, da bi zadostilo kriterijem profesionalnega znanja. V veliki meri namreč sestoji iz medicinskega znanja (porodništvo in ginekologija) (Kirkham 1998, 136; Freidson 1988, 49).

Tabela 4.5: Stališča anketirancev glede znanja – prvega parametra profesionalizma slovenskega babištva

| ZNAJJE | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI-PORODNIČARJI | |
|--|--------|-------|-------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole: | | | | | | |
| DA | 74 | 58,7 | 233 | 66,8 | 56 | 54,9 |
| NE | 52 | 41,3 | 116 | 33,2 | 46 | 45,1 |
| Praktične spretnosti v babiškem poklicu so bolj pomembne kot teoretično znanje: | | | | | | |
| DA | 78 | 62,9 | 208 | 60,1 | 57 | 57,6 |
| NE | 46 | 37,1 | 138 | 39,9 | 42 | 42,4 |
| Svoje delo strokovno opravljam: | | | | | | |
| DA | 125 | 100,0 | / | / | / | / |
| NE | 0 | 0 | | | | |
| Babice so porodniške medicinske sestre: | | | | | | |
| DA | / | / | 226 | 66,5 | 50 | 50,5 |
| NE | | | 114 | 33,5 | 49 | 49,5 |
| Vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdr. nege: | | | | | | |
| DA | 72 | 58,5 | 291 | 84,3 | 72 | 73,5 |
| NE | 51 | 41,5 | 54 | 15,7 | 26 | 26,5 |
| Znanje in delo babic je specifično – loči se od porodništva in zdr. nege: | | | | | | |
| DA | 76 | 61,3 | 175 | 50,7 | 63 | 63,0 |
| NE | 48 | 38,7 | 170 | 49,3 | 37 | 37,0 |
| Redno strokovno izpopolnjevanje babic: | | | | | | |
| DA | 122 | 97,6 | 309 | 74,7 | 87 | 85,3 |
| NE | 3 | 2,4 | 33 | 25,3 | 15 | 14,7 |

Babištvo je tekom razvoja poleg znanj porodništva in ginekologije posvojilo tudi določene koncepte zdravstvene nege, ki se jih danes poskuša otresti (ločevanje terminologije, teoretičnih podlag itd.). Da preskok ne bo enostaven, odraža precej močno strinjanje anketirancev s trditvijo, da bi babice za opravljanje babiškega dela morale imeti predhodno izobrazbo iz zdravstvene nege (o čemer so bile s 84 % najbolj prepričane medicinske sestre, vseeno pa se je z izjavo strinjalo tudi 58,9 % babic ter 73,5 % ginekologov-porodničarjev). Pogost trend v tujini je, da se babice in medicinske sestre razmeji že v začetnem procesu izobraževanja, saj naj bi direktno izobraževanje za babištvo (brez predhodne izobrazbe iz zdravstvene nege), t. i. »direct entry midwifery«, oblikovalo bolj stroki predane babice (Leap

2000); diplomantom naj bi bila njihova vloga v zdravstvenem sistemu (v odnosu do medicine in zdravstvene nege) bolj jasna, obenem pa naj bi bili diplomanti bolj zavezani filozofiji fiziologije (Lay 2000, 170–173), čeprav imajo nekatere države (npr. Švedska) dokaj samostojno babištvo, kljub temu da je predpogoj za podiplomski študij babištva diploma iz zdravstvene nege.

Babica naj bi spodbujala naravne (torej fiziološke) procese reprodukcije (npr. fiziološki porod je vaginalni porod, ki se spontano začne, se odvija brez intervencij ter se zaključi brez prereza presredka in brez komplikacij za žensko in otroka). Nekateri namesto termin fiziološki, uporabljajo izraz normalen ali nekomplíciran (Davis-Floyd in drugi 2009, 446; Foureur in Hunter 2006, 100, 104–108; Pairman in McAra-Couper 2006, 248). Vsi pa poudarjajo, da je važno, da študenti resnično internalizirajo babiško filozofijo, torej spodbujanje fiziologije. Po mnenju nekaterih to ni možno brez direktnega vstopa v izobraževanje za babico, saj zdravstveno nego povezujejo z modelom bolezni in jo kot tako smatrajo bolj podobno medicinskemu pristopu (Kornelsen in Carty 2004, 112). Tudi v Sloveniji se babice po letu 1996 izobražujejo preko direktnega vstopa v dodiplomski študijski program. Vendar pa je bilo v preteklosti zaradi pomanjkanja babiškega kadra veliko učiteljev medicinskih sester in ginekologov-porodničarjev, kar se je, kot kažejo rezultati, odrazilo na miselnosti anketiranih babic. Za samostojno stroko ni dopustno, da bi jo v tako pomembnem elementu profesionalizma, kot je izobraževanje, nadzoroval drug poklic (Symon 1996, 549). Tekom izobraževanja se ne podaja le znanj, pač pa tudi stališča, ki oblikujejo pripadnost – proces profesionalne socializacije. Pripadnost stroki je ključna za profesionalizem. Nanjo, poleg stališč, ki so strokovnjaku vsajena tekom izobraževanja, vpliva tudi struktura organizacije, v kateri je posameznik zaposlen (Ritzer 1971, 69). Če torej upoštevamo, da še delodajalcem ni prav jasna razlika med medicinsko sestro in babico ter da večina zdravstvenih domov v Sloveniji nima sistematizacije za delovno mesto babice (Beričič 2010), je torej nizka stopnja identifikacije z babištvom med slovenskimi babicami, ki se odraža tudi v raziskavi, logična posledica. 67 % medicinskih sester je menilo, da so babice porodniške medicinske sestre. S tem so se v malo manjši meri strinjali tudi ginekologi-porodničarji (51 %). Vsi anketiranci, ki so se opredelili

kot babice, pa trdijo, da so ponosne, da so babice ter menijo, da dobro ločijo poklicne vloge različnih zdravstvenih strokovnjakov (Tabela 4.7 in Tabela 4.9).

Tretja plast babiškega znanja so družboslovna védenja. S tem pristopom je babištvo želelo skreniti vstran od medicinskega modela k bolj humanistični ali morebiti celo feministični usmeritvi (Rushing 1993, 46). Ideologija feminizma naj bi povezala ženske uporabnice in (največkrat) ženske babice, ki v premiku porodov v bolnišnice in v medikalizaciji poroda vidijo problem predvsem v nadzoru moških (patriarhat) nad ženskami. Vidna pripadnica te struje je A. Oakley (1984, 1991, 1992). Kombinacija principov znanosti in feminizma se je izkazala za učinkovito ideološko orožje v uveljavljanju babištva (MacDonald 1995, 148, 149). Vendar pa se moramo zavedati, kot opozarjata Abbott in Meerabeau (1998, 12), da je družboslovje, v primerjavi z naravoslovnim znanjem, trenutno nižje vrednoteno. Tudi metodološki principi raziskav, ki jih babištvo izvaja, temeljijo na družboslovju, ki ima sloves »mehke znanosti«. Ni namreč vsako znanje enako vredno in le tiste poklicne skupine, ki posedujejo superiorno znanje, lahko postavijo profesionalne meje; omejijo lastno področje dela.

Babištvo je torej v svojih teoretičnih osnovah konglomerat različnih védenj. Postavlja se vprašanje, ali je ta kombinacija tako specifična, da lahko govorimo o lastni disciplini. Specifično oz. ezoterično znanje je namreč tisto, ki loči poklice od profesij. Prav gotovo je določiti specifično znanje posamezne poklicne skupine, kjer se dejavnost prepleta z drugimi strokami, težavno. Vsako delo zahteva določeno védenje, brez katerega opravljanje profesionalne dejavnosti ni možno. Po drugi strani se tudi mnenja strokovnjakov o tem, kaj dejansko ezoterično znanje pomeni in kakšna naj bi bila potemtakem vloga strokovnjakov, razlikujejo. Parsons (1954 v Benoit 1989, 161) meni, da je v tem pogledu bistvena emocionalna nevtralnost; dejavnost naj bi se torej izvajala na podlagi znanstvenega znanja ter tehnične ekspertize. Drugi pa ob tem poudarjajo tudi empatijo oz. celo intuicijo in umetnost (Kaplan Daniels 1971, 40, 41).

O babištvu nekateri res govorijo kot o umetnosti (t. i. »art of midwifery«), zato so bili poskusi akademiziranja babištva ponekod sprejeti dokaj ambivalentno, saj naj združevanje znanosti in umetnosti babištva ne bi bilo mogoče (Benoit 1989, 162). Veliko babiškega znanja izvira iz izkušenj ter upošteva intuicijo ženske, ki jo obravnava, ter ni znanstveno. To raven znanja v babištvu bi lahko imenovali »tacit knowledge«. Predmoderni diskurz babištva namreč poudarja vlogo spretnosti in veščin, kar dela babico ekspertinjo ter babištvo vodi v legitimno avtonomijo; je pa istočasno v nasprotju z modernim diskurzom znanosti in teoretskega znanja (babica – raziskovalka) (Boje 1995, 998).

Velik del babiškega znanja so tudi spretnosti in veščine, vendar pa so ta znanja s stališča profesionalizma problematična, saj so klasificirana in vrednotena nižje kot pa znanstvena dognanja; znanstveno dokazati jih je težko oz. skoraj nemogoče. Priučevanje in intuicija v kontekstu profesionalizma nimata prostora (Kirkham 1998, 138; Leicht in Fennell 2001, 94), zato je bilo veliko tradicionalnih babiških védenj in znanj nekritično opuščeni in izgubljeni v procesu profesionalizacije (Jacono 1993, 192). Vsesplošno mnenje profesionalcev je, da so specialna teoretična znanja znak profesionalizma, specialne spretnosti in veščine pa znak obrtništva (Symonds in Hunt 1996, 199). Večina sodobnih strok danes stremlje k praksi, ki temelji na raziskovalnih dokazih (Murphy 1988, 247); torej jasni, razsodni in zavestni rabi trenutno najboljših dokazov, ki jih nudijo kakovostne znanstvene raziskave (Sackett in drugi 2000). Znanstveno znanje namreč odraža aktualne družbene vrednote – logiko in racionalnost (Abbott 1988, 54; Albers 2001, 130). Temu sledi tudi medicina, čeprav nekateri trdijo drugače (Wagner 1997, 385). Če torej babištvo ne sledi medicinskemu konceptu znanja in se opre na tradicionalna védenja, mu lahko očitajo nepopolnost, nerazvitost ter ga opredelijo le za manj znanstven porodniški pristop (Ginzberg 1989). Babice so tako ujete med nasprotujočimi prepričanji znanstvenih dokazov in drugimi pristopi (Fleming 1998b, 141), ki vključujejo tudi manj oprijemljive metode.

S tega zornega kota je problematičen odnos anketirancev, ki menijo, da za opravljanje babiškega poklica ni potrebna diploma (45 % ginekologov-

porodničarjev in kar 41 % babic). Njihov odnos verjetno pojasnjuje prepričanje, da so za babištvo praktične spretnosti bolj pomembne od teoretičnih osnov, kot je odgovorila več kot polovica anketirancev (babice so z 62 % o tem najbolj prepričane). V tem pogledu se kažejo bistvene razlike v mnenjih anketirancev glede na njihovo izobrazbo; tako v skupini babic kot tudi medicinskih sester so teoretično znanje podcenili anketiranci z dokončano srednjo šolo, medtem ko so diplomanti odgovarjali drugače (Priloga E: Statistično značilne razlike med odgovori anketirancev znotraj skupine glede na zaposlitveno institucijo ter stopnjo izobrazbe). Ta močan antiintelektualizem izhaja iz pretekle številčne prevlade nizko izobraženih članov, ki so poklicu izoblikovali specifično subkulturo in za katere je značilno zanikanje pomena izobrazbe ter povečevanje prakse (Pahor 2006, 34). Fizično delo je bilo, v nasprotju od intelektualnega, skozi zgodovino vedno opredeljeno kot manj vredno in so ga opravljali podrejeni člani družbe (Kanjuro Mrčela 2002, 32). Babištvo brez lastnih teoretičnih temeljev v sistemu profesij nima obstoja. Univerze in visoke šole (torej dodiplomski študij) se (za razliko od srednjih šol) navadno povezuje s teoretičnim znanjem. Anketiranci morda zato ne vidijo smisla v študiju babic. Slednje stališče je problematično, če upoštevamo pomen akademskega znanja za profesionalizem določene poklicne skupine. Značilnost strokovnjakov je, da cenijo in spoštujejo strokovno znanje ter posledično ljudi, ki ga ustvarjajo (akademiki) (Abbott 1988, 119).

Značilnost profesionalnega znanja je, da ga je mogoče pridobiti tekom dolgotrajnega in zahtevnega izobraževanja (Walker in Sibson 1998, 24; Shaffer in Gordon 1979, 209; Abbott 1988, 129). Za babištvo v Sloveniji je velik napredek pomenil premik izobraževanja iz srednješolskega na visokošolsko raven. Ob vstopu v EU leta 2005 se je ginekološko-porodniška smer zdravstvene nege odcepila v Oddelek za babištvo Visoke šole za zdravstvo. Ustanovljena je bila tudi lastna katedra. Kadrovsko se je oddelek za babištvo okrepil. Višanje izobrazbe pripadnikov poklicne skupine ter zavedanje o pomenu teoretičnih znanj se odraža tudi v razlikah med odgovori anketiranih srednjih in diplomiranih babic (Priloga E: Statistično značilne razlike v odgovorih anketirancev). Kot drugje (Cutts in drugi 2003, 185; Watson in drugi 2002, 264) pa se tudi v Sloveniji srečujemo z

razkorakom v stanju med izobraževanjem in dejavnostjo babic (t. i. »theory-practice gap«). Medtem ko je študijski program babištva v preteklih desetih letih (1996–2007) doživel veliko sprememb, se je v praksi spremenilo dokaj malo. Prihaja do razlik med teoretičnimi znanji in stališči, ki jih študenti pridobijo tekom izobraževanja in praktičnimi situacijami, ki so jim priča v času kliničnega izobraževanja. Podobno ugotavljajo tudi avtorji drugje (Symonds in Hunt 1996, 205–206). Ker je dodiplomski predmetnik babištva dokaj praktično naravnano (podobno je tudi v tujini, saj to za izobraževanje babic odredjajo sektorske direktive EU), študent polovico svojega študijskega časa preživi v kliničnem okolju. Tam se zgodi večina izkušenj profesionalne socializacije. Ključnega pomena za razvoj profesionalne identitete so torej modeli – babice iz prakse (Bluff in Holloway 2008, 301). Klinični mentorji in učitelji profesionalnega izobraževanja študentov so navadno od teh starejši in bolj izkušeni (Leicht in Fennell 2001, 214). Problem nastane, če babice, sicer izkušene ter cenjene zaradi svojih veščin ter bogastva izkušenj, ne posedujejo znanja, vrednot in stališč, skladnih s teoretičnimi koncepti študijskega programa. Čeprav se večina babic redno doizobražuje (98 %), slovenska babiška praksa ne dosega tako drastičnih izboljšanj, kot bi bilo pričakovati – npr. nekateri v praksi uporabljeni posegi ne temeljijo na dokazih. Druga problematična plat je, da se znotraj poklicne socializacije študenti učijo tudi subtilnih čustvenih elementov svojega poklica. Poklicna socializacija študentov na praksi pa, kot že omenjeno, zaradi različnosti v znanju in stališčih ni vedno skladna s teoretičnim izobraževanjem – npr. lahko je v sklopu teoretičnega izobraževanja poudarjena enakovrednost zdravstvenih strok, obenem pa je študent v času prakse indoktriniran v subordinacijo. Primer tega je nezmožnost asertivnega vedenja v odnosu do zdravnika v praksi (Freidson 1988, 76).

Današnja razširjena vloga babic, ki s seboj prinaša večjo odgovornost, zahteva tudi višje in bolj poglobljeno izobraževanje, kar je glavni argument za dvig izobraževanja babic na akademsko raven (Spencer 2006, 52; Pehlke-Milde in drugi 2006, 183). Nujna je uvedba izobraževanja na drugi in tretji bolonjski stopnji. Razvoj slovenskega babiškega izobraževanja je zastal – ključna ovira je predvsem pomanjkanje babiškega kadra, ki bi izobraževanje lastne stroke usmeril na

podiplomsko raven. Izobraževanje babic v Sloveniji je tako kot v nekaterih drugih državah (Pehlke-Milde in drugi 2006) trenutno v slepi ulici, saj ni možnosti, da bi diplomanti nadaljevali študij na podiplomskih programih lastne stroke. Posledično je v slovenskem prostoru zelo malo magistrstov ter doktorjev s področja babištva, babiških raziskav ter objav, ki so lahko znanstveni indikatorji razvitosti stroke (Treacy in Hyde 1999, 13; Tierney 1997, 73). Raziskovalci so ugotovili, da se strokovnjaki z doktoratom znanosti obnašajo kot profesionalci; spoštujejo avtonomijo, etični kodeks, cenijo znanje ter uživajo priznavanje ostalih profesionalcev (Gurney in drugi 1997; Adams in drugi 1996).

Babištvo bi torej moralo definirati specifično znanje, ki podpira strokovno dejavnost (Bryar 1995; Price in Price 1993, 234; Siddiqui 1994, 419; Walker in Sibson 1998, 24), a je abstrahirano; to so preko refleksije predelani koncepti strokovnega poznavanja in védenja, ki dajejo drugačno razumevanje strokovnih postopkov (Abbott 1988) ter konceptualizirano – klasificirano – glede na osnovne karakteristike v skupine, vzorce, teorije in modele (Glover in Bruning 1987 v Walker in Sibson 1998, 22). Nekateri poglobljeni koncepti babištva, npr. strah, nadzor, spoštovanje, so težko znanstveno opredeljivi s klasičnimi kvantitativnimi metodami, lahko pa se jih opredeli na drugačen način (npr. kvalitativno in z uporabo filozofskega pristopa in refleksije vsakodnevne prakse). Omenjene koncepte je možno spoznati le preko babiške dejavnosti, zato dajejo babištvu tisto neopredeljivo védenje, ki da stroki monopol in kontrolo nad določenim področjem znanja (Walker in Sibson 1998, 20). Lahko torej rečemo, da samostojno bazo znanja babištvo ustvarja šele zdaj. Definiralo je lastno področje – ohranjanje in promoviranje normalnosti (Kirkham 1998, 137). Trudi se zbrati dokaze s pomočjo raziskav (Symon 1996, 545), čeprav je področje fiziologije težko definirati na podlagi visokovrednotenih raziskovalnih metod (npr. randomizirane kontrolne študije), obenem pa nikomur drugemu babiške raziskave niso zanimive (npr. farmacevtski lobi ni zainteresiran, da bi jih podprl in financiral, ker mu ne prinašajo dobička). Kljub vsemu temu nekateri ne priporočajo omejitev babiškega znanja na gola dejstva, ki izvirajo iz raziskav, saj menijo, da to vodi v redukcionistični pristop, ki ga povezujejo z medicino (Foley in Faircloth 2003, 182; Oakley in Hound 1990,

164). Profesionalno babiško znanje bi moralo biti pretanjeno ravnovesje dokazov in intuitivnega védenja, ob empatiji, ki je odraz reflektivne prakse (Siddiqui 1994, 421; Walker in Sibson 1998, 20).

S pomočjo analize variance (ANOVA) ter s testom hi-kvadrat smo ugotavljali, katera stališča se pri odgovorih vseh treh poklicnih skupin statistično razlikujejo (Priloga D.2: Anova; Priloga D.3: Pearsonov test hi-kvadrat). V sklopu znanja se mnenja razlikujejo v naslednjih trditvah (*razlike so značilne ob $p < 0,05$*):

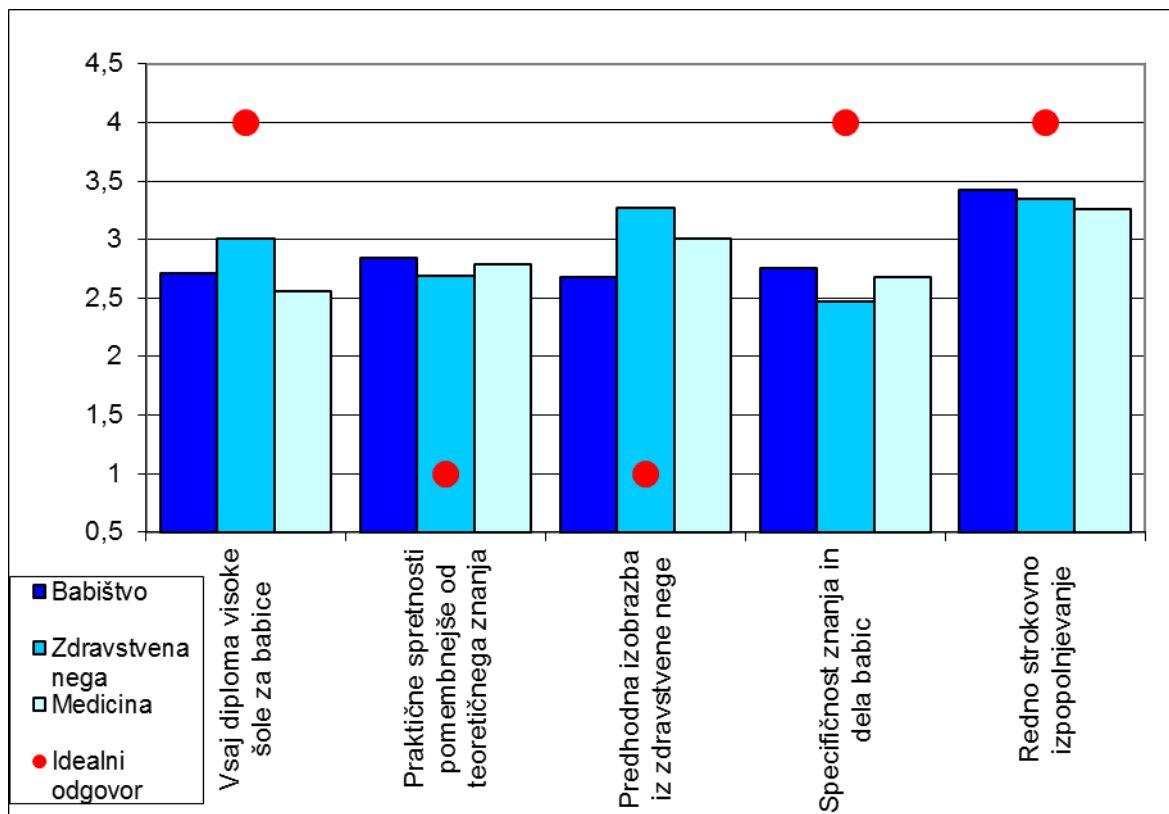
- vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole (*najvišje strinjanje v skupini medicinskih sester*);
- znanje in delo babic je specifično – loči se od porodništva in zdravstvene nege (*najvišje strinjanje v skupini babic*);
- vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdravstvene nege (*najvišje strinjanje v skupini babic*).⁴

Če primerjamo odgovore na vprašanja, ki so bila zastavljena vsem skupinam, z idealnimi, ugotovimo, da rezultati ne opisujejo željene situacije profesionalizma babištva (Slika 4.1).

Mnenja anketirancev odražajo popolnoma nasprotna stališča do pomena specifičnega ezoteričnega znanja in védenja, kot ga (za formiranje profesije) pojmuje strokovna literatura. Vrednost teoretičnega babiškega znanja je bila s strani večine anketirancev nizko ocenjena, praktične spretnosti pa precenjene. Specifičnost ezoteričnega babiškega znanja (in s tem dela) ni bila prepoznana v zadostni meri. Edino odgovori o rednem strokovnem izobraževanju (pomenu kontinuiranega spremljanja novosti na področju babištva) so se približali idealnemu odgovoru in so bili dokaj enotni v vseh treh anketiranih skupinah.

⁴Razlog za nekatera neskladja med povprečnimi vrednostmi v tabelah ter ANOVO je dihotomiziranje vrednosti/spremenljivk (4 vrednosti lestvice smo pretvorili v 2 – pojav je oz. ga ni).

Slika 4.1: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o babiškem znanju primerjalno z idealnim tipom



Multipla regresija z analizo vpliva treh neodvisnih spremenljivk na ta element profesionalizma je pokazala, da model ni statistično značilen.

4.2.2 Etika

Frekvenčna porazdelitev mnenj o etiki v babištvu primerjalno med anketiranimi skupinami je predstavljena v Tabeli 4.6.

Osnovna značilnost profesij je tudi delovanje v javno dobro. Interesi uporabnikov storitev naj bi bili pomembnejši od lastnih koristi (Sullivan 1995 v Swick 2001, 157). Posledično družba profesionalce ceni in jim podeli določene bonitete (npr. družbeno moč in ugled) (Rainey 2005, 680). Družbena percepcija o neki profesiji

je odvisna od tega, kako pripadniki stroke izvajajo svojo dejavnost ter ali so njihova strokovna znanja za družbo pomembna in koristna (Hampton in Hampton 2000, 219).

Tabela 4.6: Stališča anketirancev glede etike – drugega parametra profesionalizma slovenskega babištva

| ETIKA | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI-PORODNIČARJI | |
|--|--------|-------|-------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Pri opravljanju babiškega poklica babice želimo/-jo višjo stopnjo odgovornosti: | | | | | | |
| DA | 97 | 77,6 | 254 | 74,7 | 58 | 57,4 |
| NE | 28 | 22,4 | 86 | 25,3 | 43 | 42,6 |
| Babice vestno spoštujejo načela babiškega kodeksa etike: | | | | | | |
| DA | 112 | 89,6 | 315 | 91,8 | 99 | 98,0 |
| NE | 13 | 10,4 | 28 | 8,2 | 2 | 2,0 |
| Nimam možnosti, da bi za varovanko naredila vse, kar je mogoče, ker nisem popolnoma samostojna pri svojem delu OZ. Babice so avtonomne pri svojem delu*: | | | | | | |
| DA | 76 | 61,3 | 166* | 80,6 | 68* | 66,7 |
| NE | 48 | 38,7 | 40 | 19,4 | 34 | 33,3 |
| Svoje poklicno delo opravljam v skladu s profesionalnim kodeksom etike: | | | | | | |
| DA | 123 | 100,0 | / | / | / | / |
| NE | 0 | 0 | | | | |
| Babištvo je izredno pomembno za družbo: | | | | | | |
| DA | 123 | 98,4 | 327 | 94,2 | 101 | 99,0 |
| NE | 2 | 1,6 | 20 | 5,8 | 1 | 1,0 |

*Formulacija trditve se razlikuje glede na anketirano skupino.

Skoraj vsi anketiranci so menili, da je babištvo izjemno pomembno za družbo ter da babice opravljajo družbi koristno dejavnost. Zanimivo je, da so družbeno korist babištva za malenkost bolje ocenili ginekologi-porodničarji (99 %) kot pa babice same (98 %). Medicinske sestre so v odnosu do drugih dveh skupin izrazile najnižji odstotek strinjanja z izjavo (94 %); odgovori so bili najbolj enotni (Priloga D.1: Povprečja in standardni odkloni). Vendar pa za razliko od pomena, ki ga ima babištvo za družbo, veliko babilic meni, da družba dela babilic ne ceni (Tabela 4.7). Lahko da gre pri tem za razkorak med predstavo žensk in babilic, kaj naj bi jim babištvo in babice nudile. Raziskava Rojstvo (Drglin 2006) je namreč pokazala, da si elemente zadovoljujoče porodne izkušnje babilice in obravnavane ženske drugače predstavljajo. Po drugi strani pa lahko gre za slabše zavedanje o pomenu babištva na račun tega, da je babilica navadno skrita v senci ginekologa-

porodničarja. Raziskava o zavedanju glede vloge babice pri normalnem porodu v slovenskem okolju še ne obstaja, zato so to le predpostavke.

Izkazovanje dobronamernosti v smislu družbenokoristne naravnosti navzven izkazujejo kodeksi profesionalnega vedenja, ki usmerjajo strokovnjakov odnos z uporabniki ter drugimi strokami. Slovenske babice so lasten kodeks etike, ki je prilagojen slovenskim razmeram, dobile šele v preteklem letu (Zbornica zdravstvene in babiške nege 2011). Pred tem so se do leta 2005 ravnale po kodeksu za medicinske sestre, pozneje pa po Mednarodnem kodeksu za babice, ki ga je oblikovala Mednarodna zveza babic (ICM 2005).

Vendar pa le dokument – kodeks etike – ne zagotavlja avtomatično etičnega ravnanja strokovnjakov. Profesionalizem na ravni posameznika je ideologija; ponotranjenje etičnih vrednot stroke (Ritzer 1971, 63). Razlika med profesijo, ki je uspešno zaključila profesionalizacijski proces in (med drugim) poseduje kodeks etike, ter profesionalcem, ki je ponotranjil moralne standarde svojega poklica, je v sposobnosti refleksije svojih dejanj. Zato kodeks etike določene stroke avtomatično ne pogojuje zaupanja javnosti v profesionalce (Freidson 1988, 186).

Lahko bi torej povzeli, da je dobronamernost poleg strokovnega znanja bistvena značilnost strokovnjaka. Vse babice so trdile, da svoje delo opravljajo v skladu s profesionalnim kodeksom etike. Niso pa bile vse tako trdno prepričane o etičnosti svojih kolegic (90 %). Podobno skeptične so bile o etični drži babic tudi nekatere medicinske sestre (8,2 %), medtem ko so si bili ginekologi-porodničarji najbolj enotni v mnenju glede etičnosti babic (98 %). Večina babic nedoslednost v zvezi z upoštevanjem strokovnih etičnih principov (predvsem v smislu upoštevanja žensk/uporabnic kot razvidno iz Tabele 4.8) opravičuje predvsem z nezmožnostjo avtonomnega delovanja.

Podrejenost oz. odvisnost babic lahko pomeni nezmožnost lastnih strokovnih odločitev in s tem izpolnjevanja želja žensk, kar za posamezno babico v določeni situaciji lahko predstavlja etično dilemo oz. ji celo preprečuje spoštovanje

profesionalnega kodeksa etike. Večina anketiranih medicinskih sester je babice videla kot samostojne profesionalke (81 %). V malo manjši meri so jih kot avtonomne ocenili ginekologi-porodničarji (67 %). V tej trditvi se mnenja medicinskih sester in ginekologov-porodničarjev močno razlikujejo (Priloga D.1: Povprečja in standardni odkloni). Babice same so se čutile neavtonomne ter so posledično menile, da večkrat niso zmožne zadostiti vsem potrebam in željam žensk, za katere skrbijo (61 %).

V skladu s tem je več kot tri četrtine anketiranih babic (78 %) želelo višjo stopnjo odgovornosti pri opravljanju svojega poklica. Zanimivo pa je, da so ginekologi-porodničarji njihovo željo po večji samostojnosti ocenili bistveno drugače. Razlika med njihovim mnenjem in mnenjem medicinskih sester ter babic je statistično značilna ($p < 0,007$). Skoraj polovica ginekologov-porodničarjev (43 %) je namreč menila, da si babice pri svojem delu ne želijo večje odgovornosti. Tak vtis so verjetno dobili na podlagi vsakodnevnih stikov z babicami; vprašati se je torej potrebno, kakšen vtis s svojim profesionalnim vedenjem babice sporočajo drugim, neodvisnim opazovalcem.

Ker je etična neoporečnost za poklic babice izjemno pomembna, je ponekod (npr. Velika Britanija) eden izmed kriterijev za registracijo in pridobitev licence, ki jo izda strokovno združenje, potrebno dokazilo o nekaznovanosti (Grehan 2004, 198). Tudi drugače ima strokovno združenje velik vpliv na etično delovanje svojih članov; nadzorovalo ter sankcioniralo naj bi delovanje svojih pripadnikov (Williams in drugi 1998) ter obenem zastopalo svoje člane v primeru sodnih postopkov zaradi strokovnih napak. Anketirane babice močno dvomijo v zaledje, ki ga imajo s strani lastnega strokovnega združenja kot kažejo odgovori na nekatere trditve v tabelah 4.7 in 4.10. Mogoče se zato skoraj četrtina babic boji prevzemanja večje odgovornosti v smislu bolj avtonomne dejavnosti. Temu, kot že rečeno, še v večji meri pritrjujejo anketirani ginekologi-porodničarji. Menijo, da si babice samostojnosti in večje odgovornosti ne želijo, verjetno tudi zato, ker bi morale prevzeti odgovornost tudi v primerih slabih izidov obravnave, ki se sodno

obravnavajo. Babicam tako očitajo, da ne prevzemajo potrebne odgovornosti v primeru strokovnih napak (Tabela 4.10).

Vsekakor le nadzor strokovnega združenja kot oblika zunanje motivacije za etično delovanje ni dovolj. V kontekstu novega profesionalizma se zato dosti bolj poudarja moralna naravnost profesionalca, ki preko reflektiranja lastnega dela zmore identificirati svoje strokovne primanjkljaje in napačne odločitve ter v zvezi z njimi pravilno in moralno ukrepati. Več o tem v podpoglavju o reflektivni praksi.

Analiza variance (Priloga D.2: Anova) je pokazala statistično značilne razlike v mnenjih anketiranih skupin pri naslednjih trditvah o etičnosti babic (*razlike so značilne ob $p < 0,05$*):

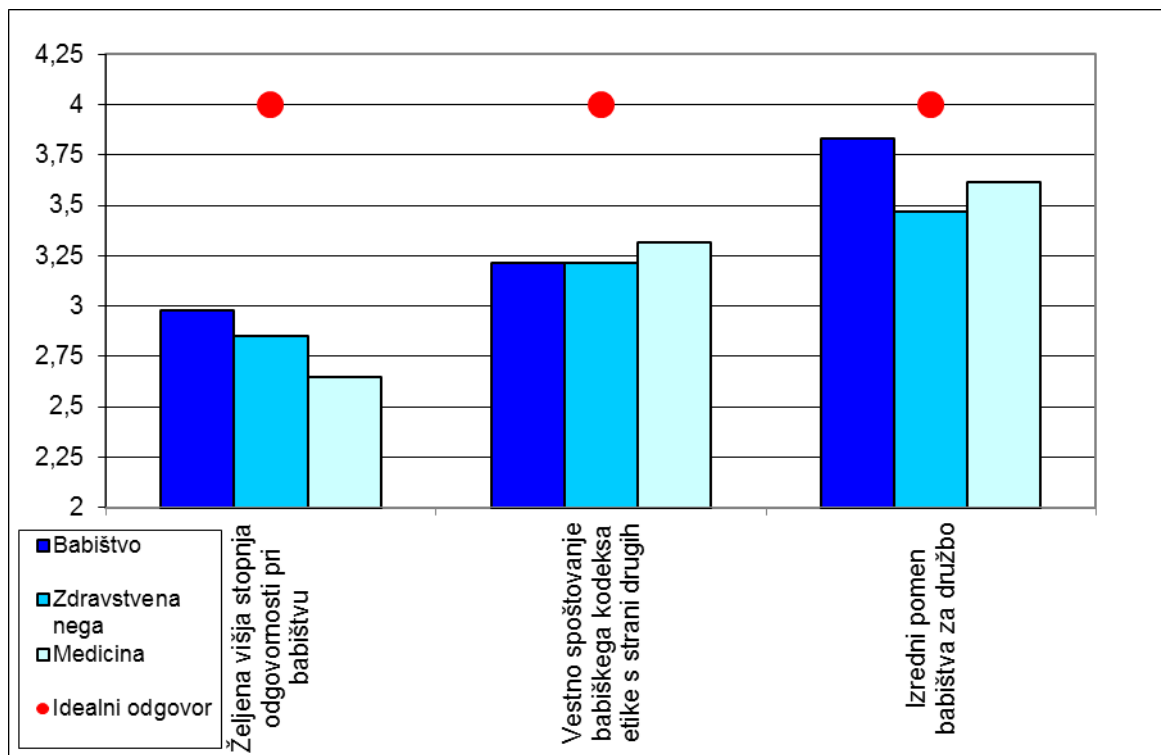
- željena višja stopnja odgovornosti pri opravljanju babiškega poklica (*najvišje strinjanje v skupini ginekologov-porodničarjev*);
- babištvo je izredno pomembno za družbo (*najvišje strinjanje v skupini medicinskih sester*).⁵

V primeru primerjave ideala z odgovori na vprašanja o etiki babic, skupnim vsem trem skupinam (Slika 4.2), ponovno naletimo na precej očitna razhajanja.

Vse babice si niso želele višje stopnje odgovornosti (in s tem avtonomije) pri svojem delu. Prav tako so od idealne situacije precej odstopale ocene anketirancev o tem, da babice vestno spoštujejo profesionalni kodeks etike. Še najbližje idealu je bilo zavedanje o pomenu stroke za javnost; torej strinjanje s trditvijo »babištvo je izredno pomembno za družbo«.

⁵Razlog za nekatera neskladja med povprečnimi vrednostmi v tabelah ter ANOVO je dihotomiziranje vrednosti/spremenljivk (4 vrednosti lestvice smo pretvorili v 2 – pojav je oz. ga ni).

Slika 4.2: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o babiški etiki primerjalno z idealnim tipom



Multipla regresija z analizo vpliva treh neodvisnih spremenljivk na ta element profesionalizma je pokazala, da je model statistično značilen ($F 3,954$; $p 0,008$). Kljub temu vse tri neodvisne spremenljivke (starost, izobrazba in nivo zdravstvenega varstva institucije, v kateri so anketirani zaposleni) skupaj pojasnjujejo le 2,4 % variance (Priloga H.2: Multipla regresija); adj. R^2 , za katerega se pričakuje da navadno pojasni 60–70 % (Gujarati 1995, 201; Black 2009, 678, 686) je le 0,018. Izkazalo se je, da v največji meri, izmed vseh treh neodvisnih spremenljivk, na percepcijo pomena etike v odnosu do profesionalizma anketirancev vpliva starost ($t 2,236$; $p 0,026$). Le ta je še posebej statistično značilna v primeru medicinskih sester ($\beta 0,111$). β namreč pojasni spremembo pojava, če se neodvisna spremenljivka spremeni za en standardni odklon (Black 2009, 675). Glede na rezultate pomeni, da pri medicinskih sestrah starost in s tem daljša delovna doba pomembno oblikujeta etičnost, bolj kot nadaljnje izobraževanje. Pri ginekologih-porodničarjih pa ima na etično držo največji vpliv zaposlitvena institucija oz. nivo zdravstvenega varstva kot strukturna neodvisna

spremenljivka ($\beta = -0,199$), kar dejansko pomeni, da je ginekologom-porodničarjem, zaposlenim na sekundarnem oz. terciarnem nivoju zdravstvenega varstva, v odnosu do profesionalizma etičnost manj pomembna kot pa tistim, ki so zaposleni na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Sklepamo, da jim je glede na naravo dela v teh institucijah (reševanje komplikacij in urgentnih situacij) morda bolj pomembno znanje kot etika. Pri skupini anketiranih babic nobena od neodvisnih spremenljivk ni imela statistično značilnega vpliva.

4.2.3 Moč in avtonomija

Frekvenčne porazdelitve mnenj o moči in avtonomnosti slovenskih babic primerjalno po raziskovanih skupinah, so prikazane v Tabeli 4.7.

Avtonomija oz. samostojnost je prav tako eden od ključnih elementov profesionalizma. Pomeni sposobnost, da strokovnjaki nadzirajo lastno področje dela in kakovost storitev (Leicht in Fennell 2001, 8, 133, 215). Za doseganje jurisdikcije na posameznem področju ter ekskluzivne pravice opravljanja storitev stroka potrebuje najprej konsenz družbe (uporabniki), države (zakonodajca), poleg tega pa jo morajo priznati tudi sorodne stroke, s katerimi prihaja v stik v delovnem okolju. V primeru uspešnega profesionalizacijskega procesa stroka v družbi uživa spoštovanje, kar je povezano z napredovanjem po družbeni lestvici.

Čeprav so anketiranci ocenili babištvo kot izjemno pomembno za družbo (Tabela 4.6), so bile v smislu družbenega spoštovanja anketirane babice dokaj pesimistične – 34 % jih je menilo, da družba ne ceni dela babic in 40 % jih je trdilo, da bolj kot babištvo družba ceni druge zdravstvene poklice. Precej drugačno je bilo mnenje ostalih dveh skupin; medicinske sestre in ginekologi-porodničarji so v približno 80 % ocenili, da je delo babic v družbi cenjeno, poleg tega so skoraj v več kot 70 % menili, da babištvo v družbi ne uživa nič manjšega slovesa kot ostale zdravstvene stroke. Na splošno je trditev »družba bolj ceni druge zdravstvene

poklice kot pa babiškega« izmed vseh vrednosti v vprašalniku dosegla najnižje skupno povprečje (Priloga D.1: Povprečja in standardni odkloni); torej najmanjše strinjanje z izjavo, vendar kot že rečeno, predvsem na račun mnenj ginekologov-porodničarjev in medicinskih sester.

Tabela 4.7: Stališča anketirancev glede avtonomije – tretjega parametra profesionalizma slovenskega babištva

| MOČ | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI-PORODNIČARJI | |
|---|--------|-------|-------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sekcija medicinskih sester-babic naredi zadosti za babice: | | | | | | |
| DA | 40 | 32,8 | 266 | 82,4 | 60 | 73,2 |
| NE | 82 | 67,2 | 57 | 17,6 | 22 | 26,8 |
| Imam dovolj vpliva na potek in organizacijo svojega dela: | | | | | | |
| DA | 52 | 42,3 | / | / | / | / |
| NE | 71 | 57,7 | | | | |
| Babice s(m)o kompetentne za samostojno spremljanje nosečnic, žensk med porodom, otročnic in dojenčkov: | | | | | | |
| DA | 101 | 82,8 | 237 | 70,7 | 44 | 44,9 |
| NE | 21 | 17,2 | 98 | 29,3 | 54 | 55,1 |
| Vse babice bi morale biti članice Sekcije medicinskih sester-babic OZ. babice se ne zavedajo pomena članstva v prof. organizaciji*: | | | | | | |
| DA | 102 | 82,9 | 140* | 44,7 | 34* | 45,3 |
| NE | 21 | 17,1 | 173 | 55,3 | 41 | 54,7 |
| Družba ceni delo babic: | | | | | | |
| DA | 81 | 65,9 | 261 | 81,1 | 74 | 79,6 |
| NE | 42 | 34,1 | 61 | 18,9 | 19 | 20,4 |
| Porodničarji in medicinske sestre se večkrat obrnejo/-mo na babice za strokovni nasvet: | | | | | | |
| DA | 89 | 72,4 | 288 | 87,5 | 87 | 89,7 |
| NE | 34 | 27,6 | 41 | 12,5 | 10 | 10,3 |
| V odnosu do babic se počutim enakovredna: | | | | | | |
| DA | / | / | 213 | 63,6 | / | / |
| NE | | | 122 | 36,4 | | |
| Družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega: | | | | | | |
| DA | 49 | 40,2 | 94 | 28,2 | 26 | 26,5 |
| NE | 73 | 59,8 | 239 | 71,8 | 72 | 73,5 |
| Babice s(m)o ponosne na to, da s(m)o babice: | | | | | | |
| DA | 124 | 100,0 | 294 | 90,7 | 88 | 93,6 |
| NE | 0 | 0 | 30 | 9,3 | 6 | 6,4 |

*Formulacija trditve se razlikuje glede na anketirano skupino.

Za uveljavljanje profesije je pomembno tudi spoštovanje sorodnih poklicnih skupin, ki se odraža kot priznanje vrednosti stroki, ob odsotnosti medpoklicnega tekmovanja za pozicijo moči in družbeni prestiž. Tako medicinske sestre kot tudi ginekologi-porodničarji so v večini priznali, da se na babice večkrat obrnejo po

strokovni nasvet, kar pomeni, da jim priznavajo veliko mero kompetentnosti na njihovem strokovnem področju. Podatek je v primeru ginekologov-porodničarjev v neskladju z njihovo izjavo o enakovrednosti odnosov z babicami (Tabela 4.9). Nasprotno pa so medicinske sestre v več kot polovici primerov izjavile, da čutijo, da so z babicami enakovredne. Njihovo mnenje verjetno izhaja iz ocene stanja relacij do medicine, ki jo v odnosu do babištva in zdravstvene nege smatrajo za dominantno.

Zanimivo je neskladje anketiranih skupin v odgovorih na vprašanje, ali je babica kompetentna za spremljanje žensk z normalno nosečnostjo, porodom in puerperijem, kar je dejavnost, za katero so babice pristojne po definiciji stroke ter pravnih podlagah EU. 83 % babic se je strinjalo s trditvijo, temu pa je oporekalo 29 % medicinskih sester ter več kot polovica (55 %) ginekologov-porodničarjev. Nasprotovanje le-teh bi lahko razložili z željo, da ohranijo nadzor nad delitvijo dela v obporodnem zdravstvenem varstvu; da torej ostanejo ključni strokovnjaki, ki po presejanju o dejavnih tveganja odločajo o tem, katere so nerizične pacientke in jih lahko obravnavajo babice. Obenem pa bi bilo razmišljanje zdravnikov lahko povezano tudi z njihovim videnjem babiškega prevzemanja odgovornosti (Tabela 4.10). Z ozirom na te podatke ni torej čudno, da se babice ne čutijo avtonomne ter da so v 58 % menile, da nimajo vpliva na organizacijo in potek lastnega dela. Delež njihovega strinjanja glede lastne samostojnosti je v skladu z oceno babiške avtonomnosti v Tabeli 4.6.

Če bo v Sloveniji kdaj sprejeto, da babice, tako kot ponekod drugje (Emons in Luiten 1995), prevzamejo skrb za zdrave nosečnice, porodnice in otročnice z dojenčki, bo to dalo dobro podlago za jurisdikcijo nad področjem, a zahtevalo sprejemanje odgovornosti za lastne strokovne odločitve. Sprejemanje odgovornosti, ki izhaja iz avtonomije, je nujno, če se babištvo želi osamosvojiti od drugih zdravstvenih poklicev (Fleming 1998a, 50). S tem bi babištvo lahko uspešno zaključilo svoj profesionalni projekt; vendar pa šele, ko bo njihova avtonomnost pravilo, in ne izjema, ki potrjuje pravilo (Symon 1996, 546). Vprašanje, ki se postavlja glede na rezultate raziskave je, ali se babice morda

bojijo avtonomije, saj ta prinaša večjo odgovornost in to v obdobju, ko narašča skepticizem uporabnikov do strokovnjakov, ki se odraža na različne načine; tudi v obliki tožb ob neugodnih izidih obravnave (Leicht in Fennell 2001, 14). Kljub zakonskim osnovam, ki babicam omogočajo možnost za samostojno opravljanje nekaterih pregledov v nosečnosti (Državni zbor 2002) in so bile sprejete že leta 2002, le-te namreč še danes ne sodelujejo v izvajanju predporodnega zdravstvenega varstva. Tuje in domače raziskave kažejo, da večina babic, ki dela na primarni ravni zdravstvenega varstva sicer želi avtonomijo in tudi odgovornost za svoje delo, a zanjo nimajo možnosti; prav nasprotno pa se babice, zaposlene v porodnišnicah, avtonomije in z njo povezane odgovornosti bojijo (Symon 1994; Stanek Zidarič 2010). Obenem se je potrebno zavedati, da morda na aktivnejšo vlogo babic niso pripravljene tudi uporabnice. Raziskava o tem, ali bi slovenske uporabnice sprejele spremljanje nosečnosti s strani babic, ni bila še narejena. Babištvo bi bilo zanje verjetno bolj privlačno, če bi pomenilo kontinuirano skrb; torej spremljanje v nosečnosti, pa tudi med porodom in v puerperiju.

Monopol nad medicinskim znanjem zdravnikom daje moč, nadzor nad laiki in drugimi strokami. Vse torej sloni na moči, ki danes ni več ekonomska, pač pa informacijska. Lahko bi torej zaključili, da se delitev moči začne že tekom izobraževanja, kjer pripadniki stroke pridobijo znanja, ki so specifična ter jim oblikujejo pristojnosti za opravljanje dejavnosti. Butler in drugi (2008) opredeljujejo nujne kompetence, ki jih mora babica osvojiti že v času osnovnega izobraževanja, da lahko samostojno opravlja babiško dejavnost. Njihova priporočila predpisujejo minimalne pristojnosti za diplomanta babištva na stopnji registracije, ki so strnjene v tri sklope: zagotavljanje varnosti, odnos in učinkovita komunikacija. Babištvo v smislu samostojnosti od države do države uživa različno stopnjo avtonomije (Reid 2007, 1–30; Emons in Luiten 1995). Slovenske babice študij teoretično dokaj dobro usposobi za prevzemanje predpisanih kompetenc, za katere jih sektorske direktive smatrajo pristojne, manj močna plat izobraževanja pa je pridobivanje določenih praktičnih znanj, ki jih v praksi izvajajo drugi zdravstveni strokovnjaki (diplomant babištva npr. pridobi teoretična znanja o spremljanju

zdrave nosečnice, le redko pa lahko svoja znanja nadgradi v praksi, kjer spremljajo nosečnice ginekologi-porodničarji).

Področje dela in pristojnosti babic so slabo razmejeni v odnosu do drugih zdravstvenih strokovnjakov. Razmejitev kompetenc in s tem poklicnih vlog ni jasna tudi delodajalcem, zato je strategija zaposlovanja v slovenskih zdravstvenih institucijah nekonsistentna (Mivšek in Beričič, 2011). Posledično tudi razmejitev odgovorosti ni transparentna, kar lahko pomeni stalno napetost med vpletenimi (Crozier 2003, 37). Babištvo sicer ima zakonsko opredeljeno področje dela, vendar pa še vedno nima kontrole nad svojo dejavnostjo (Symon 1996, 344). Profesiji naj bi bila avtonomija zagotovljena na legitimen način; izražala naj bi se pri naboru rekrutov, podeljevanju in odvzemu dovoljenj za delo, pa tudi zaposlovanju (Freidson 1988, 72).

Mnogi avtorji so mnenja, da so babice zaradi okolja v katerem delujejo, največkrat podrejene zdravnikom (Ovretveit 1985, 91), ponekod pa tudi zdravstveni negi (Fleming 1998a, 43). Posledično menijo, da bo babištvo težko doseglo samostojnost znotraj institucij, ki jih vodita ti dve stroki (Baly 1995, 386). Tudi rezultati raziskave kažejo na to, da anketirane babice menijo, da nimajo popolnega vpliva na lastno delo (Tabela 4.6) ter da je njihova avtonomija okrnjena (60 %). Problematičen ostaja odnos med babištvom in porodništvom (Abbott in Meerabeau 1998, 9); babice v določenih primerih namreč potrebujejo interveniranje s strani ginekologov-porodničarjev in so torej od njih odvisne. Obenem pa ne želijo, da jim ti dominirajo (MacDonald 1995, 148), kar je lahko protislovno. Brez kontrole nad lastno dejavnostjo in lastno bazo znanja poklic ne more postati profesija (Freidson 1988, 45).

V enem od poročil SZO s področja reproduktivnega zdravja (WHO 1997) piše, da je najpomembnejši dejavnik kakovostnega babištva avtonomna babica, ki je od vseh zdravstvenih strokovnjakov najprimernejša in najbolj cenovno ugodna za obravnavo zdravih nosečnic, vodenje normalnih porodov in poporodnega obdobja, ter je obenem sposobna tudi oceniti dejavnike tveganja in prepoznavati možne

komplikacije ter učinkovito ukrepati. Tudi strokovnjaki, ki proučujejo vlogo babice v družbi (Simpkin 1991; Hofmeyr in drugi 1991; Wolman in drugi 1993; Langer in drugi 1998), zaključujejo, da so babice upravičene do pooblastil za samostojno delo v primeru fiziološkega reproduktivnega obdobja. Vseeno pa babice v številnih industrializiranih državah niso samostojne (Emons in Luiten 1995). Tam se doktrine glede obravnave žensk z nizkim ali visokim tveganjem le malo razlikujejo (WHO 1997). Ker torej idealnega stanja ne morejo doseči, babice spustijo kriterije in se smatrajo za avtonomne že, če jim v porodnišnici porodničarji prepustijo vodenje normalnih porodov (Fleming 1998a, 50).

Uveljavljanje poklica je v veliki meri politična akcija. Bolj ko je poklic enoten in koherenten ter organiziran, bolj zagotovo bo dosegel jurisdikcijo (Abbott 1988, 59–60, 70, 82). Strokovno združenje je tisto, ki navadno posreduje v interesu stroke in lobira za njeno dobrobit. Poklicanost za poklic oz. pripadnost stroki je bistvena ideološka komponenta profesionalizma in osnova za združevanje članov v strokovna združenja. Večinsko strinjanje vseh treh anketiranih skupin s trditvijo »babice s(m)o ponosne na to, da s(m)o babice« (v 100 % pri babicah ter čez 90 % v ostalih dveh skupinah), kaže na močno skupinsko zavest. Ena glavnih vlog profesionalne organizacije je krepitev občutka pripadnosti, ki ga profesionalci razvijejo že v času študija in brez katerega stroka ne more obstajati.

Profesionalno združenje ima torej v smislu profesionalizacije pomembne zadolžitve – predvsem tvori javno podobo profesije; zagotavlja medijsko podporo, zagovarja interese stroke v odnosu do drugih profesionalnih skupin in skrbi, da je zakonodaja v skladu z interesi profesije (Abbott 1988, 96–97). Krovna organizacija babištva v Sloveniji je Zbornica zdravstvene in babiške nege, ki je bila ustanovljena leta 1927. Čeprav že od leta 1976 znotraj združenja medicinskih sester deluje tudi Strokovna sekcija medicinskih sester in babic (ustanovljena pred Zbornico, leta 1920), je šele ob vstopu Slovenije v EU leta 2005 Zbornica glede na priporočila komisark sveta EU (Belfrage in drugi 2002) v svoje poimenovanje vključila tudi babice. Izvršilni odbor Strokovne sekcije medicinskih sester-babic ima 15 članov; predsednika in predstavnike vseh slovenskih porodnišnic, ki oblikujejo

strategijo razvoja stroke. Navkljub vsemu je Strokovna sekcija v končnih odločitvah odvisna od krovne organizacije – Zbornice. V tem pogledu torej ni presenetljivo mnenje anketiranih, da strokovno združenje zanje ne naredi dovolj oz. da preko združenja nimajo vpliva na oblikovanje stroke. Zbornica zdravstvene in babiške nege ima tudi pooblastila Ministrstva za zdravje, da vodi register članov zdravstvene nege in babištva ter podeljuje in obnavlja licence. Avtonomija stroke je torej okrnjena tudi v tem oziru, saj je vodstvo Zbornice sestavljeno izključno iz medicinskih sester.

Iz pregleda literature je razvidno, da je trdnost in stabilnost strokovne organizacije ključna za doseganje avtonomije, čeprav nekateri trdijo, da lahko ta samonadzor stroke postane tudi mehanizem za zaščito ortodoksnosti (Wagner 1997, 377). Na vsak način profesionalno združenje posredno vpliva na družbeni status stroke. Babiški strokovni organizaciji torej ni v prid podatek, da je 67 % babic menilo, da Sekcija medicinskih sester in babic ne poskrbi zadosti za člane. Mnenja medicinskih sester in ginekologov-porodničarjev kot zunanjih opazovalcev situacije so bila drugačna. Približno tri četrtine jih je ocenilo, da profesionalno združenje babic dobro zastopa svoje člane, ter so menili, da so babice tiste, ki se zadosti ne zavedajo pomena članstva v lastni organizaciji (45 %). Vendar pa je večina babic (83 %) (dokaj kontradiktorno s predhodno izjavo) trdila, da bi vse babice morale biti članice profesionalne organizacije. Zaključili bi torej lahko, da se babice zavedajo moči strokovne organizacije ter da prav zato želijo njeno bolj dejavno zastopanje profesionalnih interesov.

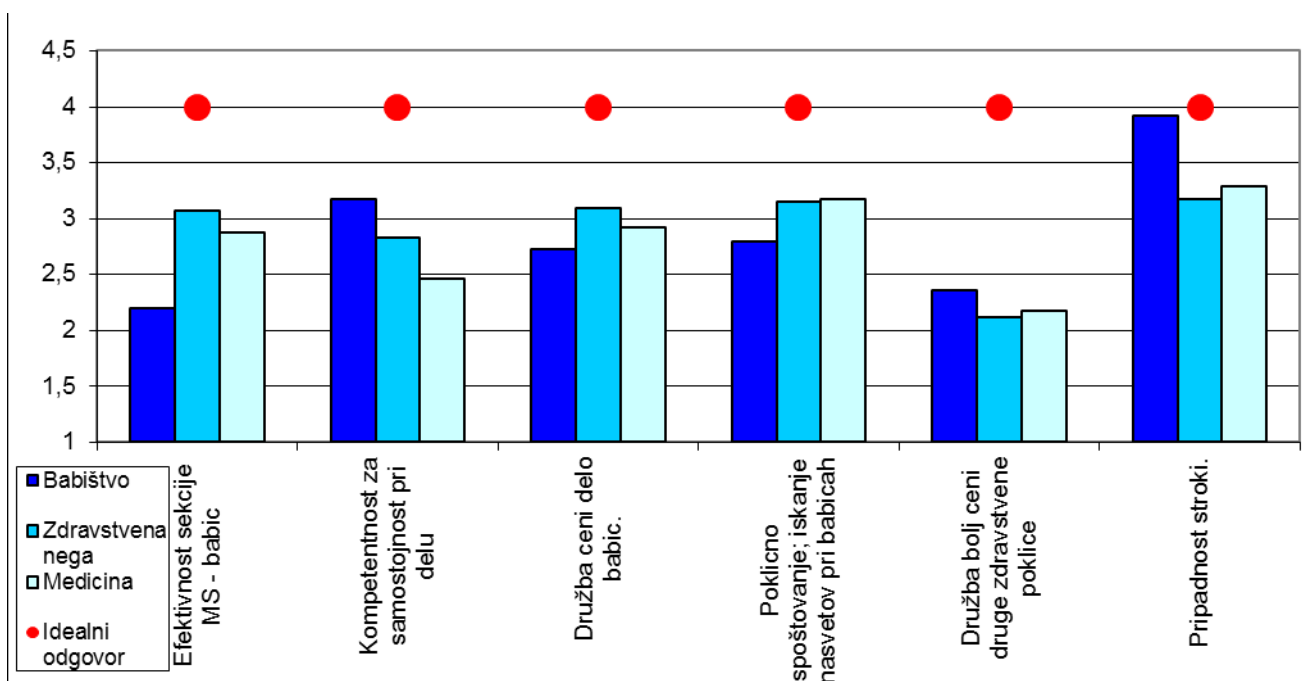
Analiza variance (Priloga D.2: Anova) je pokazala statistično značilne razlike v mnenjih treh skupin, o sledečih stališčih glede avtonomije oz. moči slovenskega babištva (*razlike so statistično značilne ob $p < 0,05$*):

- sekcija medicinskih sester-babic naredi zadosti za babice (*najvišje strinjanje v skupini medicinskih sester*);
- kompetentnost babic za samostojno spremljanje nosečnic, porodnic, otročnic in dojenčkov (*najvišje strinjanje v skupini medicinskih sester*);
- družba ceni delo babic (*najvišje strinjanje v skupini babic*);

- poklicno spoštovanje – iskanje nasvetov pri babicah (*najvišje strinjanje v skupini medicinskih sester*);
- babice so pripadne stroki (*najvišje strinjanje v skupini medicinskih sester*);
- družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega (*najvišje strinjanje v skupini ginekologov-porodničarjev*).⁶

Primerjavo odgovorov vseh treh skupin o avtonomnosti/moči babištva, v odnosu na želene idealne razmere prikazuje Slika 4.3.

Slika 4.3: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o babiški avtonomiji/moči primerjalno z idealnim tipom



Učinkovitost profesionalne organizacije je bila s strani anketiranih babic v primerjavi z idealom slabo ocenjena. Ocenili so tudi, da položaj babištva v družbi ne dosega najboljših možnih razmer in da so drugi zdravstveni poklici bolj cenjeni kot babištvo.

⁶Razlog za nekatera neskladja med povprečnimi vrednostmi v tabelah ter ANOVO je dihotomiziranje vrednosti/spremenljivk (4 vrednosti lestvice smo pretvorili v 2 – pojav je oz. ga ni).

Sorodni poklici jim niso priznali zadostne avtonomije na področjih, ki jih zanje opredeljuje sama definicija poklica in za katere jim kompetence predpisujejo tudi evropski zakoni, jih pa v določenem oziru cenijo (v smislu upoštevanja njihovih strokovnih nasvetov). Najbližje so se idealu približali odgovori vseh treh skupin v oceni pripadnosti babic babiškemu poklicu.

V primeru multiple regresije, ki je testirala vpliv treh neodvisnih spremenljivk (starost, izobrazba, nivo zdravstvenega varstva), na avtonomnost kot element profesionalizma, se je izkazalo, da model sicer ni statistično značilen ($F 2,068$; $p 0,104$), vseeno pa imajo določene neodvisne spremenljivke pri posameznih skupinah anketirancev statistično značilen vpliv; pri skupini babic pojasnijo 5,9 % variabilnosti ($R^2 0,059$), pri ginekologih-porodničarjih pa približno 11 % ($R^2 0,111$) (Priloga H.2: Multipla regresija). Zanimivi so rezultati pri babicah, ki kažejo na to, da ima najbolj izrazit vpliv na dojetje avtonomije za profesionalizem zaposlitvena institucija ($t -2,365$; $p 0,020$). V tem primeru gre za negativen vpliv (standardiziran regresijski koeficient β je $-0,262$). Slednje nakazuje manjše zavedanje o vplivu avtonomije na profesionalizem stroke pri anketirancih zaposlenih v institucijah sekundarnega in terciarnega nivoja zdravstvenega varstva, kar lahko odraža njihovo podrejeno pozicijo v institucijah, ki so pod vplivom vodenja zdravnikov in medicinskih sester. To potrjuje tezo, da bo babištvo težko postalo neodvisno v sklopu institucij, katerih doktrino pišejo druge zdravstvene stroke. Pri ginekologih-porodničarjih varianco v največji meri pojasnjuje neodvisna spremenljivka starosti ($t 2,568$; $p 0,013$), kar pomeni, da z daljšo delovno dobo raste njihovo zavedanje o pomenu avtonomije ($\beta 0,325$) za profesionalizem, verjetno na podlagi tega, da z višanjem starosti in s tem pridobivanjem delovnih izkušenj, navadno zasedejo tudi bolj vplivne položaje in so posledično bolj samostojni.

4.2.4 Sodelovanje z uporabniki

Primerjalno so stališča vseh treh anketiranih skupin do sodelovanja babic z uporabniki babiških storitev povzeta v Tabeli 4.8.

Zanimiv paradoks je, da perspektiva moči sama po sebi pomeni odklon od filozofije zdravstva (Štrancar 2004), ki naj bi gradilo na solidarnosti, skrbi in nesebični medsebojni pomoči. V tej situaciji večina obravnavanih posameznikov prevzame vlogo, ki se od njih pričakuje; podrejen položaj. Po Goffmanu je to samoprezentacija v kontekstu družbenih interakcij, ki ni manipulacija, pač pa proces prilagoditve totalitarni ustanovi v okvirih danega razumevanja stvari (Goffman 2004). Vendar pa se situacija obrača. Uporabniki prevzemajo v zdravstvu aktivnejšo vlogo. Večina raziskav, ki poskuša opredeliti, kaj ženske želijo od babic, kaže podobne rezultate – ženske si želijo biti enakovredne v odnosu do strokovnjakov. Želijo, da so informirane, želijo kontinuiteto skrbi in želijo prijazno obravnavo (Reid in Garcia 1989; Kirke 1980; Cartwright 1979).

Predvsem pomemben koncept predstavlja nadzor – ženske želijo soodločati. Koncept nadzora je tesno povezan s terminom »informirana odločitev«, ki ženskam daje možnost, da o obravnavi odločajo same, na podlagi informacij, ki jim jih predstavi zdravstveni strokovnjak (Lupton 2006, 161). Sodelovanje z uporabniki je pomemben element novega profesionalizma in ključen dejavnik kakovostnih babiških storitev v smislu žensko osrediščene skrbi. Babice so v večini (90 %) odgovorile, da v obravnavi žensk podpirajo informirano odločitev in so se v 79 % strinjale, da porodni načrti (scenariji poroda, ki jih izdelajo ženske za aktivno soodločanje o porodu) olajšajo sodelovanje zdravstvenih strokovnjakov s porodnico. Že malo manj enotne so bile pri trditvi, da jim prepuščanje moči uporabnikom ne dela težav; petina (20 %) je priznala, da se v primeru, da ženska želi aktivno vplivati na odločitve o obravnavi, počuti ogroženo. Njihova deklaracija podpore aktivni vlogi žensk v babiški obravnavi pa je v nasprotju s 100 % strinjanjem s trditvijo »hitro vidim problem svoje varovanke in možne rešitve ter izberem najboljšo možnost zanjo«, kar daje misliti na to, da so v bolj odkritih

vprašanih anketiranci izbirali družbeno zaželene odgovore oz. da na načelni ravni sicer podpirajo aktivno vlogo žensk, na izvedbeni ravni pa je ne udeležujejo.

Tabela 4.8: Stališča anketirancev glede sodelovanja z uporabniki – četrtega parametra profesionalizma slovenskega babištva

| SODELOVANJE Z UPORABNIKI | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI-PORODNIČARJI | |
|--|--------|-------|-------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Večkrat babice ne moremo/-jo ustreči željam žensk, ker pri strokovnih odločitvah nis(m)o samostojne: | | | | | | |
| DA | 90 | 73,2 | 233 | 70,4 | 49 | 50,0 |
| NE | 33 | 26,8 | 98 | 29,6 | 49 | 50,0 |
| Če pride do navzkrižja interesov med žensko in porodničarjem, se babice postavimo/-jo na stran ženske: | | | | | | |
| DA | 61 | 50,8 | 134 | 42,9 | 14 | 14,7 |
| NE | 59 | 49,2 | 178 | 57,1 | 81 | 85,3 |
| Babice poskrbimo/-jo, da ima ženska vse informacije ter se sama odloči o posegu: | | | | | | |
| DA | 110 | 90,2 | 232 | 72,3 | 66 | 67,3 |
| NE | 12 | 9,8 | 89 | 27,7 | 32 | 32,7 |
| Zadovoljstvo uporabnic je babicam pomembnejše od doktrine ustanove: | | | | | | |
| DA | 89 | 73,6 | 150 | 47,8 | 22 | 22,9 |
| NE | 32 | 26,4 | 164 | 52,2 | 74 | 77,1 |
| Hitro vidim problem svoje varovanke in možne rešitve ter izberem najboljšo možnost zanjo: | | | | | | |
| DA | 121 | 100,0 | / | / | / | / |
| NE | 0 | 0 | | | | |
| Porodni načrti so izvrstna zamisel za sodelovanje s porodnicami: | | | | | | |
| DA | 96 | 78,7 | / | / | / | / |
| NE | 26 | 21,3 | | | | |
| Če želi ženska soodločati v lastni babiški obravnavi, se počutim nadzorovano OZ. Babice ženskam ne dovolijo soodločati*: | | | | | | |
| DA | 24 | 19,8 | 86* | 27,4 | 15* | 15,3 |
| NE | 97 | 80,2 | 228 | 72,6 | 83 | 84,7 |

*Formulacija trditve se razlikuje glede na anketirano skupino.

Orientacija babištva se v literaturi opisuje s frazo »ženske za ženske«, kar so zelo feministično obarvani diskurzi. Babica naj bi bila tista, ki razume ženskost, materinkost in omogoča, da se ženska samouresniči z nosečnostjo in porodom; ženski omogoči opolnomočenje (Cutts in drugi 2003, 179). Babiška filozofija, ki najbolje opiše vrednote babištva, predpostavlja, da so nosečnost, porod in materinstvo normalni in fiziološki procesi v življenju ženske in se zato trudi, da se vanje v najmanjši možni meri vpleta s tehničnimi posegi in postopki. Babiški model spodbuja enakopraven in sodelovalen odnos z žensko, gradi na njenem

medsebojnem spoštovanju in stremi k samostojnosti žensk. Le-te se na podlagi informacij o skrbi zase odločajo same ter sprejemajo odgovornost za lastne odločitve. V kontekstu informirane odločitve babice spoštujejo željo ženske o porodnem okolju, načinu poroda, glede posegov in obravnave. Babiški model priznava različne oblike znanja, ki segajo preko biomedicinskega dometa, tudi intuitivno, spiritualno, anekdotično in izkustveno védenje (Bourgeault in Fynes 1996, 229).

Babice babištvo največkrat definirajo v odnosu do medicine; najpogosteje je uporabljen medicinski diskurz, da pojasnijo, kaj *niso* (Benoit in drugi 2005, 723). Med ideologijo babištva in porodništva so velike razlike, kar nakazuje že sam izraz. Medtem ko babica (ang. midwife) v dobesednem prevodu pomeni »z žensko«, porodništvo (obstetrics) izhaja iz latinskega izraza »obstare« – stoji pred (Kirkham 1998, 124). V literaturi opisan medicinski model je dominanten model, ki nosečnost, porod in poporodno obdobje smatra za abnormalno, potencialno patološko stanje, ki zahteva tehnične intervencije in obravnavo medicinsko strokovno usposobljenega osebja (Spoel in James 2006, 168). Babiški model je navadno predstavljen kot pomembna alternativa, komplementarna biomedicinskemu konstrukt (Wagner 1997; Bourgeault in drugi 2004, 112). Namesto terminov medicinski in babiški, literatura omenja tudi medicinski in socialni oz. tehnokratski in holistični koncept ter model bolezni in fiziološki model (Wagner 1997, 390). Uspeh za porodničarje je nizka maternalna in perinatalna morbiditeta in mortaliteta, za žensko (in babico) pa potemtakem izpolnjujoča porodna izkušnja, uspešna vzpostavitev odnosa z otrokom in uspešna integracija nove socialne vloge matere v življenje ženske. Medtem ko se ginekologi-porodničarji vidijo kot eksperti, ki se znajo odločati na podlagi svojega znanja, babištvo v ozir jemlje tudi žensko, njeno intuicijo, občutke ter potrebe (Abbott in Wallace 1990, 109). Seveda realnost ni tako črno-bela. Razliko med strokama je težko artikulirati (Fleming 1998b, 138), pa tudi v praksi je meja dostikrat zabrisana (Foley in Faircloth 2003, 167). Mnogo babic namreč podpira medikalizacijo poroda (Bryar 1995) bodisi zaradi subordinacije, pomanjkanja spretnosti, ki jih samostojno

vodenje nosečnosti in poroda zahteva, strahu pred prevzemanjem odgovornosti, ali kakšnega drugega motiva.

Eden od razlogov je lahko tudi povzemanje zgledov iz delovnega okolja; vidijo avtonomijo medicine in se zgledujejo po njenih pripadnikih v želji doseči enak status. Medicina je gradila na moči in vplivu, ki ju je ohranjala z distanco – tako fizično kot tudi psihično. Empatija in povezava z ženskami babištvo na nek način deprofesionalizira, če stroko ocenjujemo na podlagi elementov starega profesionalizma. Obenem pa ta vez babištvo krepi, če ga opredeljujemo skozi okular atributov novega profesionalizma. Kot pravi Oakleyeva, se ljubezen in s tem negovanje lahko znanstveno opredeli in učinke meri; s tem v babištvu dobi enako pomembno vlogo kot tehnična znanja in intervencije (Oakley 1993 v Kirkham 1998, 141). Zadnjih trideset let babištvo povsod po svetu doživlja renesanso. V povezavi z ženskami so babice ubrale lastno pot; odklanjajo dominantno medicinski model rojevanja ter ponovno odkrivajo in razvijajo prakse, značilne za tradicionalno babištvo, želijo partnerski odnos z ženskami ter gradijo individualen, holistični pristop (Fleming 1998b, 137). Menijo, da v kolikor bi babištvo šlo po poti tradicionalnih profesij, s tem zanika svoje bistvo. Kot pravi Mavis Kirkham (1998, 123) babištvo obstaja le skupaj z in za ženske. Brez sposobnosti videti situacijo skozi oči posameznice je babištvo sicer videti bolj strokovno, a se zreducira na stereotipe (Kirkham 1998, 140). S tem tudi upoštevanje individualnosti in holistična obravnava žensk, ki jih babištvo tako poudarja, nista možna.

K uveljavljanju babištva lahko torej v veliki meri pripomorejo uporabnice; stroka je namreč samostojna le v tolikšni meri, kot ji to dopusti družba (Freidson 1988, 82). Za »renesanso babištva« kot jo imenuje Flemingova (1998a, 43), so v mnogih državah zaslužna gibanja uporabnic storitev. Inicijativa za spremembe mora torej priti s strani žensk. Vendar pa ženske v zameno za uveljavljanje babištva pričakujejo tudi določene koristi, v smislu dviga kakovosti storitev obporodnega varstva (Proctor 1996). Uporabniki zdravstvenega varstva so se pričeli zavedati pomanjkljivosti medicine (MacDonald 1995, 148). Izbira oz. zaupanje v profesionalce ne more temeljiti na prisili, pač pa mora uporabnike privlačiti

(Freidson 1988, 21); babištvo lahko za uporabnike postane privlačno le, če jim ponudi, kar želijo. In v tem času je to, kot kažejo želje žensk, nemedikaliziran porod in bolj empatičen odnos (Kaartinen in Diwan 2002, 500). Babice naj bi glede na lastno poklicno filozofijo videle uporabnice kot enakovredne, kar ne ustreza sliki tradicionalne (superiorne) vloge profesionalca (Symon 1996, 545), je pa trend novega profesionalizma. Slovenske babice še ne izvajajo žensko osrediščene skrbi, o čemer pričajo tudi odgovori ostalih dveh raziskovanih skupin. Približno tretjina medicinskih sester in ginekologov-porodničarjev je trdila, da v praksi babice ne dopuščajo informirane odločitve. Poleg tega je 27 % medicinskih sester menilo, da babice ne podpirajo soodločanja žensk. S to trditvijo so se ginekologi-porodničarji strinjali v 15 %.

Zaupanje javnosti si bo babištvo lahko pridobilo le na podlagi učinkovitosti oz. na podlagi dokazov, da je najboljša možna izbira za reševanje oz. izpolnjevanje trenutnih želja uporabnikov (Freidson 1988, 22). Torej je koncept sodelovanja z uporabniki kot element novega profesionalizma za babištvo primerna strategija za razvoj v prihodnosti (Ashton 1992, 70). Danes, ko se vse večji pomen pripisuje kakovosti življenja in ne zgolj preživetju samemu, je potrebno dimenzije kakovosti razširiti izven fiziološkega okvirja. Maternalna in perinatalna morbiditeta nista dovolj za merjenje kakovosti izidov obporodnega varstva (Smith 2001, 21; Wieggers in drugi 1996, 1313). Da lahko torej zajamemo celotno sliko kakovosti obporodnega varstva ter s tem babištva oz. babiške nege, je nujno potrebno, da kot enega od pomembnih indikatorjev kakovosti upoštevamo tudi zadovoljstvo žensk (Smith 2001, 20).

Na zdravstvo se danes vse bolj gleda z ekonomskega/marketinškega vidika, kar babice dela ponudnika storitev, ženske pa potrošnice. V veljavo vse bolj stopajo pojmi, kot so kakovost ponudbe, pravice potrošnika in s tem možnost svobodnega odločanja o storitvah (Mason 1995, 835). Ta preobrat moči ženske in zdravstvene delavce postavlja v povsem spremenjen položaj; uporabnicam daje večjo moč, obenem pa slabi vpliv zdravstvenih delavcev. Nekdanji profesionalni paternalizem v zdravstvu se je obrnil proti zdravstvenim delavcem (Jensen in Mooney 1990, 3);

v ospredje je stopila avtonomnost uporabnikov. Skoraj vse babice v raziskavi (91 %) navajajo, da vedno preverjajo kakovost svojega dela pri uporabnikih, polovica jih trdi, da so vedno zagovornice žensk; 51 % anketiranih babic je trdila, da se v primeru navzkrižja interesov med žensko in ginekologom-porodničarjem zavzamejo za ženske. V približno enakem deležu (43 %) so se s to trditvijo strinjale tudi medicinske sestre. Popolnoma drugačno percepcijo situacije pa so izkazali anketirani ginekologi-porodničarji. V 85 % so menili, da bi babica podprla njih. Prav tako so v 77 % trdili, da babice doktrini institucije, v kateri so zaposlene, dajejo prednost pred željami uporabnic. V nasprotju z njimi so babice v 73 % navedle, da jim je zadovoljstvo ženske pomembnejše od pravil zaposlitvene ustanove. Ali je njihovo prepričanje tako močno, da bi bile pripravljene za ženske kršiti tudi uveljavljeno doktrino, iz odgovorov ni bilo moč razbrati.

Dokazano je, da strokovnjaki neradi delijo svojo moč; na sploh je slednje še potencirano v strogo hierarhičnem okolju, kot je zdravstveni sistem. Razlog je verjetno v tem, da imajo subordinirani poklici že tako premalo moči, ki se jo zato bojijo deliti z uporabniki (Pahor 2006, 27). Delen prenos kontrole na žensko, ki se danes v babištvu promovira (Halldorsdottir in Karlsdottir 1996, 48), je torej na nek način nujen, obenem pa lahko delno ogrozi avtonomijo babištva. V svojem uveljavljanju se babice prej ali slej soočijo z dilemo interakcionistov – kako uravnotežiti lastne profesionalne interese (moč, prestiž, denar) z interesi žensk in njihovih družin (Benoit 1994, 322). Razlog za različno dojetje razmer se torej morda skriva v nizki stopnji avtonomije babic. Skoraj tri četrtine (73 %) anketiranih babic je namreč navedlo, da večkrat ženskam ne morejo ustreči, ker pri strokovnih odločitvah niso samostojne. Podobno so njihovo situacijo ocenile tudi medicinske sestre. Mnenje ginekologov-porodničarjev je bilo drugačno – 50 % jih je menilo, da avtonomija babic ni okrnjena. Prav tako je bila razlika v mnenjih razvidna tudi iz strinjanja glede drugih trditev, ki se navezujejo na neodvisno vlogo babic.

Babica je lahko zagovornica ženske le v primeru, da je samostojna ter tudi sama opolnomočena. Narava odnosa babica – ženska kljub vsemu ni vedno uravnovešena s stališča moči (Fleming 1998b, 41). V kolikor babica ni samostojna

ter nima moči, težko svojo že tako omejeno moč deli. Opolnomočenje žensk torej ne bo zaživel, dokler babice ne bodo polnomočne. K temu občutku babic veliko doprinese klima delovnega okolja (Matthews in drugi 2006, 190). V okviru porodnišnic (bolnišnic) pod tradicionalno, patriarhalno medicinsko ureditvijo to ni mogoče (Spoel in James 2006, 184). Glede na to, da je babiški model tako nasproten od biomedicinskega ter so njegove vrednote pravzaprav antiteza medicinskim, je integracija babištva v medicinsko dominanten sistem zdravstvenega varstva vedno ambivalenten, če ne kar konflikten proces (Spoel in James 2006, 185). Nekateri strokovnjaki se sprašujejo, ali babištvo v sistemu zdravstvenega varstva sploh lahko ohrani svojo unikatno identiteto ter ali ni tveganje preveliko, da se bodo glavne vrednote babištva navzele vrednot zdravstvenega (medicinskega) sistema (Wagner 1994; Kent 2000, 31, 39–40).

Razlike v odgovorih so (Priloga D.2: Anova) tudi statistično značilne ($p < 0,05$) v naslednjih primerih:

- večkrat nezmožnost ustreči željam žensk zaradi nesamostojnosti pri strokovnem delu (*najvišje strinjanje v skupini babic*);
- če pride do navzkrižja interesov med porodničarjem in žensko, zavzemanje za interese slednje (*najvišje strinjanje v skupini medicinskih sester*);
- redna skrb, da ima ženska vse informacije ter se sama odloči o posegu (*najvišje strinjanje v skupini ginekologov-porodničarjev*);
- zadovoljstvo uporabnic pomembnejše od doktrine ustanove (*najvišje strinjanje v skupini medicinskih sester*).⁷

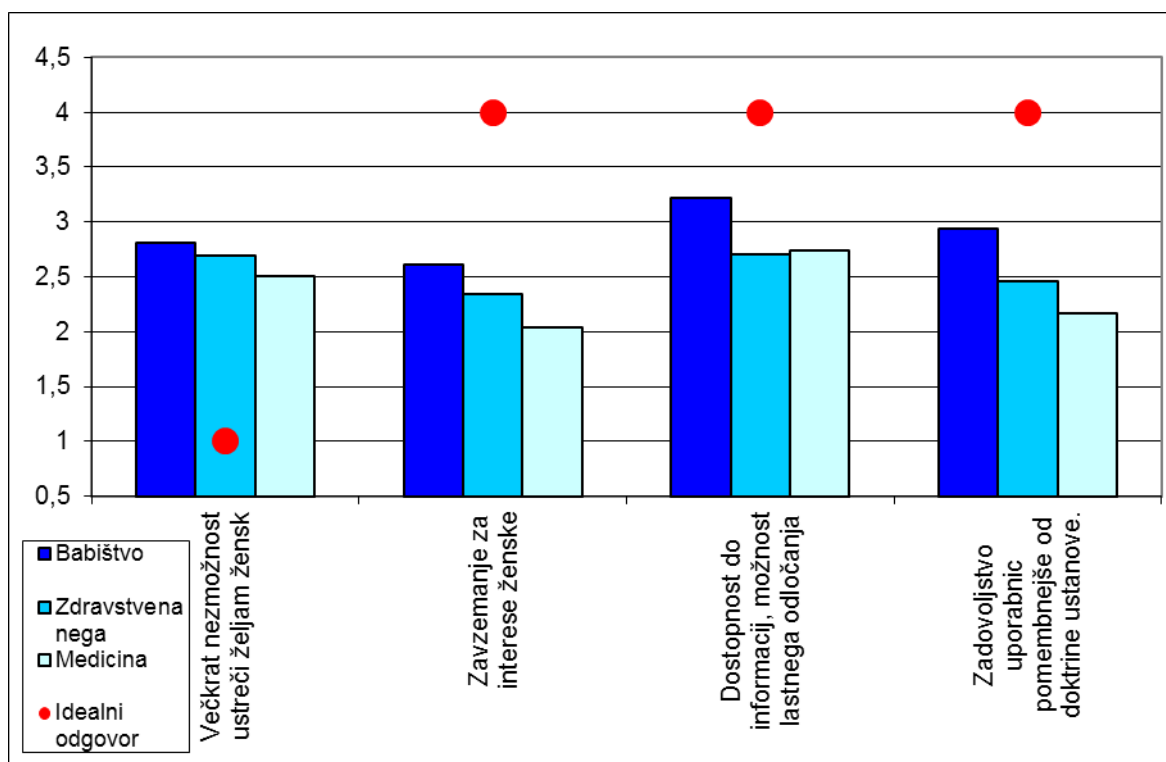
Slika 4.4 prikazuje odgovore anketiranih skupin o odnosu babic do uporabnikov, primerjano z idealnimi razmerami.

V idealnih razmerah bi se babica vedno zavzemala za interese ženske (brez ozirov na mnenje zdravnika in doktrino institucije, v kateri deluje) in v vsaki situaciji

⁷Razlog za nekatera neskladja med povprečnimi vrednostmi v tabelah ter ANOVO je dihotomiziranje vrednosti/spremenljivk (4 vrednosti lestvice smo pretvorili v 2 – pojav je oz. ga ni).

podpirala informirano odločitev uporabnic. Do tega, da zaradi lastne poklicne odvisnosti od drugih poklicev ne more zadostiti željam žensk, ne bi smelo prihajati. Kot je razvidno iz rezultatov, realnost močno odstopa od idealne/želene slike. Okrnjena poklicna avtonomija se odrazi na njihovem odnosu do uporabnikov.

Slika 4.4: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o odnosu babic do uporabnic babiških storitev primerjalno z idealnim tipom



Multipla regresija glede vpliva starosti, izobrazbe ter ravni zdravstvenega varstva zaposlitvene institucije na ta element profesionalizma je pokazala, da je model statistično značilen ($F 2,496$; $p 0,059$). Vse tri neodvisne spremenljivke pa kljub temu pojasnjujejo le 1,6 % variabilnosti spremenljivke »sodelovanje z uporabniki je pomemben element profesionalizma« ($R^2 0,016$; adj. $R^2 0,010$) (Priloga H.2: Multipla regresija). Glede na celotno populacijo v največji meri izmed vseh treh neodvisnih spremenljivk na percepcijo vpliva starost ($t -1,917$; $p 0,056$). V kolikor gledamo posamezne anketirane skupine, ugotovimo, da je splošna slika odraz vpliva rezultatov v skupini ginekologov-porodničarjev ($t 3,063$; $p 0,003$), saj pri babicah in medicinskih sestrah nobena od neodvisnih spremenljivk nima

statistično značilnega vpliva na ta element profesionalizma. Pri ginekologih-porodničarjih se torej z višanjem starosti in pridobivanjem delovnih izkušenj tako kot v primeru etike in avtonomije viša tudi zavedanje o pomenu sodelovanja z uporabniki za profesionalizem (β 0,332). S tem lahko delno potrdimo tezo, da le opolnomočeni strokovnjaki lahko opolnomočijo svoje kliente.

4.2.5 Medpoklicno sodelovanje

Frekvenčna porazdelitev mnenj vseh treh anketiranih skupin o medsebojnem poklicnem sodelovanju je prikazana v Tabeli 4.9.

Stališča družbe se odražajo v odnosih na ravni institucij. Proces profesionalizacije se šteje za uspešen šele, ko poklicno skupino kot profesijo prepoznajo javnost, država, pa tudi sorodne poklicne skupine (Adams 2003, 268). Sodelovanje med strokami naj bi bila skupna dejavnost enakovrednih partnerjev za isti cilj. Dobro sodelovanje med zdravstvenimi strokovnjaki vpliva tudi na obravnavo in zadovoljstvo pacientov (Pahor 2009, 152). Več kot polovica (64 %) medicinskih sester je menila, da so babicam enakovredne, ostale se s trditvijo niso strinjale (iz odgovorov ne moremo razbrati, ali se počutijo manj- ali večvredno). Povsem nasprotno je bilo stališče ginekologov-porodničarjev – le-ti so v 66 % izrazili prepričanje, da jim babice niso enakovredne. Domnevamo, da jih uvrščajo nižje na lestvici, glede na njihove odgovore o kompetentnosti (Tabela 4.6) in odgovornosti (Tabela 4.10). Kljub temu anketiranci vseh treh anketiranih skupin v večini (87 % medicinskih sester, 90 % babic in 98 % ginekologov-porodničarjev) ocenjujejo, da je sodelovanje med vsemi tremi poklicnimi skupinami dobro. Najbolj samozavestni so bili v tej trditvi ginekologi-porodničarji. Verjetno zato, ker so v odnosu do babištva in zdravstvene nege v nadrejenem položaju in nimajo težav z avtonomijo.

Tabela 4.9: Stališča anketirancev glede medpoklicnega sodelovanja – petega parametra profesionalizma slovenskega babištva

| MEDPOKLICNO SODELOVANJE | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI-PORODNIČARJI | |
|--|--------|------|-------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu: | | | | | | |
| DA | 124 | 99,2 | 335 | 97,1 | 92 | 91,1 |
| NE | 1 | 0,8 | 10 | 2,9 | 9 | 8,9 |
| Medicinske sestre poklicno spoštujejo babice: | | | | | | |
| DA | 105 | 84,0 | 330 | 96,2 | 76 | 78,4 |
| NE | 20 | 16,0 | 13 | 3,8 | 21 | 21,6 |
| Porodničarji babice poklicno spoštujejo: | | | | | | |
| DA | 99 | 82,5 | 251 | 75,1 | 99 | 99,0 |
| NE | 21 | 17,5 | 83 | 24,9 | 1 | 1,0 |
| Babice so mi poklicno enakovredne: | | | | | | |
| DA | / | / | / | / | 17 | 34,0 |
| NE | | | | | 33 | 66,0 |
| V odnosih s porodničarji sem samozavestna: | | | | | | |
| DA | 103 | 86,8 | / | / | / | / |
| NE | 16 | 13,4 | | | | |
| Bolje sodelujem z babicami kot s porodničarji: | | | | | | |
| DA | / | / | 193 | 58,3 | / | / |
| NE | | | 138 | 41,7 | | |
| Z drugimi babicami sem v enakovrednem odnosu: | | | | | | |
| DA | 99 | 82,5 | / | / | / | / |
| NE | 21 | 17,5 | | | | |
| Poglavitni problem v babištvu je nerazumevanje med babicami samimi: | | | | | | |
| DA | / | / | 164 | 50,3 | 30 | 31,6 |
| NE | | | 162 | 49,7 | 65 | 68,4 |
| Porodničarji ogrožajo samostojno delo babic: | | | | | | |
| DA | 59 | 48,0 | 91 | 27,9 | / | / |
| NE | 64 | 52,0 | 235 | 72,1 | | |
| Babice ogrožajo področje dela porodničarjev: | | | | | | |
| DA | / | / | / | / | 1 | 1,0 |
| NE | | | | | 100 | 99,0 |
| Dobro ločim poklicne vloge babice, medicinske sestre in porodničarja: | | | | | | |
| DA | 114 | 92,7 | 298 | 88,2 | 97 | 97,0 |
| NE | 9 | 7,3 | 40 | 11,8 | 3 | 3,0 |
| Medicinske sestre ogrožajo področje dela babic: | | | | | | |
| DA | 32 | 26,2 | / | / | 14 | 13,9 |
| NE | 90 | 73,8 | | | 87 | 86,1 |
| Babice ogrožajo področje dela medicinskih sester: | | | | | | |
| DA | / | / | 47 | 13,8 | / | / |
| NE | | | 294 | 86,2 | | |
| Kjer delam, dobro sodelujemo: | | | | | | |
| DA | 108 | 90,0 | 291 | 87,1 | 97 | 98,0 |
| NE | 12 | 10,0 | 43 | 12,9 | 2 | 2,0 |

Babištvo je v porodnišnici avtomatično subordinirano medicini in urejeno po hierarhiji, ki odraža model zdravstvene nege (Kirkham 1998, 132). Z začetki

rojevanja v porodnišnicah so babice prevzele vlogo pomočnice porodničarju in postale porodniške medicinske sestre. V nekaterih državah je tudi izobraževanje teh dveh profilov postalo dokaj enotno (Fleming 1998a, 44). V odnosih med babištvom in medicino je problematičen zlasti kulturni vidik medicinske dominanc, ki medicino opredeljuje kot avtoriteto, ki določa, kdaj je nekaj patološko in kdaj ne (Gabe in drugi 2004, 176), kar pomeni, da opredeljujejo in zamejujejo tudi delokrog babic.

Posledice te zgodovinske situacije se še danes odražajo v odnosih med strokami. Neizogibno interprofesionalno sodelovanje vsebuje poleg elementov novega profesionalizma tudi elemente starega, kjer se lahko babico smatra za služkinjo porodničarja, ali pa se jo vidi kot enakovredno strokovnjakinjo (Walby in Greenwell 1994). Te tenzije so odvisne zlasti od stališč posameznikov – ali babica verjame, da je zdravniku podrejena ali ne ter ali ginekolog-porodničar babico jemlje kot sebi enakovredno oz. ali se čuti vzvišenega. Vendar pa individualne razlike v profesionalnih vrednotah lahko vodijo v konflikt vlog ter v nasprotje med kulturama, ko dominantna skupina skuša ohraniti hierarhične odnose, medtem ko druga skupina izgublja samozaupanje (Watson in drugi 2002, 263). S trditvijo »medicinske sestre poklicno spoštujejo babice« so se v največji meri strinjale anketirane medicinske sestre (96 %), malo manj babice (84 %), ginekologi-porodničarji pa so bili še bolj zadržani (78 %). Podobno, samo zrcalno sliko, kažejo rezultati o spoštovanju babic s strani ginekologov-porodničarjev – v največji meri so se s trditvijo strinjali ginekologi-porodničarji (99 %), babice so izrazile rahle zadržke (83 %), medtem ko se četrtnina (25 %) anketiranih medicinskih sester s trditvijo ni strinjala. Čeprav se babice čutijo enakovredne in samozavestne v odnosu do zdravnikov in jih le-ti na deklarativni ravni tudi spoštujejo ter jih pogosto vprašajo za strokovno mnenje, vseeno menijo, da jim niso enakovredne. Razlike v moči zavirajo enakovredne odnose, brez katerih pa sodelovanje ni mogoče (San Martin-Rodriguez in drugi 2005, 134). Čeprav je monopol, oz. kot ga nekateri imenujejo, profesionalni imperializem, zastarel v kontekstu ideologije novega profesionalizma, ne moremo govoriti o enakovrednem partnerskem odnosu na področju zdravstvene delitve dela, dokler se monopolu ne odrečejo vsi vpleteni.

Za uspešno medpoklicno sodelovanje je potrebna močna poklicna identiteta; to je zavedanje o tem, kdo si v profesionalnem smislu in kaj je tvoje področje dela. V procesu medpoklicnega sodelovanja strokovnjak ne sme izgubiti lastne strokovne identitete. Anketiranci menijo, da dobro ločijo lastno poklicno vlogo od vloge ostalih zdravstvenih strokovnjakov. Najbolj so o tem prepričani ginekologi-porodničarji (97 %), sledijo jim babice (93 %) in medicinske sestre z 88 %. Vseeno pa je o jasni predstavi profesionalne identitete babic in medicinskih sester potreben kritičen razmislek, glede na dejstvo, kako so se opredelile pri izbiri vprašalnika v odnosu na končano izobrazbo. Tudi v praksi se pripadnost slabo izraža; babice se pustijo naslavljeni »sestra«, čeprav se ne identificirajo kot medicinske sestre. Podobno ugotavljajo tudi drugi avtorji (Hresan 2007, 382).

Poklicna identiteta se izgradi v procesu strokovnega izobraževanja. Večina anketirancev (več kot 90 % v vseh treh skupinah) je menila, da bi delno skupno izobraževanje vseh zdravstvenih strokovnjakov pripomoglo k boljšemu razumevanju na delovnem mestu. V tem odgovoru je bilo skupno povprečje vseh treh skupin najvišje, kar pomeni večinsko strinjanje z izjavo (Priloga D.1: Povprečja in standardni odkloni). Še najbolj so bili do tega predloga zadržani zdravniki, ker jim trenutno stanje dominacije v hierarhični strukturi zdravstva verjetno ustreza in si sprememb ne želijo. Vendar pa se je potrebno zavedati, da interprofesionalno izobraževanje ni učinkovito, dokler študenti niso socializirani in ne sprejmejo lastne poklicne vloge. Problematično je tudi, če so študenti izobraževani v duhu enakovrednih odnosov, ki poudarja njihovo avtonomijo in medsebojno spoštovanje, potem pa so v praksi indoktrinirani in doživijo šok realnosti zaradi uveljavljene hierarhije (Freidson 1988, 57). To močno vpliva na njihovo profesionalno identiteto.

Trdnost profesionalne identitete ter s tem enovitost poklicne skupine je nujen predpogoj za medpoklicno sodelovanje. Zavedanje o lastni poklicni vlogi je v primeru sodelovanja na preizkušnji, da prevzame značilnosti druge poklicne skupine. Profesionalni projekt je lahko uspešen le, če je strokovna sredina, oz. večina pripadnikov stroke, enotna. Za uspešnost procesa profesionalizacije je torej

poleg odnosa s sorodnimi poklicnimi skupinami pomembna tudi kohezivnost in razumevanje znotraj strokovne sredine. Rezultati študije opozarjajo na neuskklajenost oz. nesoglasja znotraj babiške stroke. Kot v primeru zdravstvene nege (Vrbovšek 2006) tudi v primeru babištva prihaja do diverzifikacije; različnih pogledov in stališč med pripadniki stroke, glede na njihovo izobrazbeno raven. Razvidno je, da so babice sicer močno predane poklicu (Tabela 4.7), vendar pa pripadnost poklicu izraža strinjanje s profesionalno ideologijo, ne pa strinjanje oz. razumevanje z drugimi člani profesije. Rezultati študije kažejo slabše zadovoljstvo srednjih babic z medsebojnimi odnosi na delovnem mestu (Priloga E: Statistično značilne razlike med odgovori anketirancev). Percepcijo medsebojnega razumevanja babic je v skupini medicinskih sester in ginekologov-porodničarjev testirala izjava »poglaviten problem v babištvu je nerazumevanje med babicami samimi«. S trditvijo se je strinjalo 50 % medicinskih sester in 32 % ginekologov-porodničarjev. V skupini babic je bila izjava preoblikovali in formulirana kot »z drugimi babicami sem v enakovrednem odnosu«. S trditvijo se je strinjalo 83% anketiranih babic.

Meje dominantnih profesij so redko izzvane, meje subordiniranih pa so stalno na udaru (Leicht in Fennell 2001, 29). Zato so dominantne profesije navadno samozavestne in se ne počutijo ogrožene, saj so tiste, ki usmerjajo delitev dela na posameznem področju ter celo samoiniciativno (v primeru preobremenjenosti) delegirajo svoje naloge subordiniranim skupinam. To podpirajo tudi rezultati študije. Ginekologi-porodničarji prepričljivo (99 %) trdijo, da babice ne ogrožajo njihovega področja dela. Prav nasprotno pa je skoraj polovica babic (48 %) zatrdila, da se čutijo poklicno ogrožene s strani ginekologov-porodničarjev. Medicinske sestre kot nepristranske opazovalke vidijo zadevo drugače – le 27 % jih je menilo, da ginekologi-porodničarji ogrožajo babištvo. Ta trditev je v skladu z njihovim mnenjem o visoki stopnji avtonomije babic (Tabela 4.6). Morda gre razlika na račun njihovega mnenja, ki izhaja iz primerjave odnosov babica – zdravnik, medicinska sestra – zdravnik ter ocenjujejo, da je babištvo bolj neodvisno v relaciji do medicine kot pa zdravstvena nega. V kolikor predpostavljamo, da sta babištvo in zdravstvena nega v odnosu do medicine v podobnem položaju, je v tem

pogledu zanimivo stališče skoraj polovice medicinskih sester (42 %), da bolje sodelujejo z zdravniki kot z babicami. Vzrok je verjetno v temu, da babice in medicinske sestre v procesu profesionalnega uveljavljanja tekmujejo, medtem ko se z zdravniki niti ne primerjajo.

Percepcija stopnje ogroženosti s strani sorodnih strok je glede na mnenje teoretikov pomembna za oceno stopnje profesionalizacije poklicne skupine. Dominantne skupine z uveljavljenim statusom navadno niso v strahu za svoj položaj. Poleg ogroženosti s strani ginekologov-porodničarjev se je četrtnina (26 %) babic čutila ogroženih tudi s strani medicinskih sester. Medicinske sestre so bile v odnosu do babic precej bolj samozavestne. Le pol toliko (13 %) jih misli, da babištvo ogroža in posega v področje zdravstvene nege. Babice so torej pri poklicnem uveljavljanju v precej neugodni poziciji – razrešiti morajo svoj odnos do zdravstvene nege in ginekologije in porodništva ter dobiti jasno predstavo o lastni profesionalni identiteti, preden bodo pripravljene na medpoklicno sodelovanje.

Analiza variance (Priloga D.2: Anova) kaže na statistično značilne razlike v mnenjih vseh treh anketiranih skupin pri naslednjih trditvah (*razlike so značilne ob $p < 0,05$*):

- delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu (*najvišje strinjanje v skupini ginekologov-porodničarjev*);
- kjer delam, dobro sodelujemo (*najvišje strinjanje v skupini medicinskih sester*);
- dobro ločim poklicne vloge babice, medicinske sestre in porodničarja (*najvišje strinjanje v skupini medicinskih sester*).⁸

Pri vprašanjih, ki so bila zastavljena samo skupini ginekologov-porodničarjev in medicinskih sester, so se odgovori statistično značilno razlikovali v primeru izjave

⁸Razlog za nekatera neskladja med povprečnimi vrednostmi v tabelah ter ANOVO je dihotomiziranje vrednosti/spremenljivk (4 vrednosti lestvice smo pretvorili v 2 – pojav je oz. ga ni).

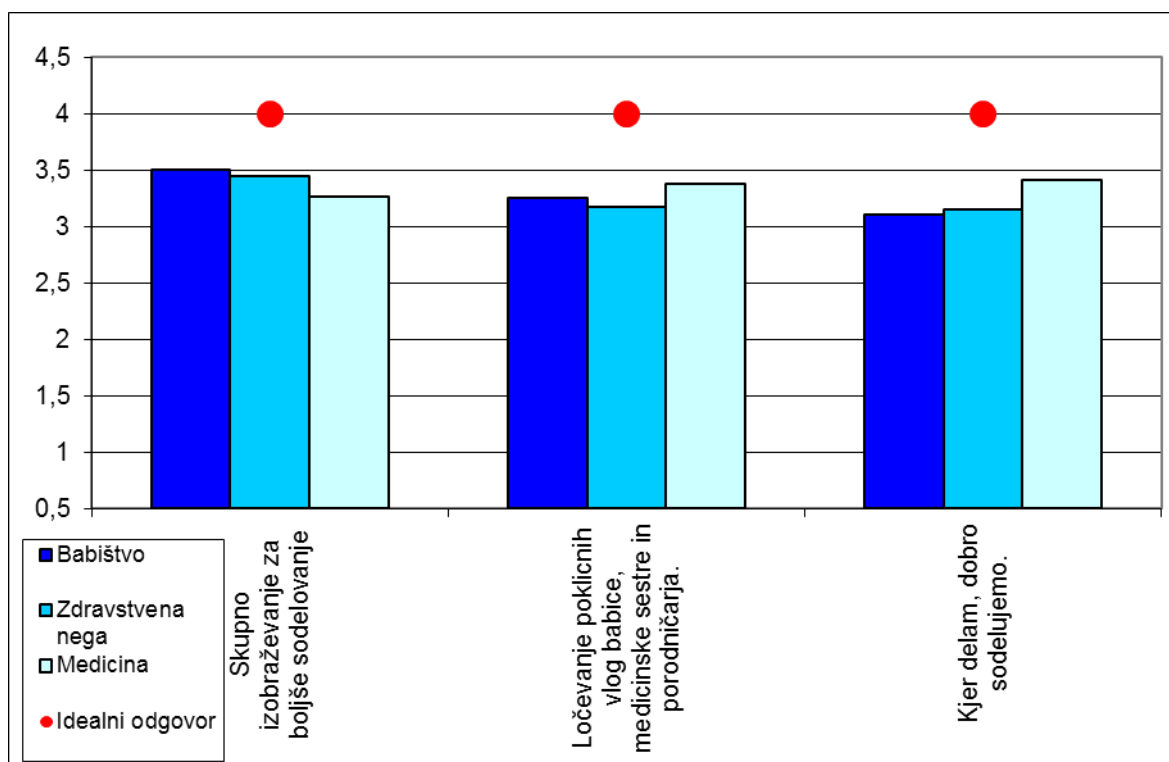
»poglavitni problem pri uveljavljanju babic je nerazumevanje med njimi samimi« (Priloga D.3: Pearsonov test hi-kvadrat).

Odgovori na vprašanja, skupna vsem trem poklicnim skupinam, o medsebojnem poklicnem sodelovanju nakazujejo izmed vseh šestih testiranih elementov profesionalizma še najboljše približevanje idealni situaciji (Slika 4.5).

V dokaj veliki meri so se vse tri anketirane skupine strinjale, da ločijo poklicne vloge drug drugega ter da dokaj dobro medsebojno sodelujejo. Vsi so se tudi v veliki meri strinjali, da bi delno skupno izobraževanje pripomoglo k še boljšemu sodelovanju na delovnem mestu.

Multipla regresija z analizo vpliva treh neodvisnih spremenljivk na ta element profesionalizma je pokazala, da model ni statistično značilen.

Slika 4.5: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o poklicnem sodelovanju babic s sorodnimi strokami primerjalno z idealnim tipom



4.2.6 Reflektivna praksa

Primerjalno je frekvenčna porazdelitev stališč vseh treh anketiranih skupin do reflektivne prakse kot elementa v profesionalizacijskem procesu stroke prikazana v Tabeli 4.10.

Na podlagi refleksije, torej kritičnega razmisleka o lastnih dejanjih, je možno opredeliti kakovost storitev. Kakovostni modeli obporodne skrbi vedno poudarjajo refleksijo (Davis-Floyd in drugi 2009, 22). Vse babice menijo, da svoje delo strokovno opravljajo (Tabela 4.5) in v večini trdijo, da enako počnejo tudi njihove stanovske kolegice (94 %). O strokovnosti babic so bili v večini prepričani tudi anketiranci ostalih dveh skupin, še posebej ginekologi-porodničarji (99 %). Za intraprofesionalne razprave o strokovnosti so pomembni t. i. supervizijski sestanki, kjer pripadniki poklicne skupine razpravljajo o utemeljenosti strokovnih odločitev, etičnih dilemah ipd. Babice izpostavljajo, da imajo možnost medkolegialnih razprav o dogodkih iz prakse v obliki supervizijskih sestankov le ponekod (32 %). Na podlagi tega kakovost svojega dela manjkrat preverjajo pri kolegicah (76 %) oz. svojih nadrejenih (62 %). Za presojo kakovosti lastnega strokovnega dela je bilo anketiranim babicam najpomembnejše mnenje uporabnic (91 %).

Kakovost storitev se lahko delno zagotovi tudi na podlagi objektivnih kriterijev, npr. standardi. Da lahko določena dejavnost doseže status profesije, mora imeti izdelane standarde svojih storitev. Samoregulacija poklica namreč zahteva objektivne kriterije. Recipročno bi torej lahko trdili, da standardi profesiji dajejo avtonomnost, a V. Fleming (1998a, 50) ugotavlja, da so prav z uvajanjem profesionalnih smernic skupaj z uvedbo registracije babice v Angliji pričele izgubljati svojo neodvisnost, saj so nadzor nad kakovostjo pričeli izvajati drugi oz. so protokoli in standardi povzročili, da je babiška praksa postala rutinizirana in manj odzivna na individualne potrebe žensk. Drugi avtorji pišejo podobno (Gale in drugi 2001; Annandale 1996). Tudi anketirane slovenske babice v približno 60 % menijo, da protokoli in standardi vodijo stroko v rutino. Podoben delež strinjanja je zaznati tudi med medicinskimi sestrami. Ginekologi-porodničarji so se s trditvijo

strinjali v manjši meri (46 %). Vzrok različnih mnenj je lahko v profesionalni kulturi. Zdravnikom rutina pomeni smernica za enako(vredno) obravnavo in jo torej dojemajo kot pozitivno, medtem ko zdravstvena nega in babištvo že v izobraževanju poudarjata individualen pristop do pacienta in ima v tem smislu rutina negativno konotacijo. Kljub vsemu pa je s stališča profesionalizma pri slovenskem babištvu problematično prav to, da strokovnih standardov za lastno dejavnost v večini primerov sploh nima; za določene dejavnosti povzema standarde zdravstvene nege, medtem ko za specifične babiške posege (npr. oskrba popka pri novorojenčku, izvedba epiziotomije ipd.) nacionalnih smernic ni.

Morda prav zato o profesionalnih odločitvah babic presojujejo drugi strokovnjaki. Z izjavo, da babice redno nadzorujejo kvaliteto svojega dela, se je strinjalo le 70 % ginekologov-porodničarjev, ki v 44 % tudi menijo, da babiške strokovne odločitve presojujejo drugi, kar kaže na slabo avtonomno vlogo babiškega profesionalnega združenja ter babiške stroke kot take. Še posebej je avtonomna presoja o strokovnosti dejanj pomembna v primeru strokovne napake. V zvezi s tem je velika večina babic (96 %) menila, da za primer strokovne napake niso dobro zavarovane. Pritrdilo jim je 86 % medicinskih sester. Ginekologi-porodničarji so bili v tem pogledu bolj kritični (65 %); domnevno zato, ker zaradi nizke stopnje avtonomije babištva oni prevzemajo večji del odgovornosti za obporodne zaplete. To je izkazalo tudi njihovo 53 % strinjanje s trditvijo, da v primeru strokovne napake babice ne prevzamejo potrebnega deleža odgovornosti. Analiza odgovorov za to trditev je pokazala najpomembnejšo razliko med odgovori primerjalno med raziskovanimi skupinami (Priloga D.1: Povprečja in standardni odkloni).

Tabela 4.10: Stališča anketirancev glede reflektivne prakse – šestega parametra profesionalizma slovenskega babištva

| REFLEKTIVNA PRAKSA | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI-PORODNIČARJI | |
|---|--------|------|-------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Preko Sekcije medicinskih sester-babic lahko vplivam na politične odločitve v zvezi z babištvom OZ. Babice so dobro povezane preko strokovne organizacije*: | | | | | | |
| DA | 27 | 22,3 | 279* | 86,4 | 66* | 83,5 |
| NE | 94 | 77,7 | 44 | 13,6 | 13 | 16,5 |
| Standardi in protokoli prakse vodijo stroko v rutino: | | | | | | |
| DA | 72 | 59,0 | 184 | 57,7 | 43 | 46,2 |
| NE | 50 | 41,0 | 135 | 42,3 | 50 | 53,8 |
| Dobro znam presoditi, ali kolegice opravljajo svoje delo strokovno OZ. Babice svoje delo strokovno opravljajo*: | | | | | | |
| DA | 115 | 93,5 | 334* | 98,2 | 93* | 98,9 |
| NE | 8 | 6,5 | 6 | 1,8 | 1 | 1,9 |
| Kjer delam, imamo redne supervizijske sestanke: | | | | | | |
| DA | 39 | 31,7 | / | / | / | / |
| NE | 84 | 68,3 | | | | |
| Babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki; same babice nimamo/-jo metod za ocenjevanje kakovosti lastnega dela: | | | | | | |
| DA | 81 | 66,4 | 150 | 48,4 | 39 | 44,3 |
| NE | 41 | 33,6 | 160 | 51,6 | 49 | 55,7 |
| Za primer strokovne napake s(m)o babice slabo zavarovane: | | | | | | |
| DA | 118 | 95,9 | 275 | 85,9 | 58 | 65,2 |
| NE | 5 | 4,1 | 45 | 14,1 | 31 | 34,8 |
| V primeru strokovne napake babice ne prevzamejo potrebne odgovornosti: | | | | | | |
| DA | / | / | 51 | 16,2 | 51 | 53,1 |
| NE | | | 264 | 83,8 | 45 | 46,9 |
| Vedno v pogovoru preverjam kakovost svojega dela pri varovancih/pacientih: | | | | | | |
| DA | 111 | 91,0 | / | / | / | / |
| NE | 11 | 9,0 | | | | |
| Vedno preverjam kakovost svojega dela pri nadrejenih: | | | | | | |
| DA | 76 | 61,8 | / | / | / | / |
| NE | 47 | 38,2 | | | | |
| Vedno preverjam kakovost svojega dela pri kolegicah: | | | | | | |
| DA | 94 | 75,8 | / | / | / | / |
| NE | 30 | 24,2 | | | | |
| Babice redno skrbijo za nadzor kakovosti lastnega strokovnega dela: | | | | | | |
| DA | / | / | 284 | 86,1 | 62 | 69,7 |
| NE | | | 46 | 13,9 | 27 | 30,3 |

*Formulacija trditve se razlikuje glede na anketirano skupino.

Profesionalna organizacija je tista, ki v primeru strokovne napake presoja o strokovnosti članov ter sankcionira tiste, ki ne zadostijo standardom kakovosti. Babice so menile, da strokovno združenje ne naredi dosti zanje (Tabela 4.7). Razlog za tako dožemanje situacije verjetno tiči v tem, da nimajo občutka, da lahko vplivajo na odločitve Sekcije medicinskih sester in babic, kar so trdile v 78 %, obenem pa se čutijo slabo zavarovane za primer strokovne napake (kar je tudi naloga strokovnega združenja). S strokovno sekcijo se torej ne čutijo povezane. Drugačen vtis o tem so izrazili anketiranci drugih dveh skupin; medicinske sestre in ginekologi-porodničarji so v večini (nad 80 %) menili, da babice njihova strokovna organizacija dobro povezuje.

Strokovna refleksija naj bi vplivala tudi na odnosno raven in posledično vedenje v zasebni sferi; torej tudi dejanja v privatnem življenju profesionalca vplivajo na njegovo verodostojnost in posledično na verodostojnost celotne poklicne skupine (Martimianakis in drugi 2009, 832). Lahko bi torej rekli, da je refleksija personalizirana etika. Nekoč je bilo potrebno, da ima stroka kodeks etike, danes je pomembno, da imajo strokovnjaki vrednote internalizirane. Kodeks etike določene stroke ne pogojuje več avtomatičnega zaupanja javnosti v profesionalce (Freidson 1988, 186). Refleksija v tem pogledu pomeni samonadzor nad ponotranjenimi strokovnimi etičnimi načeli in je element kvalitete posameznikovega strokovnega odnosa.

Analiza variance (Priloga D.2: Anova) kaže na statistično značilne razlike v mnenjih vseh treh anketiranih skupin pri naslednjih trditvah (*razlike so značilne ob $p < 0,05$*):

- babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki; ni babiških metod za ocenjevanje kakovosti babiškega dela (*najvišje strinjanje v skupini babic*);
- za primer strokovne napake so babice slabo zavarovane (*najvišje strinjanje v skupini medicinskih sester*).⁹

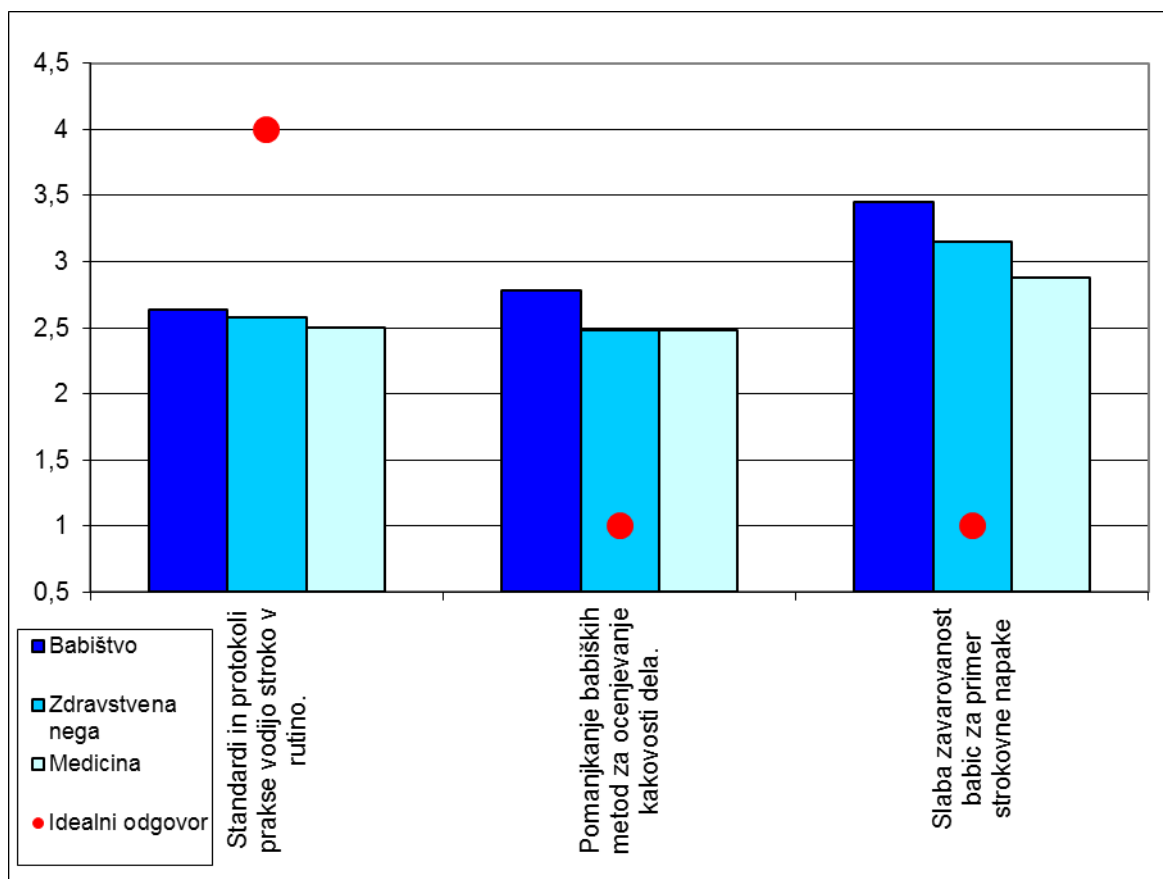
⁹Razlog za nekatera neskladja med povprečnimi vrednostmi v tabelah ter ANOVO je dihotomiziranje vrednosti/spremenljivk (4 vrednosti lestvice smo pretvorili v 2 – pojav je oz. ga ni).

V odnosu na rezultate je bil izračunan tudi test hi-kvadrat (*Pearsonov hi-kvadrat je statistično značilen pri $p < 0.05$*). Trditve, pri katerih so bile zaznane statistične razlike, so povzete v Prilogi K (Priloga D.3: Pearsonov test hi-kvadrat). Pri vprašanjih, ki so bila zastavljena le medicinskim sestram in ginekologom-porodničarjem, smo ugotovili statistično značilne razlike ($p < 0,05$) v odgovorih na trditve:

- babice redno skrbijo za nadzor kakovosti lastnega strokovnega dela;
- v primeru strokovne napake babice ne prevzamejo potrebne odgovornosti.

Mnenja vseh treh skupin o refleksiji v babištvu so prav tako kot pri večini testiranih elementov profesionalizma odrazila precejšnja odstopanja od ideala (Slika 4.6).

Slika 4.6: Odgovori vseh treh anketiranih skupin na vprašanja o babiški reflektivni praksi primerjalno z idealnim tipom



Standardi in protokoli so nujni za presojanje kakovosti strokovnega dela, zato naj bi bili osnova vsakemu profesionalnemu vedenju. Na njihovi osnovi se presoja pravilnost oz. nepravilnost profesionalnega ravnanja (strokovna napaka). Babice naj bi bile s takimi smernicami dobro zavarovane pred strokovnimi napakami; profesionalna organizacija pa naj bi imela izdelane mehanizme nadzora in sankcij, kar tudi pomeni, da naj bi o strokovnosti oz. nestrokovnosti lastnih članov presojala stroka sama (na podlagi lastnih metod ocenjevanja kakovosti dela). Kot je razvidno iz rezultatov, dejanska situacija glede reflektivne prakse v slovenskem babištvu precej odstopa od zelenih razmer.

Model multiple regresije je glede vpliva posameznih neodvisnih spremenljivk na element profesionalizma »reflektivna praksa« statistično značilen (F 3,696; p 0,012). Vse tri neodvisne spremenljivke pojasnjujejo 2,5 % (R^2 0,025; adj. R^2 0,018) variabilnosti odvisne spremenljivke (Priloga H.2: Multipla regresija). Največji vpliv na percepcijo pomena reflektivne prakse za profesionalizem na celotnem vzorcu ima izobrazba (t -3,010; p 0,003). To je gledano po posameznih skupinah anketirancev zlasti odraz rezultatov pri skupini medicinskih sester (t -3,660; p 0,000). V primeru anketiranih babic in ginekologov-porodničarjev nobena od neodvisnih spremenljivk namreč nima statistično značilnega vpliva na pojmovanje pomena reflektivne prakse za profesionalizem.

Iz rezultatov predstavljene raziskave je razvidno, da slovensko babištvo glede na elemente profesionalizma trenutno še ne dosega uveljavljenih kriterijev stroke. Zaključke raziskave po posameznih dimenzijah profesionalizma shematsko povzema Slika 5.1.

Slika 5.1: Povzetek ocene stanja profesionalizma slovenskega babištva glede na raziskavo

| Dimenzija | Poklic | Babištvo | Profesija |
|--|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Teorija | Odsotna | Prisotna, a zelo omejena | Prisotna |
| Javno dobro | Nizko | Minimalno | Visoko |
| Doba šolanja | Kratko Nespecializirano | Dolgo Delno specializirano | Dolgotrajno Specializirano |
| Motivacija | Zase | Služenje | Služenje |
| Avtonomija | Odsotna | Nepopolna | Popolna |
| Predanost/ pripadnost | Kratkotrajna | Kratkotrajna | Dolgotrajna |
| Predstavlja družbene vrednote | Nerelevantno | Relevantno | Relevantno |
| Kodeks etike | Odsoten | Razdelan | Močno razdelan |

Vir: Povzeto in prirejeno glede na raziskavo po Schwirian (1998, 11 v Pavalko 1971, 26).

Šibki elementi profesionalizma slovenskih babic so zlasti: znanje (predvsem zavedanje o pomenu teoretičnega znanja), avtonomija (nizka stopnja avtonomije), sodelovanje z uporabniki (partnerski odnos), medpoklicno sodelovanje (v povezavi z nizkim statusom avtonomije; slaba poklicna identifikacija) ter reflektivna praksa (predvsem v zvezi s sprejemanjem odgovornosti v primeru strokovnih napak). Močan atribut predstavlja etičnost.

Medicinske sestre so v določenih pogledih podale precej podobne odgovore na trditve kot babice, razen v nekaterih parametrih (potreba po izobraževanju iz zdravstvene nege pred študijem babištva; stopnja avtonomije babic). Ginekologi-porodničarji so profesionalizem babištva najbolj kritično ocenjevali

(nekompetentnost za obravnavo zdravih nosečnic, porodnic in otročnic; nepripravljenost prevzemanja odgovornosti), predvsem pa je iz njihovih odgovorov precej jasna hierarhija odnosov (neenakovrednost babic).

Multipla regresija z individualnimi in strukturnimi neodvisnimi spremenljivkami je sicer pojasnila le majhen delež variance v odgovorih. Vseeno lahko povzamemo, da glede na rezultate, čeprav precej šibko, a vendar, na percepcijo za profesionalizem pomembnih elementov v glavnem bolj vplivajo individualne značilnosti posameznika kot institucija, kjer je posameznik zaposlen.

Na podlagi rezultatov lahko zastavljene hipoteze le delno potrdimo:

- *H1: Glede na demografske podatke (starost, izobrazba, zaposlitev) se raziskovalne skupine babic, medicinskih sester in ginekologov-porodničarjev med seboj bistveno razlikujejo, s tem pa tudi njihova percepcija o oceni profesionalizma slovenskega babištva. Predvsem ima v vseh skupinah pomemben vpliv na stališča stopnja izobrazbe udeležencev raziskave.*

Anketirane skupine se res med seboj ločijo, zato se loči tudi njihova percepcija o profesionalizmu slovenskega babištva. Čeprav v manjši meri, so na njihovo percepcijo bolj vplivale individualne kot pa strukturne karakteristike; predvsem starost in ne izobrazba (Priloga H.2: Multipla regresija).

- *H2: Slovenske babice ocenjujejo, da dosegajo najvišjo stopnjo profesionalizma glede na etičnost, njihova najbolj izrazita šibka točka pa je avtonomija.*

Babice se res dobro ocenjujejo v etičnosti (povprečje 3,3 na Likertovi lestvici), obenem menijo, da je njihova močna plat tudi medpoklicno sodelovanje (povprečje 3,15). Slabo stanje se je odrazilo v primeru znanja (povprečje 2,6), sodelovanja z uporabniki (povprečje 2,9) ter v sposobnosti reflektivne prakse (povprečje 2,7).

- *H3: Medicinske sestre in ginekologi-porodničarji, ki sodelujejo z babicami, ocenjujejo, da babice dosegajo najnižjo stopnjo profesionalizma v elementu znanja, visoko stopnjo profesionalizma pa v etičnosti.*

Medicinske sestre in ginekologi-porodničarji menijo, da je močan element profesionalizma slovenskih babic etika (povprečje 3,2 pri medicinskih sestrah in

3,2 pri zdravnikih), šibek pa znanje (povprečje 2,4 pri medicinskih sestrah ter 2,5 pri zdravnikih).

- *H4: Splošna stopnja profesionalizma slovenskega babištva je glede na vseh šest elementov starega in novega profesionalizma nizka.*

Splošna ocena v vseh elementih profesionalizma dosega povprečje 2,9 in je torej višja, kot smo pričakovali.

- *H5: Na profesionalizem posameznika vplivajo individualne karakteristike, predvsem izobrazba; ugodno klimo za razvoj profesionalizma pa zagotavlja tudi delovna organizacija.*

Na profesionalizem posameznika bolj vplivajo individualne karakteristike, predvsem starost (Priloga H.2: Multipla regresija). Potrebno se je zavedati, da testirane neodvisne spremenljivke pojasnijo le zelo majhen delež variance, kar pomeni, da igrajo v oblikovanju stališč o profesionalizmu posameznika pomembno vlogo tudi drugi dejavniki.

Trenutno slovensko babištvo bolj zadosti kriterijem semiprofesije, saj v dveh glavnih postavkah, ki ju opredeljuje Brante (2010, 96) kot ločnici med profesijo in semiprofesijo – popolni samostojnosti v izobraževanju in dejavnosti ter prepoznavnosti – ne doseže zahtevanega stanja. V zavesti babic so potrebne spremembe glede pripadnosti stroki, pa tudi odnosa do teoretičnega strokovnega znanja in njegovega pomena za avtonomijo stroke, odnosa do uporabnikov babiških storitev, odnosa do avtonomije (v smislu prevzemanja odgovornosti za strokovne odločitve ter v primeru napak).

4.3 Omejitve raziskave in priporočila za nadaljnje raziskave

Refleksija oz. kritični razmislek o raziskovalnem postopku je nujen, če želimo opredeliti kakovost raziskovalnega dela (Finlay in Gough 2003, IX). V zvezi s predstavljenimi raziskavo opredeljujemo naslednje omejitve študije:

- omejitve v zvezi z razvojem raziskovalnega inštrumenta;

- omejitve glede vzorčenja;
- omejitve pri izvedbi raziskave.

Omejitve v zvezi z razvojem raziskovalnega inštrumenta

Raziskovalni inštrument je bil povzet iz drugih raziskav (Hampton in Hampton 2000; Kvas in drugi 2006); kombinacija vprašanj je prav gotovo vplivala na celokupno kakovost vprašalnika. Raziskovanje vseh treh skupin, ki je zahtevalo poenotenje vprašalnika, je na določen način nižalo kakovost raziskave. Modifikacija trditev, ki so bila v prvotni raziskavi (Hampton in Hampton 2000; Hampton in Hampton 2004) mišljena le za babice, je vplivala na rezultate Cronbach α . Prav tako različne/dodatne trditve za posamezne poklicne skupine, ki so bile zastavljene na podlagi pregleda literature. Obenem pa se je treba zavedati, da babištvo ne obstaja ločeno od drugih strokovnih skupin ter da bi z raziskovanjem zgolj mnenja babic pridobili le en aspekt ter tako nepopoln vpogled v situacijo.

Pomembna omejitev je tudi, da del tujega inštrumenta, ki je bil uporabljen v raziskavi, ni bi dvojno slepo preveden (Neuman 2006, 445). Morda je k razumevanju globljega pomena trditev pripomoglo to, da so anketiranci slabo poznali tematiko ali pa je do razlik v razumevanju prišlo zaradi formulacije trditev; slovenski jezik je namreč v tem pogledu zelo specifičen (Hlebec in Rozman 2008, 121) in formulacija trditev oz. raziskovalnih vprašanj je občutljiva (Ličen in drugi 2006).

Vsebinsko pristranskost bi lahko predstavljala tudi zaprta oblika vprašanj (trditve) v vprašalniku; odprti odgovori namreč lahko nudijo razpon vsebin, ki segajo preko okvirjev raziskave ter morda ponudijo razlago miselnosti anketirancev. Vendar pa je v tem primeru generalizacija odgovorov bolj zahtevna (Reja in drugi 2003, 159, 174), interpretacija podatkov pa se posledično lahko odmakne od osnovne tematike.

Omejitve glede vzorčenja

Glede na pomanjkanje objektivnih podatkov o številu in karakteristikah populacij vseh treh raziskovanih skupin obstajajo določene omejitve pri vzorčenju (Agresti in

Franklin 2009, 169, 173). V primeru babic ni bilo poznanega celokupnega števila, prav tako so bili pomanjkljivi podatki o delovnih mestih in izobrazbi članov. Pri medicinskih sestrah ni bilo znano število tistih, ki sodelujejo z babicami (register ni opredeljeval njihovega delovišča). V skupini ginekologov-porodničarjev je seznam strokovnega združenja vključeval vse člane; v nabor so bili vključeni tudi upokojeni. Poleg tega ni bilo razvidno, kje so zaposleni (privatni/javni sektor) ter ali pri svojem delu sploh prihajajo v stik z babicami.

Reprezentativnost vzorca medicinskih sester in babic bi lahko izboljšali z izvedbo raziskave v vseh slovenskih zdravstvenih domovih in privatnih ginekoloških ambulantah, vendar pa slednje ni bilo izvedeno zaradi finančnih omejitev.

Zaradi nejasnosti v zvezi s profesionalno opredelitvijo babic in medicinskih sester (popisi IVZ, Zbornice ZBNS, ICM in WHO so jih kategorizirali glede na različne kriterije – izobrazbo, delovno mesto itd.), smo le-tem omogočili, da se sami opredelijo glede poklicne pripadnosti, kar je vplivalo na podatke. Vendar pa jim je bila ta možnost ponujena, ker je profesionalizem tesno povezan s profesionalno identiteto in občutkom pripadnosti.

Vedno se v primeru uporabe anketnih vprašalnikov postavi tudi vprašanje o selektivni pristranosti – kdo so tisti, ki se na raziskavo niso odzvali (Agresti in Franklin 2009, 169), ali so njihove karakteristike bistveno drugačne od anketirancev oz. zakaj so nekateri določena vprašanja izpustili (Gujarati 1995, 26).

Omejitve pri izvedbi raziskave

Pilotna študija v vseh treh raziskovalnih skupinah ob upoštevanju realne strukture raziskovanih skupin (enak delež srednjih in diplomiranih babic) bi morda osvetlila slabosti raziskovalnega instrumenta pred izvedbo glavne študije.

V smislu boljše ozaveščenosti anketirancev o tematiki raziskave bi bila morda smiselna predhodna predstavitev konceptov profesionalizma anketancem, kar bi izzvalo bolj kritičen pogled na zastavljena vprašanja, vendar pa ob tem obstoji verjetnost, da bi udeležencem raziskave sugerirali odgovore, zaradi česar rezultati ne bi odražali dejanskega stanja.

Drugi pomemben kritičen razmislek, ki se na to navezuje, je potreben v zvezi s pristranskostjo raziskovalca, ki prav tako lahko vpliva na vsebinsko plat

raziskovanja. Lastna stališča, vrednote in izkušnje prav gotovo vplivajo na vsebino raziskave (Bryman 2004, 523; Finlay in Gough 2003, 40); konec koncev že interes za določeno raziskovalno vprašanje navadno izvira iz osebne motivacije in zanimanja za področje (Daly in Lumley 2002, 299). Pripadnost babištvu avtorice doktorske naloge je prav gotovo v določeni meri vplivala na izbor vsebin in razlago podatkov.

Čeprav poklicna skupina ni homogena celota, saj jo sestavljajo individualni člani, ki so bolj ali manj profesionalni (Abbott 1988, 115), bi v primeru zadostne realizacije vzorca izsledke študije, predstavljene v doktorski nalogi, lahko generalizirali. Vendar pa odzivnost ni bila zadostna. Anketirancem, ki so jim bili poslani opomniki za izpolnjevanje ankete, ni bil ponovno poslan vprašalnik. Ta odločitev je temeljila na podlagi finančnih omejitev, vendar pa bi priložen vprašalnik morda zvečal odzivnost.

Glavno omejitev pri analizi podatkov bi lahko pomenilo združevanje anketirancev z različno stopnjo izobrazbe, vendar pa smo želeli ugotoviti mnenja poklicnih skupin kot celote. V primeru babic je treba omeniti še dodaten argument – pristojnosti srednjih in diplomiranih babic so v praksi enake.

Kljub opredeljenim omejitvam se je treba zavedati, da je predstavljena raziskava prva študija o profesionalizaciji slovenskega babištva. Glede na trenutno stanje v stroki je bila nujna. Babištvo je v situaciji, ko so odločitve o nadaljnjem razvoju stroke ključnega pomena. V bodoče bi bilo potrebno spremljati spremembe in razvoj slovenskega babištva v smislu profesionalizma (longitudinalna študija) in izdelati tudi oceno stališč s strani uporabnic (žensk).

V opravljeni raziskavi smo se odločili za kvantitativni pristop. Izbira med kvalitativnim in kvantitativnim pristopom je odvisna od filozofije in narave projekta (Anderson 2006, 6; Polit in drugi 2001, 18; Sullivan 2001, 148). V konkretnem primeru nas je zanimalo splošno stanje, ki smo ga želeli čim bolj objektivno zajeti. Poleg tega so teoretične podlage o profesionalizmu jasno opredeljene. Kvantitativni pristopi se pogosteje uporabljajo za testiranje teorij, medtem ko je kvalitativni pristop uporaben, če teorija ne obstoji (SOCSCI 2012, 41-46; Sullivan

2001, 20; Frankel in Deverse 2000, 253). Glede na teorijo, ki že obstoji, je za kvantitativno raziskavo značilno, da postavi hipoteze, ki so navadno poskusni odgovori na raziskovalno vprašanje (Neuman 2006, 173).

Kvantitativna metoda je bolj značilna za pozitivistični pristop, kvalitativna pa za interpretativni pristop opisa družbenih dogajanj (Kvalitativno raziskovanje 2012). Kvantitativni pristop je deduktivna metoda raziskovanja (SOCSCI 2012, 41–46; Sullivan 2001, 20; Polit in drugi 2001, 13; Ragin 2007, 149), medtem ko gre pri kvalitativni raziskavi za študijo/e primera, katere rezultate lahko naknadno na podlagi analitične indukcije posplošimo (Kvalitativno raziskovanje 2012; Frankel in Deverse 2000, 253; Ragin 2007, 108). Nekaterih pojavov ni mogoče meriti in je zato zanje bolj primeren kvalitativni pristop (Rožman 2004, 20). V tem pogledu bi bilo mogoče s kvalitativno raziskavo poglobljeno nasloviti nekatere koncepte o babiškem profesionalizmu.

Kvalitativni pristop navadno obsega centralno vprašanje, ki je zastavljeno precej široko in se nanaša na generalni raziskovani pojem (Creswell 2008, 129), npr. »Ali so babice strokovnjakinje?«. Nanj raziskovalec naniza podvprašanja, ki pa jih ni več kot 12 (Miles in Huberman 1994 v Creswell 2008, 130) in bi se v našem primeru lahko nanašali na elemente profesionalizma. Vendar pa bi bil cilj raziskovanja drugačen kot v primeru opisane kvantitativne študije. Medtem ko kvantitativna vprašanja želijo odgovore »Koliko?«, »S kakšno gotovostjo?«, so kvalitativna raziskovalna vprašanja odprtega tipa (Cluett in Bluff 2006, 234) in sprašujejo »Kaj?«, »Zakaj?«, »Kako?«, (Anderson 2006, 3; Polit in drugi 2001, 18; Neuman 2006, 154–155). Že vprašanje »Zakaj?« nekateri avtorji (Creswell 2008, 130, 133) bolj povezujejo s kvantitativnim pristopom, saj nakazuje vzročno-posledično povezavo, pri čemer so nekatere spremenljivke odvisne, nekatere pa ne.

Kvalitativna vprašanja iščejo odgovore o pomenu in smislu pojavov, opise konceptov in simbolov. Zanimajo jih percepcije ljudi; njihove izkušnje (Cluett in

Bluff 2006, 234). Vprašanja oz. trditve, ki bi jih zastavili, bi bila v tem primeru bolj osebna, generalizirana, npr. »Kaj je specialno babiško znanje?«, »Ali kodeks etike zagotavlja etično vedenje babic?« oz. »Ali je babica samostojen in enakopraven član zdravstvenega tima?«. Raziskovalna vprašanja za kvalitativne študije navadno operirajo z glagoli opisati, razložiti, razumeti, medtem ko so glagoli, značilni za opis kvantitativnih vprašanj, vezani na vplivati, pogojevati itd. (Creswell 2008, 131), npr. »Kaj razumete pod pojmom reflektivna babiška praksa?«, »V čem vidite prednost babiške avtonomije?« oz. »Kako bi opisali partnerski odnos z žensko?«.

Medtem ko so raziskovalna vprašanja kvantitativnih študij fiksna, se v procesu kvalitativnega raziskovanja lahko spreminjajo v skladu s potekom in vmesnimi rezultati študije (Creswell 2008, 131; Flick 2007, 22; Neuman 2006, 153; Frankel in Deverse 2000, 253). Tako bi splošno vprašanje o avtonomiji stroke lahko vodilo v globlje koncepte prevzemanja odgovornosti za strokovne odločitve ali pa bi vprašanja o znanju prešla v razmišljanje o poklicni identiteti.

5 SKLEP

Stroko definira predvsem področje dela (Abbott 1988, 17, 18–20). Za profesionalizacijo je nujno, da stroka omeji svoje področje dejavnosti in znanja (Siddiqui 2005, 24). Babice se opredeljujejo kot strokovnjakinje za fiziološki porod, nosečnost in puerperij; paradigma fiziologije teh obdobj predstavlja celo osnovo njihovi poklicni identiteti. S tem zaznamujejo svoje področje ekspertize (Downe 2004, 91). Kaj torej je »fiziološki« porod oz. kot ga nekateri opisujejo – »normalen«, »naraven«, »holističen« (Davis Floyd 2003; Cosans 2004; Hansen in drugi 2002; Odent 2002)?

D. Gould (2000) je poskušala definirati naravno v odnosu do nosečnosti in poroda, saj bi slednje pomenilo jasno distinkcijo med babiškimi in medicinskim področjem dejavnosti. Večina babic, vključenih v njeno raziskavo, je normalen porod opisovala kot fiziološki porod, ki se spontano začne, ko je otrok donošen, po zaključeni nosečnosti brez komplikacij in napreduje ter se dokonča brez intervencij. Paradoks je, da je večina menila, da je naraven porod normalen porod, vendar pa ni nujno, da je normalen porod vedno tudi naraven. Naraven porod so intervjuvane babice povezoval zlasti s porodom brez medikamentov, kjer ženska namesto lajšanja bolečin uporabi metodo sodelovanja z bolečino (Walsh 2009; Schmid 2007). Lerich (1940 v Canguilhem 1987, 65) je sicer zapisal, da bolečina ni fiziološki občutek, ker bolečine ni v načrtu narave. Vendar pa je ta tesno povezana s porodom, ki ga smatramo za naraven akt v reproduktivnem obdobju ženske (Gould 2000). Je torej porod patološko stanje in smo ga družbeno predrugačili v normalno, fiziološko, ker je pač pogosto in običajno? Ali pa se je nemara predrugačil družben odnos do bolečine?

Guyenot (1938 v Canguilhem 1987, 199) meni, da je organizem sam kemik najboljše vrste in najboljši zdravnik. Spremembe okolja (zunanjega in notranjega) so skoraj vedno grožnja existenci. Živo bitje ne bi moglo obstati brez sposobnosti

prilagajanja (Canguilhem 1987, 92); stalnega vzpostavljanja homeostaze. Modrost telesa pomeni, da je živo telo v nenehnem stanju nadziranega ravnovesja, da vzdržuje stabilnost nasproti motečim vplivom, skratka, da je organsko življenje red krhkih in ogroženih funkcij, ki pa jih sistem regulacij vedno znova vrača v prvotno stanje (Canguilhem 1987, 200). Telo je sposobno kompenzirati spremembe, vezane na nosečnost in porod – najde novo obliko homeostaze. Glede na to lahko trdimo, da so nosečnost, porod in poporodno obdobje fiziološki pojavi, ki jih ženska zmore prenesti in z naravnimi spremembami funkcije organizma kompenzirati.

Pojem normalnega se spreminja; determinira ga določena kultura in obdobje. Patološko pa je vedno definirano v odnosu do normalnega, kot odstopanje od običajnega in ne kot samosvoja entiteta (Downe 2004, 91). Nekdaj so menili, da gre pri patologiji za reakcijo organizma na telesu tujo snov oz. za porušeno ravnovesje/harmonijo (Canguilhem 1987, 19–20). Littre in Robin (1873 v Canguilhem 1987, 87) sta trdila, da je normalno nekaj, kar je skladno s pravilom, patološko pa ne, Lalande (1938 v Canguilhem 1987, 87) pa je zapisal, da je normalno tisto, kar se ne nagiba ne v levo ne v desno, tisto, kar je prav v sredini. Je torej tisto, kar srečamo najpogosteje, v večini primerov. Broussais (1822, 440 v Canguilhem 1987, 29) je to misel razvijal in sklenil, da se torej patološko stanje ne loči radikalno od fiziološkega, saj glede na zgoraj povedano pomeni samo preprosto podaljšanje – bodisi zgornjih, bodisi spodnjih meja sprememb normalnega odziva organizma. Do podobnih zaključkov je prav tako prišel Bernard (1865 v Canguilhem 1987, 72). Patologija je deviirana fiziologija, piše tudi Leriche (1939, 482 v Canguilhem 1987, 66). Je potemtakem resnično normalen porod nemogoče definirati kot samostojno entiteto? Je razumna trditev medicine, ki meni, da je porod mogoče kot fiziološki definirati šele retrogradno (Percival 1970 v Gould 2000, 420)?

Hegel trdi, da se spremembe kvantitete (z večanjem oz. manjšanjem) odražajo tudi v kvaliteti. In s tega vidika bi bilo napačno trditi, da je patološko stanje zgolj podaljšano odstopanje od fiziološkega stanja (Canguilhem 1987, 77). Če bi

bolezen jemali kot tako, z njo v zvezi ne bi bilo negativnih konotacij; ne bi bila smatrana kot kvalitativna anomalija, pač pa bi pomenila le drugačno stanje (Minkowski, 1839, 77 v Canguilhem 1987, 81). Potemtakem bi bilo potrebno patološko razumeti kot drugo vrsto normalnega; nenormalno torej ni tisto, kar ni normalno, pač pa je neko drugo normalno (Canguilhem 1987, 150). Vendar pa je sodba o normalnem in nenormalnem, fiziološkem/patološkem vrednostna sodba, pravi Ey (1936 v Canguilhem 1987, 82).

Normalno ni statičen, pač pa dinamičen in polemičen pojem. Normirati, normalizirati pomeni vsiliti neko zahtevo nečemu bivajočemu, neki danosti, ki je različna od zahteve (Canguilhem 1987, 180). Že Bernard (1959, 13 v Canguilhem 1987, 50–51) je navedel, da je norma stalna referenčna točka, na podlagi katere se presoja odstopanje. Vendar norma v fiziologiji ni le povprečje. Pravzaprav Bernard meni, da bi v fiziologiji kot normo morali vzeti optimalno stanje (Bernard 1865, 286 v Canguilhem 1987, 108), drugače kapacitete fiziologije ostanejo neizkoriščene; povprečen človek je daleč pod zmožnostmi fiziologije (Canguilhem 1987, 118). Ker pa je normalno funkcioniranje človeka v različnih kulturah lahko definirano popolnoma drugače (biometrične raziskave), lahko rečemo, da je norma pogojena tudi s kulturo in okoljem, v katerem človek živi. Življenje je torej normativna dejavnost (Canguilhem 1987, 88). Wagner (1994, 421) sicer trdi, da porod v porodnišnici drugače poteka in je normiranje porodov glede na običajen potek le-teh v porodnišnici napačno. Vseeno pa se normalna nosečnost in običajen porod vrednoti s stališča družbe. Če v danem okolju obstaja več možnih kolektivnih življenjskih norm, je navadno izbrana tista, ki jo večina sprejme za svojo in je zaradi svoje dolge tradicije videti naravna, trdi Canguilhem (1987, 127); družbene norme interferirajo z biološkimi zakoni (Canguilhem 1987, 114). Če družba torej sprejme medikalizacijo poroda kot normo, je porod doma odklonski. Če sprejme kot normo dejstvo, da nosečnost vodi ginekolog, je to odraz družbene zavesti, da nosečnost smatra za bolezen?

Kot v primeru fizioloških norm tudi v primeru družbenega normiranja ne moremo trditi, da je norma/normalno zgolj tisto, kar je v določeni družbi najbolj pogosto in

običajno. Velik vpliv imajo družbeni nosilci moči. In lahko rečemo, da je na področju zdravstva medicina tista, ki predstavlja avtoritativno védenje oz. določilno znanje (»authoritative« – ang. veljavno, ugledno, določilno, oblastno). Uveljavljanje znanja, ki je avtoritativno in s tem prevlada skupine ljudi, ki ga obvladuje, je spreminjajoč družbeni proces, ki gradi in obenem reflektira odnose moči v družbi (Wenger 1990 v Jordan 1997, 56). V vsaki kulturi je tako v določenem času znanje, ki prevladuje kot najbolj pravnomočno in tehtno – npr. kar reče zdravnik je dejstvo; ima moč, da definira, kdo je bolan, zdrav, mrtev, živ, kompetenten ali ne (Starr 1982, 13–15). Zdravniki tako opredeljujejo dejavnike tveganja za nosečnost ter opredeljujejo, katera nosečnica je zdrava. Posledično pa, katero bo spremljala babica in katero ne. In kar se tiče poroda – menijo, da je potencialno nevaren proces, ki ga je treba nadzorovati. Ljudje prevladujočo obliko znanja ne samo sprejmejo, pač pa jo tudi podpirajo in reproducirajo (Jordan 1997, 58). In to ne le laiki, temveč tudi sorodne poklicne skupine. Shallow (2001, 243) pravi, da je večina bobic profesionalno že socializirana in sprejema medikaliziran način poroda ter je izgubila uvid v to, kaj babištvo je. Glavni razlog naj bi šlo iskati v kliničnih okoljih, v katerih se študenti babištva praktično usposabljujejo (Clarke 2004, 231) ter že tekom izobraževanja internalizirajo vlogo asistent-k/ov porodničarja. Je torej profesionalizacija babištva kot samostojne discipline v tej fazi sploh še mogoča?

Prav gotovo lahko trdimo, da so babice bile avtonomne v času, ko je bila porodna pomoč še oblika medsebojne ženske pomoči oz. v prvi fazi zgodovinskega razvoja, kot to opredeljuje Boehme (1980, 19–22 cit. po Rožman 2004, 43). Njihovo znanje je sicer bilo izkustveno in intuitivno in ni bilo vedno kos zahtevam porodnih situacij, vendar pa je bilo za laike avtoritativno; lahko rečemo, da so bile njihove spretnosti ezoterične in njihovo znanje specifično. Že v drugi stopnji razvoja z regulacijo poklica (ki je niso izvajale babice same) pa se je babiško znanje osiromašilo in pričelo zamirati. Porodništvo, ki je za svojo osnovo povzelo bogate praktične izkušnje bobic, pa se je krepilo in nadgrajevalo (Rožman 2004, 44–45). Intuicijo babištvo sicer še danes smatra za del babiškega znanja, vseeno pa z njo ne more enakovredno konkurirati današnji določilni obliki znanja, ki je »na

dokazih temelječe«. Moč avtoritativnega znanja je, da trenutno veljavna dejstva sicer niso nujno pravilna, so pa edina legitimna in upoštevana. Ostala so razvrednotena (Jordan 1997, 58). In znanost zavrača nedoločeno. Že Bernard (1865, 96 v Canguilhem 1987, 75) je zapisal: »Kadar začne zdravnik utemeljevati svoja mnenja na podlagi občutka ali intuicije, daje zgled za fantazijsko medicino, ki prepušča zdravje in življenje bolnikov kapricam navdahnjenih nevednežev in je kot taka lahko izjemno nevarna«. Na dokazih temelječe védenje se torej danes zdi edina logična, naravna pot za babištvo. Vendar ali ne postane babištvo z redukcijo na fakte le nova oblika porodništva? In ali torej pomeni, da je babištvo, v kolikor ne sledi zgolj dokazom raziskav, nevarno? To vprašanje se pogosto zastavlja (Oakley in Houd 1990, 54). Če se babištvo ukvarja s podporo fiziologiji in je njegovo osrednje vodilo ne-interveniranje (Marshall 2005, 10; Tew 1990, 10), babice pa znajo prepoznati morebitne komplikacije in ženski zagotovijo pomoč pristojnega strokovnjaka (ginekologa-porodničarja), ali ni torej medikaliziran porod bolj nevaren, glede na vse intervencije, ki jih navadno vključuje?

Določene ženske se zavedajo posledic kaskade intervencij, ki jih prinaša medikaliziran porod in se vseeno odločijo za trenutno t. i. 'drugačen porod' (tj. v določeni kulturi manj običajen). Ker poenotenim družbenim prepričanjem navkljub imajo tudi posamezniki svoja stališča, vrednote, norme. Medtem ko je večina babic v študiji D. Gould (2000) trdila, da je normalno tisto, kar je običajno, je ena izmed njih smatrala za normalen porod tisti porod, ki ga ženska dojame kot normalnega. Organizem namreč ni vržen v okolje, kateremu bi se moral prilagajati, pač pa ga skonstruira glede na lastne sposobnosti; izbere tiste opredelitve, ki so mu blizu. Vsakdo od nas fiksira sebi lastne norme (Canguilhem 1987, 220–222). Normalno oz. patološko ali nenormalno stanje sta torej definirana s strani posameznika, na podlagi individualnega občutka in družbenih vrednot okolja, v katerem posameznik živi (Canguilhem 1987, 82). Za človeške norme torej velja, da so opredeljene kot možnost delovanja organizma v družbeni situaciji (Canguilhem 1987, 208). Vendar pa če normalno nima togosti kolektivne prisile, marveč gibkost norme, ki se spreminja v svojem odnosu do individualnih pogojev, je jasno, da postane meja med normalnim in patološkim precej nejasna (Canguilhem 1987, 133). Človek se

počuti pri dobrem zdravju le, kadar se počuti več kot normalen – torej prilagojen okolju in njegovim zahtevam. Strogo vzeto je možno živeti tudi s številnimi napakami in prizadetostmi. V tem smislu je vsako stanje organizma potemtakem normalno, dokler je prilagajanje na vsiljene okoliščine uspešno in združljivo z življenjem nasploh (Canguilhem 1987, 147–148) ter sprejemljivo za posameznika.

Za fiziologijo bi potemtakem lahko podali novo definicijo – je znanost o stabiliziranih življenjskih dogajanjih, medtem ko bi patologijo lahko opredelili kot fiziologijo z ovirami (Virchow 1861 v Canguilhem 1987, 153). Klinično pa navadno šele patologija da sklepati o normalni funkciji organa (Canguilhem 1987, 74). Podobno je trdil že Kant, ki je napisal, da so bolezni izsilile fiziologijo; medicina je začela s patologijo. Zapisal je: »Dobrega počutja pravzaprav ne čutimo, saj gre zgolj za življenjsko zavest; moč za upiranje se sproži le, kadar je ta ovirana.« (Kant 1798 v Canguilhem 1987, 176). Tako se medicina z zdravjem in normalnim ne ukvarja prav dosti, ker življenje v t. i. 'sozvočju organov' navadno ne zahteva posredovanja strokovnjakov (Canguilhem 1987, 82). Bolezen je tista, ki ovira bolnika pri poteku njegovega življenja, povzroča trpljenje in zahteva pomoč. Stanje zdravja pa je po Lerichu stanje, v katerem se subjekt ne zaveda svojega telesa (Leriche 1936 v Canguilhem 1987, 62–63). Zdravje je življenje v tišini organov; organska nedolžnost, pravi Canguilhem (1987, 70). Ker takrat ni potrebe po definiranju stanja, znanosti o zdravju ni brez znanosti o odstopanju – patologije. Norma se razkrije s kršitvami le-teh (Canguilhem 1987, 82).

Porod in nosečnost pomenita spremembo notranjega okolja – telo se prilagodi na sobivanje dveh oseb v enem telesu. Posledica tega je, da organi niso več v sozvočju, ženska se jasno zaveda sprememb telesa in se sooča z različnimi mehanizmi fiziološke kompenzacije na situacijo, vseeno pa, v kolikor zadeve potekajo običajno, ni življenjsko ogrožena in lahko normalno funkcionira. Situacijo bi torej lahko opredelili kot fiziološko. S fiziologijo pa se, kot že rečeno, medicina ne ukvarja prav dosti. Kljub temu da ni bolna, pa nosečnica, porodnica, otročnica potrebuje nasvet in spremljanje ter pomoč strokovnjaka. V kolikor fiziologijo torej

opredelimo za babiško področje, se soočimo s težavo v zvezi s trditvijo, da se fiziologija opredeljuje iz patologije. Vendar pa je že Prus trdil, da bi moralo biti prav obratno – fiziologija bi morala biti osnova za spoznavanje in razumevanje simptomov patologije, saj se le-te lahko izpelje samo iz poznavanja normalne funkcije organov (Prus 1825 v Canguilhem 1987, 74). Potemtakem lahko zagovarjamo stališče, da bi znanost o fiziologiji reprodukcije kot osnova nadaljnjim izpeljavam (patologija) lahko obstajala samostojno.

Ob tej predpostavki ima babištvo torej prostor, ki predstavlja potencial za razvoj lastne profesionalne dejavnosti. Ali bo to možnost izkoristilo? Freidson (1994 v Pahor 2006, 28) meni, da si vse poklicne skupine v zdravstvu želijo pridobiti moč, ugled in privilegije medicine. Vendar pa se slovenske babice ob rezultatih študije, ki jasno kažejo, da slovensko babištvo ni profesionalizirano, s profesionalizmom miselno še ne ukvarjajo. Ob tem se odpirajo številne dileme. Je profesionalizacija stroke sploh smiselna? Glede na raziskave je želja po profesionalizaciji babištva ali zdravstvene nege navadno prisotna samo v vodilnih krogih poklicne skupine, kar posledično lahko povzroči celo razdor v lastni sredi (Sandall 1995, 208; Robinson 1992, 194; Salvage 1988, 516). Res pa je tudi, da naj bi prav vodilni imeli jasno vizijo, cilje in idejo o razvoju stroke. Domnevno bo pripadnike poklica, v kolikor bi podprli idejo o profesionalizmu, zanimalo zlasti kaj s profesionalizacijo babištvo pridobi in kaj tvega da ob tem izgubi? Zelo poenostavljeno bi bilo reči, da so žrtve zanemarljive v primerjavi s pridobitvami. Res da profesionalni projekt v končnem obljublja avtonomijo, ugled in nenazadnje tudi boljši ekonomski status. Vendar od strokovnjaka zahteva daljši in bolj poglobljen študij, prevzemanje odgovornosti za strokovne odločitve, brezpogojno zavzemanje za dobrobit uporabnika ipd. Vse to bi za marsikaterega pripadnika poklica lahko bilo prehuda zahteva. Če babištvo že izbere profesionalizem, kakšna naj bi bila nadaljnja strategija razvoja – katere vrednote stroke poudarjati, da babištvo ne izgubi svojega bistva? Poklici se profesionalizacije lotevajo z različnimi strategijami – medicinske sestre tako pojmujejo profesionalizacijo predvsem kot strategijo poklicnega zapiranja, medtem pa zdravniki profesionalizacijo razumejo drugače; pomeni jim predvsem avtonomijo (Walby in Greenwell 1994, 52), pričenjajo pa se

zavedati tudi pomena elementov novega profesionalizma (intervju z Novak-Antolič v Žmahar 2011, 31). Profesionalni projekt po zgledu tradicionalnih strok ni več aktualen, menijo strokovnjaki, vendar pa so zdravstvene stroke v težkem položaju, saj če želijo priznanje statusa profesije, jih družba navadno sodi v primerjavi s prototipom profesije na področju zdravstvene delitve dela; to je z medicino (Freidson 1988, 67). Glede na spremenjene družbene razmere in množično profesionalizacijo poklicev, novi profesionalni projekti zahtevajo drugačne strategije kot nekoč (Kuhlmann 2008, 46). Nenazadnje pa je pomembno tudi vprašanje, ali je glede na sodobne trende profesionalizma vseh poklicev, sploh mogoče, da babištvo obstoji, če se za profesionalizacijo ne odloči?

Poklici se danes masovno profesionalizirajo. Kar pomeni, da se člani zavestno trudijo za razvoj v skladu s profesionalizmom (ustanavljajo združenja, izobraževanje na akademski ravni, razvijajo etične kodekse ipd.). Vendar pa je ta profesionalizem drugačen od tradicionalnega, saj s seboj ne prinese avtomatično tudi družbene moči, ugleda itn.; Nordegraaf (2007, 761) ga imenuje 'hibridni' profesionalizem. Profesionalnost je, kot kaže, postala družbena norma za poklice. V tem pogledu se je torej nemogoče uveljaviti in obstati brez profesionalizma, kar precej jasno nakazuje usmeritev tudi za razvoj babištva. Avtonomija v tem pogledu je ključnega pomena (Oakley in Houd 1990, 166; Marshall 2005, 9; Pollard 2003, 115; Abbott 1988, 96). Beauchamp in Childress (1994, 120-121) trdita, da je avtonomija zmožnost samoregulacije in neodvisnost od drugih. S precejšnjo gotovostjo lahko torej rečemo, da slovensko babištvo po teh kriterijih ni avtonomno.

Od leta 1753 (z vmesno prekinitvijo od 1982 do 1996) ima sicer formalno urejeno izobraževanje, ki pa so ga dolga leta izvajale druge poklicne skupine. Če pripadnike določenega poklica izobražujejo drugi zdravstveni strokovnjaki, pa je s tem okrnjena ekskluzivnost znanja. Standardizirano in državno priznано izobraževanje za babice sicer ima, kot navaja literatura, mnogo prednosti za stroko – legitimnost, prepoznavnost, dostop do državnih sredstev in možnost šolanja večjega števila strokovnjakov (Davis-Floyd 1998 v Foley in Faircloth 2003,

168), vendar pa se s tem vzpostavi tudi večja socialna kontrola nad poklicem (DeVries 1996 v Foley in Faircloth 2003, 168), kar lahko delno onemogoča avtonomijo. Od leta 2004 je babiško izobraževanje urejeno v skladu s sektorsko direktivo EU, ki predpisuje minimalne zahteve za izobraževanje in dejavnost babic (European Commission 1980). Po priporočilih EU (Belfrage in drugi 2002) je babištvo v sklopu Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani postalo samostojna stroka, z lastnim oddelkom in katedro. Izobraževanje poteka tudi v skladu z usmeritvami drugih za babištvo pomembnih organizacij – definicijo poklica, ki jo določa Mednarodna zveza babic (ICM 2011), smernicami Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) ter dokumenti o poklicnih kompetencah babic (Zakšek in drugi 2008). Izobraževanje babic je visokošolsko, v sklopu univerze, a brez možnosti za podiplomski študij. Rekrutiranje kandidatov ter podeljevanje diplom je v domeni babiške stroke. Študenti pridobijo vsa z direktivami predpisana teoretična znanja, vendar pa v sklopu praktičnega usposabljanja nimajo možnosti opravljati nekaterih predpisanih dejavnosti, ker jih v praksi ne izvajajo babice, saj se priporočila sektorske direktive EU za dejavnost babic ne izvajajo dosledno. Triletni program zaradi vključitve vsebin pripravništva (da je omogočena čim boljša zaposlitev diplomantov, v skladu z bolonjsko deklaracijo) obsega 5400 ur, od tega je več kot polovica praktično usposabljanje. Iz študije je razvidno, da dodiplomsko izobraževanje babic prinaša spremembe v njihovo razmišljanje (bolj cenijo znanje). Bi bilo torej potrebno za babice v praksi zahtevati vsaj dodiplomsko izobrazbo?

Danes je univerzitetno izobraževanje minimalni kriterij za stroke, ki nudijo storitve. Akademska stopnja izobrazbe daje profesionalcem kulturni kapital in bi lahko babicam omogočila enakovredno pozicijo z drugimi takšnimi izobraženimi zdravstvenimi strokovnjaki (Benoit in drugi 2001, 152). Univerzitetno izobraževanje strokovnjake tudi uvede v raziskovanje, ki je potrebno za uveljavljanje lastnega specifičnega področja znanja (Benoit in drugi 2001, 153). Nekateri (Marshall 2005, 19; Treacy in Hyde 1999, 5) celo menijo, da status babištva lahko dvignejo le magistri in doktorji babištva. Trdijo namreč, da s podiplomskim študijem in raziskavami stroka gradi sebi lastne teoretične koncepte. Babištvo se po mnenju

nekaterih lahko razvije le skozi neizprosen proces identificiranja lastnih konceptov, razvoja lastnih teorij ter znanstvenega raziskovanja (Bryar 1995, 202; Declercq 2004, 348). Poleg tega je argument nekaterih drugih tudi ta, da strokovnjaki z akademsko izobrazbo ter odličnimi teoretičnimi podlagami lahko uspešno in hitreje spreminjajo klinično prakso (Aleksander 1994, 25). Vendar pa Benoit in sodelavci (2001, 159) v svoji raziskavi ugotavljajo, da ni nujno, da sta stopnja izobrazbe in socializacija babic usklajeni; oba procesa sta del širše družbene slike. Višanje izobrazbe babicam sicer lahko omogoči boljši status (več samostojnosti) in večjo avtoriteto v odnosu s sorodnimi zdravstvenimi strokovnjaki, obenem pa jih socializira v skladu s hegemoničnim modelom skrbi za porodnice. Tako se je izkazalo, da so priučene babice in babice s srednješolsko izobrazbo v ZDA ali na Nizozemskem v nekaterih pogledih dosti bolj avtonomne kot pa univerzitetno izobražene babice nekaterih evropskih držav (npr. Velika Britanija). Vendar pa srž problema ni v stopnji izobraževanja, pač pa v njegovem principu. Kot ključno značilnost, ki močno vpliva na izid izobraževanja, avtorji izpostavljajo možnost praktičnega usposabljanja tekom študija izven bolnišnic/porodnišnic (Benoit et al. 2001, 160; Pollard 2003; Ulrich 2004, 390), s kliničnimi mentorji, ki so asertivni, samozavestno medpoklicno sodelujejo, spodbujajo kritično mišljenje in sprejemanje odgovornosti za strokovne odločitve (Marshall 2005, 18). Nekateri namreč menijo, da avtonomija babištva ni možna v okviru institucij kot so bolnišnice/porodnišnice, kjer uveljavljena hierarhija spodbuja neenakost. Subordinirani poklici se tam soočajo s težavo, saj morajo lastno področje dela zamejiti v okolju, ki je kontrolirano s strani dominantne profesije (Freidson 1988, 66). Dokazano je, da se, v kolikor babice delujejo v porodnišnicah, rodni rezultati ne razlikujejo prav dosti od porodniških (Janssen in drugi 2003). Ali slovensko babištvo sploh ima torej pogoje za izobraževanje samostojnih babic?

Babištvo bi za uveljavljanje potrebovalo podporo države, ki je po lestvici družbene moči nad medicino. V večini držav, kjer je babiški profesionalni projekt dosegel relativno velik uspeh, je imelo babištvo močno politično zaledje (Benoit 1994, 321). Moč za jurisdikcijo navadno izvira iz delovnega okolja in se preko javnosti pretvarja v zakonodajo; moč za uvajanje sprememb nad jurisdikcijo pa navadno

izvira ravno na nasprotnem koncu – v zakonodaji ter se preko javnosti (uporabnikov) uvaja v delovna okolja (Abbott 1988, 139). Zakonska osnova bi bila prelomnica pri uveljavljanju babic (Donnison 1977 v Kirkham 1998, 131). Profesionalni status je torej možno doseči le s politično akcijo (Rothman 1984, 301). Da bi bila strategija uspešna, je ključnega pomena, da babištvo na strateških točkah uveljavljanja (Ministrstvo za zdravje, Zbornica zdravstvene in babiške nege) predstavljajo babice. Ker je babicam skrb za normalno obporodno obdobje navadno prepuščena iz golih ekonomskih razlogov, saj so njihove storitve cenejše (Fleming 1998a, 49), bi bilo potrebno plačnike reproduktivnega zdravstvenega varstva (zavarovalnice) vključiti kot strateške partnerje v pogajanja za avtonomijo stroke.

Seveda pa je ključna pravzaprav tista skupina ljudi, zaradi katere babištvo obstaja (»midwife« ang. z žensko); uporabnice so tiste, na katere bi se moralo babištvo bolj ozirati. Trenutno veliko slovenskih uporabnic vidi babice kot asistentke porodničarju, ki so zavezane doktrini ustanove, v kateri so zaposlene in običajno podpirajo medikaliziran pristop k porodu (Drglin 2006). Babištvo mora predstavljati povsem drugačen pristop, kot je uporabnikom poznan v obstoječem zdravstvenem sistemu. Razlika mora biti vsebinska; torej v vrsti/načinu skrbi za ženske – ne po kvantiteti, pač pa po kvaliteti (Burke 1966 v Spoel in James 2006). Prednost babic naj bi bilo »čustveno delo« (empatija) na podlagi reflektivne prakse (Kirkham 1998, 151) ter možnost izbire ter soodločanja (informirana odločitev) (Crozier 2003; Blix-Lindström in drugi 2008). Atribut, na katerega bi se babištvo moglo opreti, je kontinuiteta skrbi za ženske v obporodnem obdobju (Stock 1994; Spoel in James 2006). Seveda bi bilo potrebno prej preveriti interes slovenskih babic za tak babiški model; ponekod se je namreč izkazalo, da je za izvajalke prezahteven (Sandall 2004, 358). Vendar pa je prevzemanje strokovne odgovornosti tesno povezano s samostojnostjo strokovnjakov.

Če sklenemo, lahko zaključimo, da slovensko babištvo ponovno stoji na razpotju, podobno kot v 18. stoletju. V kolikor se bo odločilo za profesionalizacijo stroke, za katero osnovne predpogoje ima, to za člane pomeni zahtevno delo zlasti na dveh

področjih – predvsem izboljševanje osnovne izobrazbene strukture in ustvarjanje lastne baze znanja z raziskavami na podiplomskem nivoju izobraževanja, na drugi strani pa uvajanje babiškega modela kontinuirane skrbi za ženske v reproduktivnem obdobju, ki bo temeljil na partnerskem odnosu z uporabnicami. Na ta dva elementa profesionalizma namreč babice lahko vplivajo. Družbena moč, spoštovanje strokovne in laične javnosti ipd. so elementi izven dosega njihovega vpliva, ki pa se bodo razvijali posredno oz. vzporedno.

6 LITERATURA

- Aaronson, Lauren S. 1989. A challenge for nursing: Re-reviewing a historic competition. *Nursing outlook* 37: 274–279.
- Abbott, Andrew. 1988. *The system of the professions*. London: University of Chicago press.
- Abbott, Pamela in Liz Meerabeau. 1998. Professionals, professionalization and the caring professions. V: Abbott, Pamela in Liz Meerabeau, ur. 1998. *The sociology of the caring professions*. 2nd ed. Abingdon: Routledge.
- Abbott, Pamela in Claire Claire. 1990. *An introduction to sociology: feminist perspective*. London: Routledge.
- 1998. Health visiting, social work, nursing and midwifery: a history. V: Abbott, Pamela in Liz Meerabeau, ur. 1998. *The sociology of the caring professions*. 2nd ed. Abingdon: Routledge.
- Adam, Frane. 1990. *Pojem racionalnosti pri Maxu Webru*. Dostopno prek: <http://druzboslovnerazprave.org/clanek/pdf/1990/9/2/> (2. marec 2012).
- Adams, Tracey L. 2003. Professionalization, gender and female-dominated professions: dental hygiene in Ontario. *The Canadian review of sociology and anthropology* 40(3): 267–289.
- Agresti, Alan in Chris Franklin. 2009. Multiple regression. V: *Statistics: the art and science of learning from data*. 2nd ed, 641–691. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Albers, Leah L. 2001. Evidence and midwifery practice. *Journal of midwifery and women's health* 46: 130–136.
- Alexander, Jo. 1994. Degree of difference. *Modern midwife* 4(8): 24–26.
- Anderson, John D. 2006. *Qualitative and quantitative research*. Dostopno prek: http://www.icoe.org/webfm_send/1936 (9. julij 2012).
- ASA-[American Sociological Association]. 1999. *Code of Ethics and policies and procedures*. Dostopno prek: <http://www.asanet.org/cs/root/leftnav/ethics/ethics> (21. julij 2009).

- Anderson, James. 1992. The deprofessionalization of American medicine. *Current research on occupations and professions* 7: 241–256.
- Anderson, Theodore Wilbur. 2003. *An introduction to multivariate statistical analysis*. 3rd ed. Hoboken: Wiley-interscience.
- Annandale, Ellen. 1996. Working on the front line: risk culture and nursing in the new NHS. *Sociological review* 44(3): 416–451.
- Annandale Ellen in Judith Clark. 1996. What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction. *Sociology of health and illness* 18: 17–44.
- Ashton, Rob. 1992. Who can speak for women. *Nursing times* 88(29): 70.
- Atkins, Josephine M. in Rosemary S. Walsh. 1997. Developing shared learning in multiprofessional health care: for whose benefit? *Nurse education today* 17: 319–324.
- Baernstein, Amy in Kelly Fryer-Edwards. 2003. Promoting reflection on professionalism: comparison trial of educational interventions for medical students. *Academic medicine* 78(7): 742–747.
- Bailey, Dianna M. 1991. *Research for the health professional; a practical guide*. Philadelphia: F. A. Davis company.
- Baly, Monica E., ur. 1995. *Nursing and social change*. 3rd ed. London: Routledge.
- Baransky, Barbara, Harry S. Jonas in Sylvia I. Etzel. 1999. Educational programs in US medical schools 1998–1999. *JAMA* 282: 840–846.
- Barber, Bernard. 1963. Some problems in the sociology of professions. *Daedalus* 94(4): 669–688.
- Batey, Marjorie in Frances Lewis. 1982. Clarifying autonomy and accountability in nursing service: part 1. *Journal of nursing administration* 12(9): 13–18.
- Beauchamp, Thomas L. in James, F. Childress. 1994. *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. Oxford: University press.
- Belfrage, Kerstin, Glynnis Mayes in Ludmilla Gasser. 2002. *Expert Mobilisation in the Field of the Sectoral Directives on Professional Recognition report: Midwives-Slovenia (28-31/01/2002)*.
- Bell, Daniel. 1973. *The coming of post-industrial society. A venture in social forecasting*. New York: Basic books, Inc. publishers.

- Benoit, Cecilia. 1989. The professional socialisation of midwives: balancing art and science. *Sociology of health and illness* 11(2): 160–180.
- 1994. Paradigm conflict in the sociology of service professions: midwifery as a case study. *The Canadian journal of sociology* 19(3): 303–329.
- Benoit, Cecilia, Robbie Davis-Floyd, Edwin R. van Teijlingen, Jane Sandall in Janneli F. Miller. 2001. Designing midwives: a comparison of educational models. In: DeVries, Raymond, Cecilia Benoit, van Teijlingen R. Edwin in Sirpa Wrede, eds. *Birth by design: pregnancy, maternity care and midwifery in north america and Europe*, 139-166. New York: Routledge.
- Benoit, Cecilia, Sirpa Wrede, Ivy Bourgeault, Jane Sandall, Raymond De Vries in Edwin R. Van Teijlingen. 2005. Understanding the social organization of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of health and illness* 27(6): 722–737.
- Beričič, Klavdija. 2010. *Zaposlenost in kadrovske potrebe po diplomiranih babicah/babičarjih v Sloveniji*. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; Zdravstvena fakulteta.
- Bick, Debora. 2003. Strategies to reduce postnatal psychological morbidity: the role of midwifery services. *Disease management and health outcomes* 11(1): 11–20.
- Bixler, Genevieve K. in Roy W. Bixler. 1945. The professional status of nursing. *American journal of nursing* 45(9): 713.
- Black, Thomas R. 2009. *Doing quantitative research in the social sciences: an integrated approach to research design, measurement and statistics*. 4th ed. Los Angeles: Sage publications.
- Blix-Lindström, Sabine, Eva Johansson in Kyllike Christensson. 2008. Midwives' navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour. *Midwifery* 2008 24(2): 190–198.
- Bluff, Rosalind in Immy Holloway. 2008. The efficacy of midwifery role models. *Midwifery* 24(3): 301–309.
- Boje, David M. 1995. Stories of the story-telling organisation: a postmodern analysis of Disney as 'Tamara-land'. *Academy of Management Journal* 38(4): 997–1036.

- Borisov, Peter. 1995. *Ginekologija na Slovenskem od nastanka do 80. let 20. stoletja*. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
- Bourgeault, Ivy L., Cecilia Benoit in Robbie Davis-Floyd. 2004. *Reconceiving midwifery*. Montreal: McGill-Queen's university press.
- Bourgeault, Ivy L. in Elizabeth Darling. 2008. Collaborative care and professional boundaries: maternity care in Canada. V: Kuhlmann, Ellen in Mike Saks, eds. *Rethinking professional governance: international directions for healthcare*. Bristol: Policy Press.
- Bourgeault, Ivy L. in Mary Fynes. 1996. Delivering midwifery in Ontario: how and why midwifery was integrated into the provincial health care system. *Health and Canadian society* 4(2): 227–262.
- 1997. Integrating lay and nurse-midwifery into the US and Canadian health care systems. *Social science and medicine* 44(7): 1051–1063.
- Boyd, Evely in Ann Fales. 1983. Reflective learning: key to learning from experience. *Journal of Human Psychology* 23: 99–117.
- Boud, David, Rosemary Keogh in David Walker. 1985. *Reflection: turning experience into learning*. New York: Kogan Page.
- Bradburn, Norman M., Seymour Sudman in Bryan Wansink. 2004. *Asking questions: The definitive guide to questionnaire design - for market research, political polls, and social and health questionnaires*. Revised edition. San Francisco: Jossey-Bass, a Willey imprint.
- Brante, Thomas. 2010. State formations nad the historical take-off of continental professional types: the case of Sweden. V: Svensson, Lennart G. in Julia Evetts, eds. *Sociology of professions: Continental and Anglo-Saxon Traditions*. Göteborg: Daidalos.
- Bryar, Rosamund M. 1995. *Theory for midwifery practice*. Basingstoke: Macmillan press.
- Bryman, Alan. 2004. *Social research methods*. 2nd ed. Oxford: Oxford University press.
- Bryson, Bethany. 1996. Anything but heavy metal: symbolic exclusion and musical dislikes. *American sociological review* 61(5): 884–899.

- Buchholz, Werner, ed. 1999. Comments, queries, and debate. *IEEE Annals of the history of computing* 21(1): 66–70.
- Butler, Michelle M., Diane M. Fraser, Roger J.L. Murphy. 2008. What are the essential competencies required of a midwife at the point of registration. *Midwifery* 24(3): 260–269.
- Callister, Lynn Clark. 2003. The role of the nurse in childbirth: perceptions of the childbearing women. *Journal of Advanced Nursing Practice* 7(6): 288–293.
- Calnan, Michael, in Rosemary Rowe. 2008. Trust relations and changing professional governance: theoretical challenges. V: Kuhlmann, Ellen in Mike Saks, eds. *Rethinking professional governance: international directions in healthcare*. Bristol: Policy Press.
- Canguilhem, Georges. 1987. *Normalno in patološko*. Ljubljana: ŠKUC FF; Studia humanitatis.
- Caplow, Theodore. 1954. *The Sociology of work*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- 1966. Process of professionalization. V: Vollmer, Howard M. in Donald L. Mills, eds, 20–21. *Professionalization*. Englewood: Prentice Hall.
- Carpenter, John. 1995. Doctors and nurses: stereotypes and stereotype changes in interprofessional education. *Journal of interprofessional care* 9(2): 151–160.
- Carr-Saunders, Alexander Morris. (1928). *Professions-their organization and place in society: The Herbert Spencer lecture*. Oxford: Clarendon press.
- Carr-Saunders, Alexander Morris in Paul Alexander Wilson. 1933. *The professions*. Oxford: Oxford University Press.
- 1962. The emergence of professions. V: Nosow, Sigmund in William H. Form, ur. *Man, work and society*. New York: Basic books.
- Cartwright, Ann. 1979. *The dignity of Labour*. London: Tavistock.
- Cellier, Elizabeth. 1688. *To dr. – answer to his queries, concerning colledge of midwives*. London.
- Clarke, Rachel. 2004. Midwifery autonomy and the code of profesional conduct: an uethical combination? In: Frith, Lucy in Heather Draper, eds. *Ethics in midwifery*. 2nd ed, 221-236. Edinburgh: Books for midwives.

- Cluett, Elizabeth R in Rosalind Bluff. 2006. *Principles and practice of research in midwifery*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier.
- Coburn, David in Evan Willis. 2003. The medical profession: knowledge, power and autonomy. V: Albrecht, Gary L., Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, eds, 377–393. *The handbook of social studies in health and medicine*. London: Thousand oaks.
- Cormack, Desmond F.S. 1991. *The research process in nursing*. 2nd ed. Oxford: Blackwell scientific publications.
- Cosans, Chris. 2004. The Meaning of Natural Childbirth. *Perspect Biol Med* 47(2): 266-272.
- Coser, Lewis. 2002. Introduction. V: Durkheim, Emile. *The division of labour in society*. New York: Palgrave.
- Creswell, R.D. 2008. *Research questions and hypotheses*. Dostopno prek: http://www.sagepub.com/upm-data/22782_Chapter_7.pdf (2. julij 2012).
- Crozier, Kenda. 2003. Interprofessional education in maternity care: shared learning for women-centred care. *International journal of sociology and social policy* 23(4/5): 123–138.
- Cullen, John Brooks. 1978. *The structure of professionalism*. New York: Petrocelli books.
- Cutts, Diane, Patricia M. David, Meredith McIntyre, Crmel Seibold, Finbar Hopkins in Maria Miller. 2003. Werna Naloo-'we us together': the birth of a midwifery education consortium. *Journal of advanced nursing* 41(2): 179–186.
- Cvetek, Slavko. 1999. Profesionalnost in profesionalizacija v zdravstveni negi v spreminjajočem se kontekstu zdravstvenega varstva. *Obzornik zdravstvene nege* 33: 19–23.
- Daintith, Johnin Elizabeth Martin, eds. 2009. *New Oxford dictionary for scientific writers and editors*. Oxford: Oxford University Press.
- Daly, Jeanne in Judith Lumley. 2002. Bias in qualitative research designs. Methodological issues IV: editorial. *Australian and New Zealand Journal of public health* 26(4): 299–300.
- Darbyshire, Philip. 1994. Understanding the life of illness: learning through the art of Frida Kahlo. *Advanced nursing science* 17: 51–59.

- Darling, Lu Ann in Lorraine H. Ogg. 1984. Basic requirements for initiating an interdisciplinary process. *Physiotherapy* 64(11): 1648.
- Davies, Celia. 1996a. The sociology of professions and the profession of gender. *Sociology* 30(4): 661–678.
- 1996b. *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press.
- 1998. The cloak of professionalism. V: Allott, Maragret in Martin Robb, eds., 190–197. *Understanding health and social care*. London: SAGE.
- Davis-Floyd, Robbie E. 2003. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press, 12-15.
- Davis-Floyd Robbie in Christine Barbara Johnson. 2006. *Mainstreaming midwives: the politics of change*. New York: Routledge.
- Davis-Floyd, Robbie, Lesley Barclay, Betty-Ann Daviss in Jan Tritten. 2009. *Birth models that work*. Berkeley: University of California press.
- Declercq, Eugene R. 2004. A cross national analysis of midwifery politics: six lessons for midwives. V: Van Teijlingen, Edwin, George Lewis, Peter McCaffery, in Maureen Porter, eds. *Midwifery and the medicalization of Childbirth: comparative perspectives*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- DeVries, Raymond, Cecilia Benoit, Edwin R. Van Teijlingen in Sirpa Wrede, eds. 2001. *Birth by design: Pregnancy, Maternity care and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.
- DeVries, Raymond, Therese A. Wieggers, Beatrijs Smulders in Edwin R. Van Teijlingen. 2009. The Dutch obstetrical system: Vanguard of the future in maternity care. V: Davis-Floyd, Robbie, Lesley Barclay, Betty-Ann Daviss in Jan Tritten, eds., 31–50. *Birth models that work*. Berkeley: University of California press.
- Dingwall, Robert. 1996. Professions and social order in a global society. Plenarno predavanje. *Zbornik ISA Working group 02 Conference*, 11–13. Nottingham, september 1996.
- Domajnko, Barbara in Majda Pahor. 2010. Nazaupanje v visokošolsko izobraževanje in z njim povezano akademsko znanje v zdravstveni negi. V: Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo. *Zbornik predavanj. Dan Stane Kavalič, strokovno srečanje*, 60–74. 2. december 2010.

- Downe, Sue. 2004. Risk and normality in the maternity services. In: Frith, Lucy in Heather Draper, eds. *Ethics in midwifery*. 2nd ed, 91-109. Edinburgh: Books for midwives.
- Doyal, Lesley, Geoff Hunt, in Jenny Mellor. 1981. Your life in their hands: immigrant workers in the NHS. *Critical social policy* 1: 54–71.
- Drglin, Zalka. 2003. *Rojstna hiša: kulturna anatomija poroda*. Ljubljana: Delta.
- 2006. *Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo*. Ljubljana, 17. november 2006. Ljubljana: IVZ.
- Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. 2005. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- Državni zbor RS. 2002. *Navodila o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*. Ur. L. RS 33/02.
- Durkheim, Emile. 2002. *The division of labour in society*. 2nd ed. New York: Palgrave.
- Eberts, Mary. 1987. *Report of the task force on the implementation of midwifery in Ontario*. Toronto: Queen's printer.
- Elston, Mary Ann. 1991. The politics of professional power: medicine in a changing health care service. V: Gabe, Jonathan, Michael Calnan in Michael Bury, eds. *The sociology of the health service*. London: Routledge.
- Emons, Josine K. in Mandy I.J. Luiten. 2001. *Midwifery in Europe - An inventory in fifteen EU member states*. Leusden: Deloitte and Touche Netherland.
- Epstein, Ronald M. In Edward M. Hundert. 2002. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 287(2): 226–235.
- European Commission. 1980. *Direktiva Sveta EU z dne 21. januarja 1980 (80/154/EEC in 80/155/EEC)* – prevod pripravilo Ministrstvo za zdravje RS; 1999.
- Evetts, Julia. 2003. The sociological analysis of professionalism: occupational change in the modern world. *International sociology* 18(2): 395–414.
- 2006. Trust and professionalism: challenges and occupational changes. *Current sociology* 54: 515–531.

- 2010. *Organizational Professionalism: changes, challenges and opportunities*. Dostopno prek: http://www.irspm2010.com/workshops/papers/12_organizational.pdf (18. februar 2011).
- Ewing, Allison. 2008. Is midwifery a profession? *Midwifery matters* 118: 5–10.
- Fay, Brian. 1987. *Critical social science*. London: Polity press.
- Ferligoj, Anuška, Karmen Leskošek in Tina Kogovšek. 1995. *Zanesljivost in veljavnost merjenja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Fink, Arlene. 2003. *How to ask questions*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage publications.
- Finlay, Linda in Brendan Gough. 2003. *Reflexivity: A practical guide for researchers in health and social sciences*. Oxford: Blackwell publishing.
- Fitzmaurice, Ann E. in John S. Lemon. 2001. *SPSS Workbook*. Aberdeen: University of Aberdeen.
- Fleming, Valerie E.M. 1998a. Autonomous or automatons? An exploration through history of the concept of autonomy in midwifery in Scotland and New Zealand. *Nursing ethics* 5(1): 43–51.
- 1998b. Women-with-midwives-with-women: a model of interdependence. *Midwifery* 14: 137–143.
- Flick, Uwe. 2007. *Designing qualitative research*. Los Angeles: SAGE.
- Flint, Caroline. 1986. Should midwives train as florists? *Nursing times* 82(7): 21.
- Flynn, Robert. 1992. *Structures of control in health management*. London: Routledge.
- Foley, Lara in Christopher A. Faircloth. 2003. Medicine as discursive resource: legitimation in the work narratives of midwives. *Sociology of health and illness* 25(2): 165–184.
- Fortuna, Marjan. 2006. Feminizacija medicine. *ISIS* 15(2): 120.
- Foureur, Marilyn in Marion Hunter. 2006. The place of birth. V: Pairman, Sally, Jan Pincombe, Carol Thorogood, Carol in Sally Tracy, eds. *Midwifery: preparation for practice*, 94–115. Sydney: Churchill Livingstone, Elsevier.
- Fournier, Valerie. 1999. The appeal to professionalism as a disciplinary mechanism. *Social review* 47(2): 280–307.

- Fowler, Floyd J. 2002. *Survey research methods*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Frankel, Richard M. in Kelly J. Devers. 2000. Study design in qualitative research - 1: Developing questions and assessing resource needs. *Education for health* 13(2): 251-61.
- Freidson, Eliot. 1971. The professions and their prospects: introduction. V: Freidson, Eliot, ed. *The professions and their prospects*. Beverly Hills: Sage Publications.
- 1986. *Professional powers*. Chicago: The University of Chicago press.
- 1988. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago press.
- 2001. *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Fullerton, Judith, Richard Severino, Kelly Brogan, in Joyce Thompson. 2003. The International Confederation of Midwives' study of essential competencies of midwifery practice. *Midwifery* 19: 174–190.
- Gabe, Jonathan, Michael Bury in Michael A. Elston. 2004. *Key concepts in medical sociology*. London: Thousand oaks.
- Gale, Jill, Frances Fothergill-Bourbonnais in Mary Chamberlain. 2001. Measuring nursing support during childbirth. *Maternal child nursing* 26(5): 264–271.
- Gill, J in J. Ling. 1995. Interprofessional shared learning: a curriculum for collaboration. V: Soothill, Keith, Lesley Mackay in Christine Webb, eds. *Interprofessional relations in health care*. London: Edward Arnold.
- Gelis, Jacques. 1991. *History of childbirth*. Cambridge: Polity press.
- Ginzberg, Ruth. 1989. Uncovering gynocentric science. V: Tuana, Nancy, ed. *Feminism and science*. Bloomington: Indiana university press.
- Goffman, Erving. 2004. Analiza okvirjev. V: Adam, Frane in Matjaž Tomšič, ur. *Kompendij socioloških teorij*. Ljubljana: Študentska Založba.
- Goode, William J. 1969. The theoretical limits of professionalization. V: Etzioni, Amitai, ed. *The semi-professions and their organization* ,266–313. New York: The free press.
- Gould, Debby. 2000. Normal labour: a concept analysis. *Journal of advanced nursing* 31(2): 418-27.

- Gould, Debby. 2002. Intelligent activity. *British journal of midwifery* 10: 606.
- Greenwood, Ernest. 1957. Attributes of a profession. *Social work* 2(3): 44–55.
- 1962. Attributes of a profession. V: Nosow, Sigmund in William H. Form, eds. *Man, work and society*, 206–218. New York: Basic books.
- Grehan, Madonna. 2004. From the sphere of Sarah Gampism: the professionalisation of nursing and midwifery in the colony of Victoria. *Nursing inquiry* 11(3): 192–201.
- Gujarati, Damodar N. 1995. *Basic econometrics*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Gurney, Cynthia A., Charles W. Mueller in James L. Price. 1997. Job satisfaction and organizational attachment of nurses holding doctoral degrees. *Nursing Research* 46(3): 163–171.
- Guuberman, S. *McCreary lecture 2002*. Dostopno prek: <http://www.healthandeverything.org> (12. februar 2011).
- Habermas, Juergen. 1981. Druga vmesna obravnava: sistem in življenjski svet. V: Adam, Frane in Matjaž Tomšič, ur. *Kompendij socioloških teorij*. Ljubljana: Študentska založba, 2004.
- Hafferty, Frederic in Donald Light. 1995. Professional dynamics and the changing nature of medical work. *Journal of health and social behaviour*, extra volume: 132–53.
- Hall, Richard H. 1968. Professionalization and bureaucratization. *American sociological review* 33: 92–106.
- Hall, Richard H. 1983. Theoretical trends in the sociology of occupations. *Sociological quarterly* 24: 5–23.
- Halldorsdottir, Sigridur in Sigridur Inga Karlsdottir. 1996. Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery* 12: 48–61.
- Halliday, Terence C. 1987. *Beyond monopoly: lawyers, state crisis and professional empowerment*. Chicago: University of Chicago press.
- Halliday, Sue Vaux. 2002. Barriers to customer-orientation: a case applied and explained. *European journal of marketing* 36(1/2): 136–158.

- Hansen, Susan, Steven Clark, Joyce Foster. 2002. Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labour: a randomised controlled trial. *J Obs Gyn* 99: 29-34.
- Hampton, Dorothee. L. in Gerald M. Hampton. 2000. Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. *Journal of the american academy of nurse practitioners* 12(6): 218–225.
- Hampton, Gerald. M. in Dorothee L. Hampton. 2004. Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals: The case of certified nurse-midwives. *Journal of business research* 57: 1042–1053.
- Hargreaves, David H. 1994. The new professionalism: the synthesis of professional and institutional development. *Teaching and Teacher Education* 10 (4): 423–438.
- Harley, David N. 1993. Provincial midwives in Lancashire and Cheshire, 1660–1760. V: Marland, Hilary, ed. *The art of midwifery: early modern midwives in Europe*, 27–48. London: Routledge.
- Harries-Jenkins Gwyn. 1970. Professionals in organizations. V: Jackson, John Archer, ed. *Professions and professionalization*. Cambridge: Cambridge University press.
- Harrison, Stephen in Waqar Ahmad. 2002. Medical autonomy and the UK state 1975 to 2005. *Sociology* 34(1): 129–146.
- Hartley, Heather. 2002. The system of alignments challenging physician professional dominance: an elaborated theory of countervailing powers. *Sociology of health and illness* 24(2): 178–207.
- Haug, Marie R. 1988. A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization. *Millbank quarterly* 66 (suppl.2): 48–56.
- Havighurst, Clark C. 1989. Practice opportunities for allied health professionals in a deregulated industry. *Journal of allied health* 18: 9–32.
- Heap, Ruby. 1995. Psychotherapy's quest for professional status in Ontario, 1950–1980. *Canadian Bulletin of Medical history* 12(1): 69–99.
- Hearn, Jeff. 1982. Notes on patriarchy, professionalism and the semi-professionals. *Sociology* 16: 184–202.

- Heinasohn, Gunnar in Otto Steige. 1993. *Uničenje modrih žensk*. Ljubljana: Študentska organizacija Univerze.
- Hendry, Chris. 2009. The New Zealand maternity system: A midwifery renaissance. V: Davis-Floyd, Robbie, Lesley Barclay, Betty-Ann Daviss in Jan Tritten. 2009. *Birth models that work*, 55–88. Berkeley: University of California press.
- Hickson, David in Matthew Thomas. 1969. Professionalization in Britain: a preliminary measurement. *Sociology* 3(1): 37–53.
- Hilier, Steve. 1992. The limits of medical knowledge. V: Scambler, Graham, ed. *Sociology as applied to medicine*. 3rd ed., , 175–196. London: Bailliere Tindall.
- Hlebec, Valentina in Miha Rozman. 2008. Assessing the demand level of survey questionnaires: a meta-analysis of experiments in question forming and wording. *Metodološki zvezki* 5(2): 113–125.
- Hofmeyr, G. Justus, Cheryl V. Nikodem, Wendy-Lynne Wolman, Beverley E. Chalmers in Tami Kramer. 1991. Companionship to modify the clinical birth environment: Effects on progress and perceptions of labour and breastfeeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 98(8): 756–764.
- Homer, Caroline S. E., Lyn Passant, Sue Kildea, Jan Pincombe, Carol Thorogood, Nicky Leap in Pat M. Brodie. 2007. The development of national competency standards for the midwife in Australia. *Midwifery* 23(4):350–360.
- Hresanova, Eva. 2007. Midwives, women, and the professionalization of midwifery: an ethnographic study of two maternity hospitals in the Czech republic. *Cognition, Brain, Behavior* 11(2): 371–397.
- Hughes, Everett C. 1963. Professions. *Daedalus* 92: 655–668.
- Hundley, Vanora A., Fiona M. Cruikshank, Joan M., Milne, Gordon D. Lang, Moira Turner, Dana Blyth, Cathryn M.A. Glazener in Jill E. Mollison. 1995. Satisfaction and continuity of care: staff views in midwife managed delivery unit. *Midwifery* 11: 163–173.
- Hunter, Billie. 2004. Conflicting ideologies as a source of emotional work in midwifery. *Midwifery* 20: 261–272.

Hunter, Billie in Jeremy Segrott. 2008. Re-mapping client journeys and professional identities: a review of the literature on clinical pathways. *International journal of nursing studies* 45(4): 608–625.

ICM-[International Confederation of Midwives]. 2002. *Essential competencies for basic midwifery practice*. Geneva: ICM.

--- 2005. *Code of ethics*. Dostopno prek: www.internationalmidwives.org (2.april 2012).

--- 2006. *Competencies*. Dostopno prek: www.internationalmidwives.org (2.april 2012).

--- 2011. *Definition of midwife*. Geneva: ICM.

IVZ-[Inštitut za Varovanje Zdravja RS]. 2006. *Zdravstveno statistični letopis 2006*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

--- 2007. *Zdravstveno statistični letopis 2007*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Jackson, K. 1993 Midwifery degree programmes: Who benefits? *British journal of Midwifery* 1(6): 274-275.

Jacono, Brenda J. 1993. Caring is loving. *Journal of Advanced Nursing* 18: 192–194.

Jamous, H. in B. Peloille. 1970. Professions or self-perpetuating system: changes in French university hospital system. V: Jackson, John Archer, ed. *Professions and professionalization*, 111–152. Cambridge: Cambridge university press.

Janssen, Patricia A., Shoo K. Lee, Elizabeth M. Ryan, Duncan J. Etches, Duncan F. Farquharson, Donlim Peacock in Michael C. Klein. 2002. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *Canadian Medical Association journal* 166(3): 315–323.

Janssen, Patricia A., Shoo K. Lee, Elizabeth R. Ryan in Lee Saxell. 2003. An evaluation of process and protocols for planned home birth attended by regulated midwives in British Columbia. *Journal of midwifery and women's health* 48(2): 138–145.

Janssen, Patricia A., Elizabeth M. Ryan, Duncan J. Etches, Michael C. Klein, in Birgit Lydon Reime. 2007. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth* 34(2): 140–147.

- Jensen, Uffe Juul in Gavin Mooney. 1990. Changing values: autonomy and paternalism in medicine and health care. In: *Changing values in medical and health care decision making*, 1–15. Chichester: John Wiley and sons.
- Johnson, Terrence J. 1967. *Professions and power*. London: Macmillan.
- Jordan, Brigitte. 1987. The hut and the hospital: information, power and symbolism in the artifacts of birth. *Birth* 14: 36–40.
- Jordan, Brigitte. 1997. Authoritative knowledge and its construction. In: Davis-Floyd, Robbie E. in Carolyn F. Sargent, eds. *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*, 55-80. Berkeley: University of California press.
- Kaartinen, Leena in Vinod Diwan. 2002. Mother and child health care in Kabul, Afghanistan with focus on the mother: women's own perspective. *Acta Obstetricia et gynaecologica Scandinavica* 81(6): 491–501.
- Kalton, Graham in Vasja Vehovar. 2001. *Vzorčenje v anketah*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Kanjuo Mrčela, Aleksandra. 2002. Sodobna rekonceptualizacija dela: delo med racionalnim in emocionalnim. *Teorija in praksa* 39 (1): 30–48.
- Kaplan Daniels, Arlene. 1971. How free should professionals be? V: Freidson, Eliot, ed. *The professions and their prospects*, 39-59. Beverly Hills: Sage Publications.
- Keiser, John D. 2004. Chief executives from 1960–1989: a trend toward professionalization. *Journal of leadership and organizational studies* 10(3): 52–68.
- Keleher, Kathleen C. 1998. Collaborative practice characteristics, barriers, benefits and implications for midwifery. *Journal of nurse-midwifery* 43(1): 8–11.
- Kendrick, K. 1995. Nurses and doctors: a problem of partnership. V: Soothill, Keith, Lesley Mackay in Christine Webb, eds. *Interprofessional relations in health care*. London: Edward Arnold.
- Kent, Julie. 2000. *Social perspectives on pregnancy and childbirth for midwives, nurses and the caring professions*. Buckingham: Open University Press.
- Keogh, Johann. 1997. Professionalization of nursing: development, difficulties and solutions. *Journal of advanced nursing* 25(2): 302–308.

Kersnič, Petra. 1997. Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. *Obzornik Zdravstvene Nege* 31: 3–23.

Kersnič, Petra. 2002. Trendi razvoja služb zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnih zavodih v Sloveniji. V: *Zbornik predavanj konference z mednarodno udeležbo. Management in EU*. Portorož: Moderna organizacija.

Kirke, P.N. 1980. Mothers' views of obstetric care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 87: 1029–1033.

Kirkham, Mavis. 1998. Professionalization: dilemmas for midwifery. V: Abbott, Pamela in Liz Meerabeau, eds. 1998. *The sociology of the caring professions*. 2nd ed. Abingdon: Routledge.

--- 1999. Midwives: praise and beyond. *The practising midwife* 7: 18–20.

Kitzinger, Sheila. 1988. Why women need midwives. In: *The midwife challenge*, 1–20. London: Pandora.

--- 2005. *The politics of birth*. Edinburgh: Elsevier.

Kornelsen, Jude, Susan V. Dahinten, in Elaine Carty. 2003. On the road to collaboration: nurses and newly regulated midwives in British Columbia, Canada. *Journl of midwifery and women's health* 48(2): 126–132.

Kornelsen, Jude in Elaine Carty. 2004. Challenges to midwifery integration: interprofessional relationships in British columbia. V: Bourgeault, Ivy L., Cecilia Benoit in Robbie Davis-Floyd, eds. *Reconceiving midwifery*. Montreal: McGill-Queen's university press.

Košmelj, Katarina. 2007. *Uporabna statistika*. 2 izdaja. Ljubljana: Biotehniška fakulteta.

Kranjc, Simona. 2002. *Babiška šola (1954–1984)*. Prešernova naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

Kuhlmann, Ellen. 2008. Governing beyond markets and managerialism: professions as mediators. V: Kuhlmann, Ellen in Mike Saks, eds. *Rethinking professional governance: international directions in health care*. Bristol: Policy Press.

Kvalitativno raziskovanje. 2012. Dostopno prek: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxr>

[dmFsaXRhdGI2bmFtZXRvZG9sb2dpamF8Z3g6MjU1NjdmNDcwYjdIMGJh](#) (9. julij 2012).

Kvas, Andreja, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, ur. 2006. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstevnih tehnikov.

Langer, Ana, Lourdes Campero, Cecilia Garcia in Sofia Reynoso. 1998. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions and other well being in a Mexican public hospital: a randomized controlled study. *British journal of obstetrics and Gynaecology* 105(10): 1056–1063.

Larson, Magali Sarfatti. 1977. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley: University of California press.

Larsson, Margareta, Ulrike Aldegarmann in Clara Aarts. 2009. Professional role and identity in a changing society: three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery* 25: 373–81.

Laske, Gabriele. 2001. *Profession and occupation as medium of socialization and identity forming*. Vocational identity, flexibility and mobility in the european market (FAME). ITB. Bremen.

Lavoie, Don. 1999. The discovery and interpretation of profit opportunities: culture and the Kirznerian entrepreneur. V: Berger, Brigitte, ed. *The culture of entrepreneurship*, 33–51. San Francisco: ICS press.

Lay, Mary M. 2000. *The rhetoric of midwifery: gender, knowledge and power*. New Brunswick: Rutgers University press.

Leap, Nicky. 2000. Charting new waters in midwifery education. *Annual New South Wales conference Midwifery creating a sea change*. Sydney: Midwives Association.

Leap, Nicky in Stephanie Vague. 2006. Working with pain in labour. V: Pairman, Sally, Jan Pincombe, Carol Thorogood in Sally Tracy, eds. *Midwifery: preparation for practice*. Sydney: Elsevier.

Leicht, Kevin T. in Mary L. Fennell. 2001. *Professional work: a sociological approach*. Malden: Blackwell publishers.

- Leicht, Kevin, Mary Fennell in Kristine Witkowski. 1995. The effects of hospital characteristics and radical organizational change on the relative standing of health care professions. *Journal of health and social behavior* 36: 151–167.
- Ličen, Simon, Katja Lozar Manfreda in Valentina Hlebec. 2006. The quality of survey questions published on Slovenian journalistic Web sites. *Metodološki zvezki* 3(2): 355–368.
- Lindeke, Linda in Deryl Block. 1998. Maintaining professional integrity in the midst of interdisciplinary collaboration. *Nursing times* 46: 213–288.
- Lupton, Deborah. 2006. *Medicine as a culture*. 2nd ed. London: SAGE publications.
- Lusch, Robert F. in Matthew O'Brien. 1997. Fostering professionalism. *Marketing research* 9: 25–31.
- Lyons, Jeanne in Elaine Carty. 1999. *Reality, opinion and uncertainty: views on midwifery in British Columbia's health care system*. Vancouver: British Columbia centre of excellence for women's health.
- MacArthur, C., H.R. Winter, D.E. Bick, H. Knowles, R. Lilford, C. Henderson, R.J. Lancashire, D.A. Braunholtz in H. Gee. 2002. Effects of redesigned community postnatal care on women's health four months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The lancet* 359(2): 378–385.
- MacDonald, Keith M. 1995. *The sociology of the professions*. London: SAGE publications.
- Marshall, Jayne E. 2005. Autonomy and the midwife. In: Raynor, D. Maureen, Jayne E. Marshall in Amanda Sullivan, eds. *Decision making in midwifery practice*, 9-23. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Marshall, Thomas Humphrey. 1963. *Sociology at the crossroads*. London: Heinemann.
- Martin, Desmond D., in Richard L. Shell. 1988. *Management of professionals: insights for maximizing cooperation*. New York: Marcel Dekker Inc.
- Martimianakis, Maria Athina, Jerry M. Maniate in Brian Davis Hodges. 2009. Sociological interpretations of professionalism. *Medical education* 43: 829–837.
- Marx, Karl. 1963. *The poverty of philosophy*. New York: International publishers.

- Mason, John. 1995. Governing childbirth: the wider view. *Journal of advanced nursing* 22: 835–840.
- Matthews, Anne, Anne Scott, Pamela Gallagher in Melissa A. Corbally. 2006. An exploratory study of the conditions important in facilitating the empowerment of midwives. *Midwifery* 22: 181–191.
- McClelland, Charles E. 1990. Escape from freedom? Reflections on German professionalization 1870–1933. V: Torstendahl, Rolf in Michael Burrage, eds. *The formation of professions: knowledge, state and strategy*, 97–113. London: SAGE publications.
- McKay, Stella. 1997. The route to true autonomous practice for midwives. *Nursing times* 93(46): 61-2.
- McKay, Susan. 1993. Models of midwifery care: Denmark, Sweden and the Netherlands. *Journal of nurse midwifery* 38: 114–119.
- McKendry, Rachel in Tom Langford. 2001. Legalized, regulated, but unfunded: midwifery's laborious professionalization in Alberta, Canada, 1975–99. *Social science and medicine* 53: 531–542.
- McKinlay, John B. 1973. Clients and organizations. V: *Processing people*, 61–84. London: Holt, Rinehart and Winston.
- McKinlay, John in Joan Arches. 1985. Towards the proletarianization of physicians. *International journal of health services* 15: 161–195.
- McKinlay, John in John Stoekle. 1988. Corporatization and the social transformation of doctoring. *International journal of health services* 18: 191–205.
- Meha, Kath Melia. 1987. *Learning and working – The occupational socialization of nurses*. London: Tavistock.
- Mezirow, Jack. 1990. *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass, XIII–XXI.
- Miller, Joanne. 1988. Jobs and work. V: Smelser, Neil J., ed. *Handbook of sociology*, 327–361. Newbury Park: Sage publications.
- Mills, C. Wright. 1956. *White collar*. London: Oxford university press.
- Mivšek, A. Polona in Klavdija Beričič. 2011. Zaposlenost in kadrovske potrebe po diplomiranih babicah v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege* 45(2): 93–100.

- Montgomery, Kathleen. 1992. Professional dominance and the threat of corporatization. *Current research on occupations and professions* 7: 221–240.
- Moore, Wilbert Ellis. 1970. *The professions: roles and rules*. New York: Russell Sage Foundation.
- Mrayyan, Majd T. 2004. Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. *Journal of advanced nursing* 45: 326–336.
- Mulaik, Stanley A. 2010. *Foundations of factor analysis*. 2nd ed. Boca raton: Chapman & Hall CRC Press.
- Murphy, Raymond. 1988. *Social closure*. Oxford: The clarendon press.
- Murphy-Black, Tricia, ed. 1995. *Issues in midwifery*, 287. London: Churchill Livingstone.
- Neglia, Hilda Baca. 2003. The future of midwifery education. *Midwifery* 19: 3–9.
- Nettleton, Sarah. 1995. *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Neuman, W. Lawrence. 2006. *Social research methods. 6th ed. Qualitative and quantitative aapproaches*. Boston: Pearson, Allyn and Bacon.
- Nordegraaf, Mirko. 2007. From 'pure' to 'hybrid' professionalism : present-day professionalism in ambigugous public domains. *Administration and society* 39(6) : 76–85.
- Oakley, Ann. 1984. *The captured womb*. Oxford: Basil Blackwell.
- Oakley, Ann. 1991. Who cares for women? Sience versus love in midwifery today. *Midwives' chronicle and nursing notes*: 214–222.
- Oakley, Ann. 1992. Commentary: the best research is that which breeds more. *Birth* 19(1): 8–9.
- Oakley, Ann in Susanne Hound. 1990. *Helpers in childbirth: midwifery today*. New York: Hemisphere publishing corporation.
- Odent, Michelle. 2002. *The Farmer and the Obstetrician*. London: Free Association Books Limited, 147-150.
- Olsen, Ole. 1997. Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth* 24(1):4–13.
- Ovretveit, John. 1985. Medical dominance in the development of professional autonomy in physiotherapy. *Sociology of health and illness* 7: 76–93.
- Pahl, Ray E. 1984. *Division of labour*. Oxford: Basil Blackwell.

Pahor, Majda. 1999. *Sociologija za zdravstvene delavce*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

--- 2006. *Medicinske sestre in univerza* (zbirka Zrenja). Domžale: Izolit.

--- 2009. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu: socialna omrežja kot dejavnik varnega in zdravega delovnega okolja. V: *Cvahetovi dnevi javnega zdravja. Zbornik prispevkov, september 2009*, 148–158. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Pahor, Majda in Sanja Vrbovšek. 2006. Metodološke značilnosti anketne študije o medpoklicnem sodelovanju med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki v Sloveniji. V: Kvas, Andreja, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, ur. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu; priložnost za izboljševanje kakovosti*, 201–217. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Pairman, Sally in Judith McAra-Couper. 2006. Theoretical frameworks for midwifery practice. V: Pairman, Sally, Jan Pincombe, Carol Thorogood in Sally Tracy, eds. *Midwifery: preparation for practice*, 239–257. Sydney: Churchill Livingstone, Elsevier.

Parsons, Talcot. 1939. The professions and and social structure. *Socialforces* 17 (May): 457–467.

--- 1951. *The social system*. New York: Free press.

--- 1968. *Professions*. *International encyclopedia of social sciences*, 536–547. New York: Macmillan.

Pavlin, Samo. 2007. *Vloga znanja pri profesionalizaciji poklicev*. Ljubljana: Znanstvena knjižnica FDV.

Pavlin, Samo in Tina Kogovšek. 2007. Qualitative and quantitative approaches to the measurement of complex social phenomena: a case of occupational professionalisation. *Metodološki zvezki* 4(2): 99–115.

Pehlke-Milde, Jessica, Jutta Beier, Friederike P.H. zu Sayn-Wittgenstein in Valerie Fleming. 2006. Vocational analysis of health care professions as a basis for innovative curricular planning. Analysis and prognosis of the development of the professional competencies of midwives - cornerstones of innovative curricula in tertiary education. *Nurse education today* 26: 183–190.

- Percival, R. 1970. Management of normal labour. *The practitioner*: 204.
- Peter, Elizabeth in Joan Liaschenko. 2004. Perils of proximity: a spatio-temporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing inquiry* 11: 218–225.
- Phillips, Mary. 2005. Putting evidence into practice: an evidence-based approach to continuing professional development. *Evidence and policy* 2: 27–45.
- 2007. Midwives versus medics: a 17th-century professional turf war. *Management and organizational history* 2: 27–44.
- Plack, M. Margaret in Larrie Greenberg. 2005. The reflective practitioner: reaching for excellence in practice. *Pediatrics* 116: 1546–1552.
- Polit, Denise F., Cheryl T. Beck, in Bernaette P. Hungler. 2001. *Essentials of nursing research - methods, appraisal and utilization*. 5th ed. Philadelphia: Lippincot.
- Pollard, Katherine. 2003. Searching for autonomy. *Midwifery* 19(2): 113-124.
- Pollard, Katherine C. 2006. Raziskovanje medpoklicnih odnosov v zdravstvu. V: Kvas, Andreja, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, ur. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti*, 47–59. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- Powell-Kennedy, Holly in Maureen T. Shannon. 2004. Keeping birth normal: research findings on midwifery care during childbirth. *Journal of obstetric, gynaecologic and neonatal nursing* 33: 554–560.
- Price, A. in B. Price. (1993). Midwifery knowledge: theory for actions, theory for practice. *British journal of midwifery* 1(5): 233–237.
- Proctor, Sue. 1996. *Quality in maternity services: perceptions of managers, clinicians and consumers*. University of Bradford working paper series No. 9609.
- Raelin, Joseph A. 1986. *The clash of cultures: managers and professionals*. Boston: Harvard business school press.
- Ragin, Charles C. 2007. *Družboslovno raziskovanje – enotnost in raznolikost metode*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Rainey, Kenneth T. 2004. Qualification or certification recognition for technical communicators: it's time! *Proceedings Annual IEEE professional communication conference*, 70–76. Minneapolis: IEEE.

- Rainey, Kenneth T. 2005. Approaches to professionalism—a codified body of knowledge. *Proceedings IEEE International professional communication conference*, 679–683. Minneapolis: IEEE.
- Ransome, Paul. 1999. *Sociology and the future of Work. Contemporary discourses and debates*. Aldershot: Ashgate.
- Reeves, Scott in Anthony Pryce. 1998. Emerging themes: an exploratory research project of an interprofessional education module for medical, dental and nursing students. *Nurse education today* 18: 534–541.
- Reid, Lindsay, ed. 2007. *Midwifery: freedom to practice? An international exploration of midwifery practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier.
- Reid, M. in J. Garcia. 1989. Womens' views of care during pregnancy and childbirth. V: Chalmers, Iain, Murray Enkin in Marc J.N.C. Keirse, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford university press.
- Reja, Urša, Katja Lozar Manfreda, Valentina Hlebec in Vasja Vehovar. 2003. Open ended vs closed ended questions in web questionnaires. *Metodološki zvezki* 19: 159–177.
- Richards, M.P.M. 1982. The trouble with choice in childbirth. *Birth* 9: 253–260.
- Ritzer, George. 1971. Professionalism and the individual. V: Freidson, Eliot, ed. *The professions and their prospects*, 59-75. Beverly Hills: Sage publications.
- Ritzer, George in David Walczak. 1986. *Working: conflict and change*. 3rd ed. Englewood: Prentice Hall.
- Robinson, Sarah. 1992. Combining work with caring for children: findings from a longitudinal study of midwives' careers. *Midwifery* 9: 183–196.
- Rochester, Janet. 1988. The professionalization of technical communication. *IEEE Annals of the history of computing* 10 (1): 309–312.
- Rodwell, Christine M. 1996. An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 23: 305–313.
- Rosenberg, Karen R. in Wenda R. Trevathan. 2003. The evolution of human birth. *Scientific American*, special edition, 13(2).
- Rossi, Peter H., James D. Wright in Andy B. Anderson, eds. 1983. *Handbook of survey research*. San Diego: Academic Press.

- Roth, Julius. 1974. Care of the sick: professionalism versus love. *Scientific medical management* 1: 173–180.
- Rothman, Barbara Katz. 1984. Childbirth management and medical monopoly: midwifery as (almost) a profession. *Journal of Nurse-Midwifery* 29: 300–306.
- Rožman, Irena. 2004. *Peč se je podrla: kultura rojstva na slovenskem podežlju v 20. stoletju*. Ljubljana: Slovensko etnološko društvo.
- Rueschemeyer, Dietrich. 1986. *Power and the division of labour*. Cambridge: Polity Press.
- Rus, Veljko. 1979. Protislovni procesi profesionalizacije. *Teorija in praksa* 16 (10): 1482–1491.
- Rushing, Beth. 1993. Ideology in the re-emergence of North American midwifery. *Work and occupations* 20(1): 46–47.
- Sackett, David L., Sharon Straus, Scott R. Richardson, William Rosenberg in Brian R. Haynes. 2000. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone.
- Saks, Mike. 1995. *Professions and the public interest*. London: Routledge.
- Salkind, Neil J. 2011. SPSS statistics. In: *Statistics for people who (think they) hate statistics*. 4th ed. Los Angeles: Sage publications.
- Salvage, Jane. 1988. Professionalisation - or struggle for survival? A consideration for current proposals for the reform of nursing in UK. *Journal of advanced nursing* 13: 515–519.
- Sandall, Jane. 1995. Choice, continuity and control: changing midwifery, towards a sociological perspective. *Midwifery* 11: 201–209.
- 2004. Choice, continuity and control: changing midwifery towards a sociological perspective. V: Van Teijlingen, Edwin, George Lewis, Peter McCaffery in M., eds. *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- San Martin-Rodriguez, Leticia, Marie-Dominique Beaulieu, Danielle D'Amour in Marcella Ferrada-Videla. 2005. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care* 19(suppl.1): 132–147.

- Schoen, Donald A. 1987. *Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schroeder Larry D., David L. Sjoquist in Paula E. Stephan. 1986. *Understanding regression analysis: an introductory guide*. Series: Quantitative applications in the social sciences. Newbury Park: Sage University paper.
- Schwarz, E. W. 1990. The engineering of childbirth: A new programme as re-ected in British obstetric textbooks. V: Garcia, Jo, Robert Kilpatrick in Marin Richards, eds. *The Politics of Maternity Care: Services for Childbearing Women in Twentieth-century Britain*, 47–60. Oxford: Clarendon Press.
- Schwirian, Patricia M. 1998. *Professionalization of nursing: current issues and trends*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Scott, Beverley. 1984. A competency based learning model for critical care nursing. *International journal of nursing studies* 21: 9–17.
- Scott, Susan D. 2008. New professionalism - shifting relationships between nursing education and nursing practice. *Nurse education today* 28: 240–245.
- Shaffer, M. J. in M.R. Gordon. 1979. Clinical engineering standard, obligations and accountability. *Medical instrumentation* 13(4): 209–215.
- Shallow, Helen. 2001. Competence and confidence: working in a climate of fear. *British journal of midwifery* 9(4): : 237-244.
- Sheaff, Mike. 2005. *Sociology and health care*. Berkshire: Open university press.
- Siddiqui, Jeanne. 1994. A phylosophical exploration of midwifery knowledge. *British journal of midwifery* 2(9): 419–422.
- Siddiqui, Jeanne. 2005. The role of knowledge in midwifery decision making. In: Raynor, D. Maureen, Jayne E. Marshall in Amanda Sullivan, eds. *Decision making in midwifery practice*, 23-35. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Simpkin, Penny, 1991. Just another day in woman's life? Women's long term perceptions of their first birth experience. *Birth* 18(4): 203–210.
- Skoberne, Mihaela in Polona A. Skočir. 2003a. Midwifery education in Slovenia. *Midwifery today* 65: 59.
- 2003b. Izobraževanje bobic v Evropski uniji. *Obzornik zdravstvene nege* 37(1): 13–23.

- Snowdon, A. W. in D. Rajacich. 1993. The challenge of accountability in nursing. *Nursing forum* 28(1): 5–11.
- Smith, L.F.P. 2001. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity and internal reliability. *Quality in Health Care*; 10: 17–22.
- Snoek, Marco. 2010. *Theories on and concepts of professionalism of teachers and their consequences for the curriculum in teacher education*. Dostopno prek: <http://www.kenniscentrumonderwijsopvoeding.hva.nl/content/kenniscentrum/leren-en-innoveren/documenten/Theories-on-and-concepts-of-professionalism-and-their-consequences-for-the-curriculum-in-teacher-education.doc> (18.februar 2011).
- SOCSCI. 2012. *Quantitative and qualitative research*. Dostopno prek: <http://www.socsci.uci.edu/ssarc/sshonors/webdocs/Qual%20and%20Quant.pdf> (9. julij 2012).
- SOGC-[Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada]. 1995. Fetal health surveillance in labour. *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* 17(9): 859–901.
- Spencer, Rachael L. 2006. Nurses', midwives' and health visitors' perceptions of the impact of higher education on professional practice. *Nurse education today* 26: 45–53.
- Splichal, Slavko. 1990. Analiza besedil. *Metodološki zvezki* 6. Ljubljana: FDV.
- Spoel, Phillipa in Susan James. 2006. Negotiating public and professional interests: a rethorical analysis of the debate concerning the regulation of midwifery in Ontario, Canada. *Journal of medicine and humanities* 27: 167–186.
- SSKJ-[*Slovar slovenskega knjižnega jezika*]. 2004. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Stanek Zidarič, Tita. 2010. *Slovenian midwives' perception of working independently in antenatal care*. MSc thesis. Glasgow: Glasgow Caledonian university.
- Stapleton Susan R. 1998. Team-building: making collaborative practice work. *Journal of nurse-midwifery* 43(1): 12.
- Stapleton Helen, Mavis Kirkham, Gwenan Thomas, Penny Curtis. 2002. Midwives in the middle: balance and vulnerability. *British journal of midwifery* 10: 607–611.

- Starr, Paul. 1982. *The social transformation of American medicine*. New York: Basic books.
- Stock, John. 1994. Continuity of care in maternity services - the implications for midwives. *Health manpower management* 20(3): 30–36.
- Stuchbery, M., S. Matthey in B. Barnett. 1998. Postnatal depression and social support in Vietnamese, Arabic and anglo-celtic mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 33(10): 483–490.
- Sullivan, Thomas J. 2001. *Methods of social research*. Fort Worth: Harcourt.
- Sullivan, William M. 1995. *Work and integrity: the crisis and promise of professionalism in America*. New York: Harper Collins.
- SURS. 2008. *Metodološka pojasnila k standardni klasifikaciji poklicev*. Dostopno preko: <http://www.stat.si/klasje/klasje.asp> (3.april 2012).
- Svensson, Lennart. 2001. Studying professional performance in organizational contexts'. *Zbornik predavanj Conference on Professional performance*, 9–10. Zürich, februar 2001.
- 2006. New professionalism, trust and competence: some conceptual remarks and empirical data. *Current sociology* 54: 579–593.
- Svetlik, Ivan. 1988. *Neformalno delo*. Ljubljana: Delavska enostnost.
- 1999. Profesionalnost in kakovost v knjižničarstvu. *Knjižnica, glasilo Zveze bibliotekarskih društev Slovenije* 43 (2/3): 7–18.
- Swick, Herbert M. 2001. Professionalism: a key to weathering the storm. *Obsetrics and gynaecology* 98(1): 156–160.
- Symon, Andrew. 1994. Midwives and litigation: a small-scale survey of attitudes. *British journal of midwifery* 2(4): 176–181.
- 1996. Midwives and professional status. *British journal of midwifery* 4(10): 543–550.
- Symonds, Antea in Sheila C. Hunt. 1996. *The midwife and the society: perspectives, policies and practice*. New York: Palgrave Macmillan.
- Štrancar, Klelija. 2004. *Umiranje kot družbeni pojav: paliativna oskrba in hospic*. Magistrsko delo. Ljubljana: FDV.
- Taylor, D. Wayne in Faith Nesdaoly. 1994. Midwifery - from parasite to partner in the Ontario Health care system. *Health manpower management* 20(5): 18–26.

- Tew, Marjorie. 1990. *Safer childbirth: a critical history of maternity care*. London: Chapman & Hall.
- Tew, Marjorie in S. Damastra-Wijmenga. 1991. Safest birth attendants: recent Dutch evidence. *Midwifery* 7: 55–63.
- Thompson, Ann. 1991. The midwife contribution to the health of women and children. *Midwifery* 7: 53–54.
- Tierney, Alison. 1997. The development of nursing research in Europe. *European nurse* 2: 73–84.
- Toš, Niko, ur. 2004. *Vrednote v prehodu: SJM (99–04)*. Ljubljana: FDV.
- Toš, Niko, ur. 2009 *Vrednote v prehodu: SJM (04–09)*. Ljubljana: FDV.
- Towler, Jean in Joan Bramall. 1986. *Midwives in history and society*. Kent: Croom helm.
- Treacy, Margaret in Abbey Hyde. 1999. Contextualising Irish nursing research. V: *Nursing research, design and practice* ,3–15. Dublin: University college Dublin press.
- Turner, Bryan S. 1995. *Medical power and social knowledge*. 2nd ed. London: SAGE Publications.
- Tyson, Holliday. 1991. Outcomes of 1001 midwife-attended home births in Toronto 1983–1988. *Birth* 18(1): 14–19.
- Ule, Mirjana. 2003. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
- Ulrich, Suzan. 2004. First birth stories of student midwives: keys to professional affective socialization. *Journal of midwifery and women's health* 49(5): 390–397.
- Van Teijlingen, Edwin, George Lowis, Peter McCaffery in Maureen Porter, eds. *Midwifery and the medicalization of Childbirth: comparative perspectives*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Van Teijlingen, Edwin in Leonie Van der Hulst. 1995. Midwifery in the Netherlands: more than a semi-profession? V: Johnson, Terry, Gerry Larkin in Mike Saks, eds. *Health professions in the state in Europe* ,178–186. London: Routledge.
- Vrbovšek, Sanja. 2006. *Strukturne značilnosti razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki*. Diplomsko delo. Ljubljana: FDV.

- Wagner, Marsden. 1997. Confessions of a dissident. V: Davis-Floyd, Robbie E. in Carolyn F. Sargent, eds. *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*, 366–396. Berkeley: University of California press.
- Wagner, Vicky Van. 1994. Why legislation? The regulation of midwifery in Ontario from a feminist perspective. *CSAA meeting*. Calgary: University of Calgary.
- 2004. Why legislation? Using regulation to strengthen midwifery. V: Bourgeault, Ivy L., Cecilia Benoit in Robbie Davis-Floyd, eds. *Reconceiving midwifery*. Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Walby, Sylvia in June Greenwell. 1994. *Medicine and nursing: professions in a changing health service*. London: SAGE.
- Walker, Mike in Judith Sibson. 1998. Professional knowledge, midwifery and the role of the external examiner. *Nurse education today* 18: 20–24.
- Watson, Tony J. 1995. *Sociology, work and industry*. London: Routledge.
- Watson, Jennifer, Bev Turnbull in Annie Mills. 2002. Evaluation of the extended role of the midwife: the voices of midwives. *International journal of nursing practice* 8(5): 257–264.
- Weber, Maks. 1978. *Economy and society*. London: University of California press.
- Weis, Darlene in Mary-Jane Schank. 2002. Professional values: key to professional development. *Journal of professional nursing* 18: 271–275.
- WHO-[World Health Organization]. 1986. *North American and European consulting groups: Who report on health promotion and birth*. Geneva: WHO.
- 1997. *Care in normal birth: report of a technical working group*. Dostopno prek: www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24 (10.januar 2011).
- 2006. *Working together for health. The world health report 2006*. Geneva: World Health Organization.
- Wiegers, T.M., M.J.N.C. Keirse, J. Van der Zee in G.A. Berghs. 1996. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *British medical journal* 313: 1309–1313.
- Wilensky, Harold. 1964. The professionalisation for everyone? *American journal of sociology* LXX: 137–158.

- Williams, Anna, Hanna Cooke in Carl May. 1998. *Sociology, nursing and health*. Oxford: Butterworth & Heinemann.
- Williams, Frederick in Peter Monge. 2001. *Reasoning with statistics: how to read quantitative research*. 5th ed. Boston: Wadsworth cengage learning.
- Witz, Anne. 1992. *Professions and patriarchy*. London: Routledge.
- Wolman, Wendy L., Beverly Chalmers, Justin G. Hofmeyr in Cheryl V. Nikodem. 1993. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized controlled study. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 168(5): 1388–1393.
- Woodward, Vivien. 1998. Caring, patient autonomy and the stigma of paternalism. *Journal of advanced nursing* 28(5): 1046–1052.
- Wynn, Rhoda. 2000. Saints and sinners: women and the practice of medicine throughout the ages. *JAMA* 283(5): 668–669.
- Yadin, David. 1988. Ethical issues in the clinical engineering profession. *IEEE engineering in medicine and biology magazine* 6: 83–84.
- Zakšek, Teja, Zalka Drglin, Polona A. Mivšek, Irena Šimnovec Berlinger, Metka Skubic in Tita Stanek Zidarič. 2008. Competence za osnovno babiško prakso. *Obzornik zdravstvene nege* 42(3): 215–220.
- Zbornica zdravstvene in babiške nege. 2011. *Kodeks*. Dostopno preko: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kodeks/Kodeks_etike_za_babice.pdf (20.april 2012).
- Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. 2009. *Seznam članov*. Dostopno preko: http://www.zdrzz.si/seznam_clanov (20.junij 2009).
- Zola, Irwing E. in James S. Miller. 1971. *Professionas today and tomorrow*. V: Freidson, Eliot, ur. *The professions and their prospects*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Žmahar, Anita. 2011. Zdravniki so (še) premalo profesionalni. *Novice Europa Donna* 44: 30–33.

A

Administracija, glej menedžment
 Altruizem 20, 22-23, 25-26, 29, 34,
 38-39, 48-49, 55, 58, 66, 100, 136,
 173, 176
 Avtonomija 26, 30, 32, 39, 42, 44, 48-
 49, 58-62, 71, 82, 87, 99-100, 103,
 142-150, 156-157, 176-177, 181-182,
 186

B

Babica, glej babištvo
 Babiški model 69, 96, 152-153, 156
 Babištvo 8, 10, 31, 46, 52-54, 59, 65-
 68, 76-77, 84-97, 99-100, 104-105,
 107, 110-116, 118, 121-132, 134,
 137, 139-140, 143-171, 172-176,
 178, 181-182, 184-186
 Birokracija, glej menedžment
 Birokratizacija 32, 78

D

Delo 12-17, 19-20, 26-28, 30, 34, 37,
 41, 43, 47-49, 51-52, 57, 58, 60-61,
 67, 69, 71, 75, 77, 81, 83-84, 86, 88,
 112, 127-130, 132, 135-138, 142-
 146, 148, 160, 166-167, 173
 Demarkacija 31, 44-45, 76, 86
 Deprofesionalizacija, glej
 proletarizacija
 Disciplina 19, 50-51, 55, 60, 77-78,
 80, 95-96, 130, 179
 Dominantnost, glej moč
 Družbena mobilnost 26, 36, 38, 180
 Družbeni nadzor 25, 29, 55
 Družbeni status 15, 18, 23, 25, 34,
 42, 50, 148, 172

Družbena stratifikacija 13, 28, 78
 Družbeno zapiranje, glej socialno
 zapiranje
 Dvojno zapiranje 81

E

Empowerment, glej opolnomočenje
 Etika 10, 33, 55-58, 62, 71, 136-141,
 169, 178

F

Feminizem 27, 29, 31, 68, 74, 76,
 130, 152
 Funkcionalisti, glej funkcionalizem
 Funkcionalizem 15, 20-29, 47

G

Ginekologija, glej medicina

H

Hierarhija 8, 13-14, 68, 74, 80, 81,
 103, 156, 159, 161-162, 172, 177,
 181-182

I

Indoktrinacija, glej socializacija
 International Confederation of
 Midwives
 Interakcionisti, glej interakcionizem
 Interakcionizem 21, 25-28, 156

J

Javno dobro, glej altruizem
 Jurisdikcija, glej monopol

K

Klienti, glej uporabniki
Kodeks etike 9, 23, 25, 40, 47-50, 56, 103, 106, 134, 137-138, 140, 169, 176
Kompetenca 19, 25, 37-38, 40, 44, 48, 50, 53, 59, 60-61, 78, 88, 145, 149, 175, 181
Kredencializem 81, 89
Kvalifikacija, glej kompetenca

L

Licenca 49-50, 56-57, 61, 87, 94, 96-97, 139, 147, 174, 176

M

Marginalizacija 76
Medicina 8, 10, 18, 20, 23-24, 26, 29, 49, 52, 54, 62, 69, 73-79, 85, 87-89, 91-96, 107, 121-171, 172-173, 176, 179, 181
Medicinska sestra, glej zdravstvena nega
Medicinski model 92, 153-154
Medpoklicno sodelovanje 10, 76, 101, 103, 159-165, 177-178, 180
Menedžment 13, 14, 16-17, 31-33, 36-37, 39, 42, 58, 64, 78, 90, 92, 97
Moč 8, 10, 13, 16, 20, 23-26, 28-32, 42, 44-45, 58, 64, 74, 78, 81, 89-90, 143, 154, 161, 163, 181
Monopol 8, 17, 27-28, 69, 142, 147, 174, 182

N

Nadzor 10, 13, 20, 22-23, 25-29, 31-32, 34-39, 44, 50, 53, 55-57, 61-64, 66, 71, 74, 78, 80-81, 84, 88, 91, 94-

95, 103, 129-130, 134, 139-140, 144, 151, 166-170, 173, 176, 179

- Zunanji 39
- Notranji 53

Neenakost 12, 14-15, 31, 34, 51, 60, 69, 181

Negovanje, glej skrb

O

Opolnomočenje 66, 152, 156, 158

P

Paraprofesionalizacija, glej proletarizacija

Področje dela, glej delo

Poklic 8-10, 12-15, 17-30, 40-46, 47-49, 53, 58, 61, 63, 71

Poklicna identiteta 35, 54, 161-162, 186

Polprofesija 29-30, 36, 61, 78, 159, 174, 178

Porodništvo, glej medicina

Pristojnost, glej kompetenca

Procesna teorija, glej profesionalizacija

Profesija 8-9, 12, 14, 19-22, 24-25, 29, 32, 41, 44, 47, 50-58, 61, 73-75, 99, 146, 174

Profesionalec 19, 35, 55, 63, 173

Profesionalizacija 16, 24, 37-41, 77, 97

- Od zunaj 39, 90, 100
- Od znotraj 39

Profesionalizem 8-9, 26, 34-37, 55-57, 63-64, 79-80, 98-100

- Stari 48-50
- Novi 63-64
- Elementi 47-50, 63-64
- Guttmanova lestvica, 23
- Normativni vrednostni sistem 35-36
- Ideologija nadzora 35-36

Profesionalni projekt 25, 27, 41-47, 81, 89, 144, 162, 172-173, 182

Proletarizacija 29, 31, 33, 73, 153

Psihosocialni model, glej babiški

R

Refleksija 70-73, 168-169

- Med dejanjem 70
- O dejanju 70
- Za dejanje 70

Registracija 49, 61, 87

S

Sankcioniranje, glej nadzor

Segregacija 45, 76

Semiprofesija, glej polprofesija

Sistem profesij 27-28, 172, 184

Skrb 30, 80, 84, 153

Socializacija 54, 67-68, 129, 133, 162

Socialno zapiranje 10, 25-26, 42, 44-45, 60, 81

Spol (gender) 9, 29, 44, 74

Stratifikacija 8, 12, 13-16, 21, 26, 28-29, 38, 29, 78

Stroka, glej profesija

Strokovnjak, glej profesionalc

Strokovno zduženje 20, 47, 56-57, 76, 81, 139, 147, 168, 182

Subordinacija 31, 73, 76, 80, 82, 86, 89, 133, 153

U

Univerza 20, 40, 42, 48, 53, 75, 81, 132, 175, 179

Uporabniki 8, 21, 33, 48, 52, 55, 63, 65-66, 70, 137, 151-152, 158

Uzurpacija 44-45, 81, 84, 89

V

Varovanci, glej uporabniki

Z

Zaposlitev, glej delo

Zdravnik, glej medicina

Zdravstvena nega 10, 30, 49, 59, 66, 69, 74, 77-78, 79-84, 88, 91-96, 98-100, 104-107, 110-112, 114, 116-117, 119, 121-171, 172, 174, 176-179, 181

Znanje 10, 20-23, 32-35, 42, 48, 50-55, 61-63, 67, 77, 81-87, 127-136

Ž

Žensko osrediščena skrb
95, 103, 152, 154, 173

8 IMENSKO KAZALO

A

Abbott, A. 8-9, 17-21, 23-28, 34, 41-49, 55-57, 61, 62, 73-84, 86-89, 131-132, 147, 153, 172-174, 182, 184
Adams, T.L. 29-31, 40, 64, 159

B

Benoit, C. 23, 31, 73, 76, 84, 90, 130, 152, 156, 182
Bourgenault, I.L. 31, 69, 90-91, 152-153,
Bond, D. 70
Boyd, E. 70

C

Caplow, T. 24, 40-41, 47, 57
Carr-Sounders, A.M. 20, 22, 40, 48-49, 55,
Carty, E. 67, 92, 129
Cvetek, S. 35

D

Davies, C. 29-30, 63
Davis-Floyd, R. 15, 17, 47, 88, 129, 167, 174, 181-182
DeVries, R. 89, 174-175, 181
Doyal, L. 74
Durkheim, E. 13-16, 22, 28, 36

E

Evetts, J. 19, 21-22, 26, 31-37, 39, 41, 51, 53, 58, 62-64, 72, 78, 90

F

Fleming, V. 58, 59, 88, 131, 144, 146, 153-154

Foley, L. 134, 153, 174-175, 181
Freidson, E. 8, 12-15, 19-20, 23, 25-27, 31-34, 37-38, 42, 48-52, 54-56, 58, 60-61, 64, 71, 73-76, 78, 80-84, 128, 133, 138, 146, 154-156, 162, 169, 172-174, 181-182
Fullerton, J. 60

G

Goffman, E. 25, 79, 150-151
Goode, W.J. 23, 49, 52, 55
Greenwood, E. 40, 49

H

Habermas, J. 15-16
Hall, R.H. 25, 49, 55, 58-59
Hampton, D.L. 17, 34, 49, 51, 53, 55, 57, 62, 104-105, 136, 174
Hearn, J. 74
Hickson, D. 23
Hilier, J. 75
Hlebec, V. 35
Hresanova, E. 35

I

ICM 56, 59-60, 65, 67, 92, 138, 175

J

Jamous, H. 51-52
Janssen, U.J. 92, 181
Johnson, T.J. 25, 27, 29, 58

K

Kanjuo Mrčela, A. 12, 14, 16-17, 33, 81, 84, 132,
Kaplan Daniels, A. 56, 60-62, 71, 130
Kendrick, K. 68
Kirkham, M. 66, 78, 85-87, 128, 131, 134, 153-154, 159, 182-183
Kitzinger, J. 65-66

Kornelsen, J. 67, 90-92, 129

L

Larson, M.S. 16, 27-28, 34, 36, 38, 42, 44, 50-52

Laske, C. 38

Leap, N. 87, 128

Leicht, K.T. 8-9, 17, 20-21, 25, 29, 31-33, 39, 44, 47-48, 51-52, 57, 62, 64, 73, 78, 131, 133, 142, 144, 163

Lupton, D. 85-86, 88, 151

M

MacDonald, K.M. 14, 16, 18, 22-23, 26-27, 29, 31, 33, 38, 42-46, 50-52, 55, 80-82, 84, 87-89, 130, 146, 154, 179

Martimianakis, M.A. 35, 77, 100, 169

Marx, K. 13-14, 27, 29, 38, 42, 48-49, 55

McClelland, C.E. 39

McKinlay, J. 22-23, 29, 46

N

Nettleton, S. 22-23, 29, 46

O

Oakley, A. 77, 79, 85, 130, 134, 153

P

Pahor, M. 10, 15, 33, 49, 54-55, 63, 66, 69, 74-75, 80-983, 132, 156, 159, 172-173, 180, 183

Parsons, T. 15, 22-23, 36, 47, 130

Pavlin, S. 8, 17-18, 21, 24, -26, 28-29, 31-33, 42, 54-55, 75-76, 99-100

Phillips, M. 84-86

Plack, M.M. 70

R

Ritzer, C. 8-9, 49, 51, 56, 129, 138

Rueschemeyer, D. 13-18, 24, 38, 55, 60-61

Rus, V. 38

S

Saks, M. 9, 14, 16, 19, 23, 25, 29, 37, 75, 78

Sandall, J. 180, 183, 188

Schoen, D.A. 70

Schwirian, P.M. 20, 24, 35, 37, 47, 54, 56, 82, 176

Spencer, H. 13, 16

Svensson, L.G. 31, 63

Svetlik, I. 12, 18

Symon, A. 56, 84, 88, 1219, 134, 144-145, 154

Symonds, A. 30-32, 45-46, 74-77, 84, 86-88, 131-132, 181

T

Turner, B.S. 22, 24, 29-30, 32, 37-38, 42, 50, 57

U

Ule, M. 9, 23, 51, 61, 66, 83

V

Van Teijlingen, E. 23, 88, 174, 181

W

Walby, S. 44, 81-82, 161, 172

Weber, M. 13-16, 25-26, 29, 36, 118

Weis, D. 54

Wilensky, H. 24, 40, 47, 173

WHO 92, 107, 110, 146

Witz, A. 10, 29-31, 37, 42, 44-45, 74, 76-77, 80, 86, 88, 89-90

PRILOGA A.1

Anketa: BABIŠTVO V SLOVENIJI

Spoštovani!

Z vprašalnikom, ki je pred vami, želim zbrati podatke za doktorsko nalogo z naslovom „Profesionalizacija babištva v Sloveniji“. V nalogi proučujem trenutno stanje slovenskega babištva glede na elemente profesionalizma. Vprašanja sem razvila v sodelovanju s strokovnjaki na področju babištva, sociologije in metodologije.

Vaše mnenje in vaše izkušnje so zame izjemno dragocene in za uspeh raziskave nepogrešljive, zato vas prosim, da si vzamete nekaj vašega časa in odgovorite na vprašanja. Vprašalnik je anonimen in vaše sodelovanje je prostovoljno. S podatki, ki mi jih boste zaupali, bom ravnala skrbno in odgovorno ter rezultate uporabila le v agregirani obliki.

Vprašalnik je prirejen za tri anketirane skupine – babice, medicinske sestre in zdravnike; specialiste ginekologije in porodništva. Vse te profesije imajo pomembno in nezamenljivo vlogo v razvoju babištva.

Če ste v kuverti dobili dve različni verziji vprašalnika, izberite tisto, ki je namenjena vaši poklicni skupini.

Iskrena hvala za čas, ki ga boste namenili za sodelovanje v raziskavi! Za dodatna vprašanja sem vam na voljo na naslednjem naslovu:

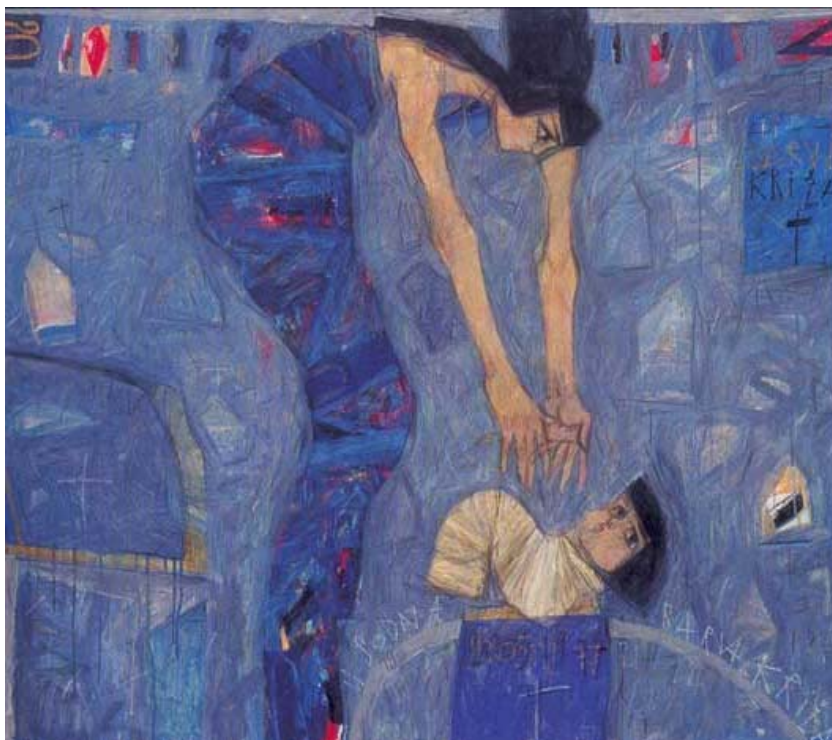
ANA POLONA MIVŠEK

Rovtarske Žibrše 11b

1373 Rovte

e-mail: polona.mivsek@gmail.com

VPRAŠALNIK ZA BABICE



Rudi Scočir, 1998

ANA POLONA MIVŠEK

Rovtarske Žibrše 11b

1373 Rovte

e-mail: polona.mivsek@gmail.com

*V vprašalniku uporabljan izraz babica je mišljen tako za moške kot tudi ženske pripadnike stroke babištva.

I. del: Elementi profesionalizacije babištva v Sloveniji

Začeli bomo z vprašanji o tem, kakšno je stanje slovenskega babištva glede na določene elemente profesionalizacije. (V vsaki vrstici obkrožite odgovor, ki najbolj ustreza vašemu osebnemu mišljenju. 1 pomeni "sploh se ne strinjam", 4 pomeni "popolnoma se strinjam"; čim večje število obkrožite, tem višja je stopnja vašega strinjanja z navedeno trditvijo).

| 1. Specifično ekspertno znanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| 1. Vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomo visoke šole. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Praktične spretnosti v babiškem poklicu so bolj pomembne kot teoretično znanje. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Svoje delo strokovno opravljam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Znanje in delo babic je specifično – loči se od porodništva in zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Redno se strokovno izpopolnujem (branje literature, obisk konferenc ipd.). | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 2. Etičnost/delovanje v javno dobro | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| 1. Pri opravljanju babiškega poklica želim višjo stopnjo odgovornosti. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Moje kolegice vestno spoštujejo načela babiškega kodeksa etike. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Nimam možnosti, da bi za varovanko naredila vse, kar je mogoče, ker nisem popolnoma samostojna pri svojem delu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Svoje poklicno delo opravljam v skladu s profesionalnim kodeksom etike. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babištvo je izredno pomembno za družbo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 3. Avtonomija in družbena moč | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| 1. Sekcija medicinskih sester-babic naredi zadosti za babice. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Imam dovolj vpliva na potek in organizacijo svojega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice smo kompetentne za samostojno spremljanje nosečnic, žensk med porodom, otročnic in dojenčkov. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Vse babice bi morale biti članice Sekcije medicinskih sester-babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Družba ceni delo babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Porodničarji in medicinske sestre se večkrat obrnejo name za strokovni nasvet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Ponosna sem na to, da sem babica. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 4. Povezovanje z uporabniki | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| 1. Večkrat ne morem ustreči željam žensk, ker pri strokovnih odločitvah nisem samostojna. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Če pride do navzkrižja interesov med žensko in porodničarjem, se vedno postavim na stran ženske. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Vedno poskrbim, da ima ženska vse informacije ter se sama odloči o posegu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Zadovoljstvo uporabnic mi je pomembnejše od doktrine ustanove, v kateri delam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Hitro vidim problem svoje varovanke in možne rešitve ter izberem najboljšo možnost zanjo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Porodni načrti so izvrstna zamisel za sodelovanje s porodnicami. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Če želi ženska soodločati v lastni babiški obravnavi, se počutim nadzorovano. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 5. Medpoklicno sodelovanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Čutim, da me medicinske sestre poklicno spoštujejo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Čutim, da me porodničarji poklicno spoštujejo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. V odnosih s porodničarji sem samozavestna. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Z drugimi babicami sem v enakovrednem odnosu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Mislim, da porodničarji ogrožajo samostojno delo babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Dobro ločim poklicne vloge babice, medicinske sestre in porodničarja. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Medicinske sestre ogrožajo področje dela babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Kjer delam, babice in porodničarji dobro sodelujemo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 6. Reflektivna praksa | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Preko Sekcije medicinskih sester-babic lahko vplivam na politične odločitve v zvezi z babištvom. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Standardi in protokoli prakse vodijo stroko v rutino. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Dobro znam presoditi, ali kolegice opravljajo svoje delo strokovno. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Kjer delam, imamo redne supervizijske sestanke. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki; same babice nimamo metod za ocenjevanje kakovosti lastnega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Za primer strokovne napake smo babice slabo zavarovane. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Vedno v pogovoru preverjam kakovost svojega dela pri varovancih/pacientih. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Vedno preverjam kakovost svojega dela pri nadrejenih. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 9. | Vedno preverjam kakovost svojega dela pri kolegicah. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|---|---|---|---|

II. del: Demografski podatki

Sledi še nekaj vprašanj o vas, ki so pomembna za interpretacijo zgornjih trditev. (Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom oz. izpolnite vprašanje v skladu z navodili. Če vprašanje dopušča več možnih odgovorov, je to nakazano.)

1. Spol:
 - a. ženski
 - b. moški

2. Letnica rojstva: _____

3. Najvišja stopnja dokončane izobrazbe:
 - a. srednja
 - b. višja
 - c. visoka strokovna
 - d. univerzitetna
 - e. specializacija po višji oz. visoki strokovni
 - f. specializacija po univerzitetni
 - g. magisterij
 - h. doktorat
 - i. drugo: _____

4. Katero srednjo šolo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več srednješolskih programov.)

5. Katero višjo/visoko/univerzitetno izobrazbo ste pridobili (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več dodiplomskih programov.)

6. Katero specializacijo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več specialističnih programov.)

7. Na katerem delovnem mestu delate:
 - a. srednja medicinska sestra
 - b. srednja medicinska sestra-babica
 - c. zdravstvena tehničarka/zdravstveni tehnik
 - d. višja medicinska sestra/ višji medicinski tehnik
 - e. diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
 - f. diplomirana babica/diplomirani babičar
 - g. profesorica zdravstvene vzgoje/profesor zdravstvene vzgoje
 - h. medicinska sestra-specialistka/zdravstvenik-specialist
 - i. strokovna sodelavka/strokovni sodelavec oz. asistentka/asistent
 - j. visokošolski učitelj
 - k. drugo: _____

8. Kakšen je vaš položaj v službi?
- Zaposlitev brez vodstvenega oziroma vodilnega položaja
 - Vodstveni položaj na ravni delovne enote
 - Vodilni položaj na ravni ustanove (na reelekciji)
 - Drugo (prosimo, navedite) _____
9. V kateri instituciji ste zaposleni?
- V bolnišnici/porodnišnici; navedite oddelek: _____
 - V zdravstvenem domu; navedite službo/ambulanto: _____
 - V vladni instituciji; navedite sektor: _____
 - V zasebni ustanovi; navedite vrsto: _____
 - V izobraževalni ustanovi; navedite stopnjo: _____
 - Drugo (prosimo, navedite) _____
10. Napišite, na katerem oddelku oz. službi ste zaposleni (npr. porodni blok, poporodni oddelek, patronažna služba ...):
- _____
11. Napišite, koliko let ste že na tem delovnem mestu: _____

Še enkrat se vam najlepše zahvaljujem za vaš čas, ki ste ga namenili za izpolnjevanje vprašalnika. Vse informacije, ki ste mi jih zaupali, so zame izredno pomembne. Če bi radi dodali še kaj, čemur v vprašalniku nisem namenila dovolj pozornosti, prosim dopišite:

Lepo prosim, da izpolnjen vprašalnik oddate v frankirano in naslovljeno kuverto, ki je bila priložena, in ga

vrnete najkasneje do _____.

HVALA!

VPRAŠALNIK ZA GINEKOLOGE-PORODNIČARJE



Rudi Skočir, 1998

ANA POLONA MIVŠEK

Rovtarske Žibrše 11b

1373 Rovte

e-mail: polona.mivsek@gmail.com

*V vprašalniku uporabljan izraz porodničar je mišljen tako za doktorje in doktorice medicine – specialiste oz. specialiste porodništva in ginekologije.

I.del: Elementi profesionalizacije babištva v Sloveniji

Začeli bomo z vprašanji o tem, kakšno je stanje slovenskega babištva glede na določene elemente profesionalizacije. (V vsaki vrstici obkrožite odgovor, ki najbolj ustreza vašemu osebnemu mišljenju. 1 pomeni "sploh se ne strinjam", 4 pomeni "popolnoma se strinjam"; čim večje število obkrožite, tem višja je stopnja vašega strinjanja z navedeno trditvijo).

| 1. Specifično ekspertno znanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|------------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomo visoke šole. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Praktične spretnosti v babiškem poklicu so bolj pomembne kot teoretično znanje. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice so porodniške medicinske sestre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Znanje in delo babic je specifično – loči se od porodništva in zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Babice se redno strokovno izpopolnjujejo (branje literature, obisk konferenc ipd.). | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 2. Etičnost/delovanje v javno dobro | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|------------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Babice si pri opravljanju babiškega poklica želijo višjo stopnjo odgovornosti. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Babice vestno spoštujejo načela babiškega kodeksa etike. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice so avtonomne pri opravljanju svojega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babištvo je izredno pomembno za družbo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 3. Avtonomija in družbena moč | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Sekcija medicinskih sester-babic dobro zastopa babice. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Babice so kompetentne za samostojno spremljanje nosečnic, žensk med porodom, otročnic in dojenčkov. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice se ne zavedajo dovolj pomena članstva v Sekciji medicinskih sester-babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Družba ceni delo babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babice spoštujem; nanje se večkrat obrnem po strokovni nasvet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Babice čutijo močno pripadnost svojemu poklicu in strokovni sredini. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 4. Povezovanje z uporabniki | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Babice večkrat ne morejo ustreči željam žensk, ker pri strokovnih odločitvah niso samostojne. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Če pride do navzkrižja interesov med žensko in menoj, se babice postavijo na stran ženske. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice vedno poskrbijo, da ženska sprejme informirano odločitev o posegih, ki bodo sledili. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babicam je zadovoljstvo uporabnic pomembnejše od doktrine ustanove, v kateri delajo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babice ženskam ne dovolijo soodločati o njihovi babiški obravnavi. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 5. Medpoklicno sodelovanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Porodničarji babice poklicno spoštujemo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Medicinske sestre babic poklicno ne spoštujejo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Poglavitni problem pri uveljavljanju družbene moči babic je nerazumevanje med babicami samimi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Mislim, da medicinske sestre ogrožajo samostojno področje dela babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Dobro ločim poklicne vloge babice, medicinske sestre in porodničarja. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Babice ogrožajo področje dela porodničarjev. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Babice so mi poklicno enakovredne. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Kjer delam, babice in porodničarji dobro sodelujemo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 6. Reflektivna praksa | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Babice so dobro povezane preko Sekcije medicinskih sester-babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Standardi in protokoli babiške prakse vodijo stroko v rutino. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice svoje poklicno strokovno opravljajo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babice redno skrbijo za nadzor kakovosti lastnega strokovnega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki; same babice nimajo metod za ocenjevanje kakovosti lastnega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Za primer strokovne napake so babice slabo zavarovane. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. V primeru strokovne napake babice ne prevzamejo potrebne odgovornosti. | 1 | 2 | 3 | 4 |

II. del: Demografski podatki

Sledi še nekaj vprašanj o vas, ki so pomembna za interpretacijo zgornjih trditev. (Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom oz. izpolnite vprašanje v skladu z navodili. Če vprašanje dopušča več možnih odgovorov, je to nakazano.)

1. Spol:
 - a. ženski
 - b. moški

2. Letnica rojstva: _____

3. Najvišja stopnja dokončane izobrazbe:
 - a. univerzitetna
 - b. specializacija po univerzitetni
 - c. magisterij
 - d. doktorat

4. Katero srednjo šolo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več srednješolskih programov.)

5. Katero višjo/visoko/univerzitetno izobrazbo ste pridobili (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več dodiplomskih programov.)

6. Katero specializacijo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več specialističnih programov.)

7. Na katerem delovnem mestu delate:
 - a. doktorica medicine/doktor medicine
 - b. doktorica medicine – specialistka/doktor medicine – specialist
 - c. visokošolski učitelj
 - d. drugo: _____

8. Kakšen je vaš položaj v službi?
 - a. Zaposlitev brez vodstvenega oziroma vodilnega položaja
 - b. Vodstveni položaj na ravni delovne enote
 - c. Vodilni položaj na ravni ustanove (na reelekciji)
 - d. Drugo (prosimo, navedite) _____

9. V kateri instituciji ste zaposleni?
- V bolnišnici/porodnišnici; navedite oddelek: _____
 - V zdravstvenem domu; navedite službo/ambulanto: _____
 - V vladni instituciji; navedite sektor: _____
 - V zasebni ustanovi; navedite vrsto: _____
 - V izobraževalni ustanovi; navedite stopnjo: _____
 - Drugo (prosimo, navedite) _____
10. Napišite, na katerem oddelku oz. službi ste zaposleni (npr. porodni blok, poporodni oddelek, patronažna služba ...):
- _____
11. Napišite, koliko let ste že na tem delovnem mestu: _____

Še enkrat se vam najlepše zahvaljujem za vaš čas, ki ste ga namenili za izpolnjevanje vprašalnika. Vse informacije, ki ste mi jih zaupali, so zame izredno pomembne. Če bi radi dodali še kaj, čemur v vprašalniku nisem namenila dovolj pozornosti, prosim dopišite:

Lepo prosim, da izpolnjen vprašalnik oddate v frankirano in naslovljeno kuverto, ki je bila priložena in ga vrnete najkasneje do _____.

HVALA!

VPRAŠALNIK ZA MEDICINSKE SESTRE



Rudi Skočir, 1998

ANA POLONA MIVŠEK

Rovtarske Žibrše 11b

1373 Rovte

e-mail: polona.mivsek@gmail.com

*V vprašalniku uporabljan izraz medicinska sestra je mišljen tako za moške kot tudi ženske pripadnike stroke zdravstvene nege.

I. del: Elementi profesionalizacije babištva v Sloveniji

Začeli bomo z vprašanji o tem, kakšno je stanje slovenskega babištva glede na določene elemente profesionalizacije. (V vsaki vrstici obkrožite odgovor, ki najbolj ustreza vašemu osebnemu mišljenju. 1 pomeni "sploh se ne strinjam", 4 pomeni "popolnoma se strinjam"; čim večje število obkrožite, tem višja je stopnja vašega strinjanja z navedeno trditvijo).

| 1. Specifično ekspertno znanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|------------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Praktične spretnosti v babiškem poklicu so bolj pomembne kot teoretično znanje. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice so porodniške medicinske sestre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Znanje in delo babic je specifično – loči se od porodništva in zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Babice se redno strokovno izpopolnjujejo (branje literature, obisk konferenc ipd.). | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 2. Etičnost/delovanje v javno dobro | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|------------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Babice si pri opravljanju babiškega poklica želijo višjo stopnjo odgovornosti. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Babice vestno spoštujejo načela babiškega kodeksa etike. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice so avtonomne pri opravljanju svojega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babištvo je izredno pomembno za družbo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 3. Avtonomija in družbena moč | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Sekcija medicinskih sester-babic dobro zastopa babice. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. V odnosu do babic se kot medicinska sestra počutim enakovredno. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice so kompetentne za samostojno spremljanje nosečnic, žensk med porodom, otročnic in dojenčkov. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babice se ne zavedajo dovolj pomena članstva v Sekciji medicinskih sester-babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Družba ceni delo babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Babice spoštujem; nanje se večkrat obrnem po strokovni nasvet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Babice čutijo močno pripadnost svojemu poklicu in strokovni sredini. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 4. Povezovanje z uporabniki | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Babice večkrat ne morejo ustreči željam žensk, ker pri strokovnih odločitvah niso samostojne. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Če pride do navzkrižja interesov med žensko in porodničarjem, se babice postavijo na stran ženske. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice vedno poskrbijo, da ženska sprejme informirano odločitev o posegih, ki bodo sledili. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babicam je zadovoljstvo uporabnic pomembnejše od doktrine ustanove, v kateri delajo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babice ženskam ne dovolijo sodelovati o njihovi babiški obravnavi. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 5. Medpoklicno sodelovanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Medicinske sestre poklicno spoštujemo babice. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Porodničarji babic poklicno ne spoštujejo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Bolje sodelujem z babicami kot z zdravniki. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Poglavitni problem pri uveljavljanju babic je nerazumevanje med babicami samimi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Mislim, da porodničarji ogrožajo samostojno delo babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Dobro ločim poklicne vloge babice, medicinske sestre in porodničarja. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Babice ogrožajo področje dela medicinskih sester. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Kjer delam, babice in medicinske sestre dobro sodelujemo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 6. Reflektivna praksa | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Babice so dobro povezane preko Sekcije medicinskih sester-babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Standardi in protokoli babiške prakse vodijo stroko v rutino. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice svoje poklicno delo opravljajo strokovno. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babice redno skrbijo za nadzor kakovosti lastnega strokovnega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki; same babice nimajo metod za ocenjevanje kakovosti lastnega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Za primer strokovne napake so babice slabo zavarovane. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. V primeru strokovne napake babice ne prevzamejo potrebne odgovornosti. | 1 | 2 | 3 | 4 |

II. del: Demografski podatki

Sledi še nekaj vprašanj o vas, ki so pomembna za interpretacijo zgornjih trditev. (Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom oz. izpolnite vprašanje v skladu z navodili. Če vprašanje dopušča več možnih odgovorov, je to nakazano.)

1. Spol:
 - a. ženski
 - b. moški

2. Letnica rojstva: _____

3. Najvišja stopnja dokončane izobrazbe:
 - a. srednja
 - b. višja
 - c. visoka strokovna
 - d. univerzitetna
 - e. specializacija po višji oz. visoki strokovni
 - f. specializacija po univerzitetni
 - g. magisterij
 - h. doktorat
 - i. drugo: _____

4. Katero srednjo šolo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več srednješolskih programov.)

5. Katero višjo/visoko/univerzitetno izobrazbo ste pridobili (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več dodiplomskih programov.)

6. Katero specializacijo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več specialističnih programov.)

7. Na katerem delovnem mestu delate:
 - a. srednja medicinska sestra
 - b. srednja medicinska sestra-babica
 - c. zdravstvena tehničarica/zdravstveni tehnik
 - d. višja medicinska sestra/ višji medicinski tehnik
 - e. diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
 - f. diplomirana babica/diplomirani babičar
 - g. profesorica zdravstvene vzgoje/profesor zdravstvene vzgoje
 - h. medicinska sestra – specialistka/zdravstvenik – specialist
 - i. strokovna sodelavka/strokovni sodelavec oz. asistentka/asistent
 - j. visokošolski učitelj/visokošolska učiteljica
 - k. drugo: _____

8. Kakšen je vaš položaj v službi?
- Zaposlitev brez vodstvenega oziroma vodilnega položaja
 - Vodstveni položaj na ravni delovne enote
 - Vodilni položaj na ravni ustanove (na reelekciji)
 - Drugo (prosimo, navedite) _____
9. V kateri instituciji ste zaposleni?
- V bolnišnici/porodnišnici; navedite oddelek: _____
 - V zdravstvenem domu; navedite službo/ambulanto: _____
 - V vladni instituciji; navedite sektor: _____
 - V zasebni ustanovi; navedite vrsto: _____
 - V izobraževalni ustanovi; navedite stopnjo: _____
 - Drugo (prosimo, navedite) _____
10. Napišite, na katerem oddelku oz. službi ste zaposleni (npr. porodni blok, poporodni oddelek, patronažna služba ...):
- _____
11. Napišite, koliko let ste že na tem delovnem mestu: _____

Še enkrat se vam najlepše zahvaljujem za vaš čas, ki ste ga namenili za izpolnjevanje vprašalnika. Vse informacije, ki ste mi jih zaupali, so zame izredno pomembne. Če bi radi dodali še kaj, čemur v vprašalniku nisem namenila dovolj pozornosti, prosim dopišite:

Lepo prosim, da izpolnjen vprašalnik oddate v frankirano in naslovljeno kuverto, ki je bila priložena in ga vrnete najkasneje do _____.

HVALA!

PRILOGA A.2

1. KONCEPT (STARI PROFESIONALIZEM): Znanje

| INDIKATOR | TEORETIČNA SPREMENLJIVKA (TS) | MERJENE SPREMENLJIVKE (MS) | REFERENCE – pregled literature | REFERENCE –študije | MS za BABICE | MS za MED. SESTRE | MS za ZDRAVNIKE |
|---------------|-------------------------------|--|--|--|---|---|---|
| I. Indikator | Izobrazbena raven | Cenjenost višjega nivoja izobrazbe; | <ul style="list-style-type: none"> Abott, 1988; Spencer, 2006; Pehlke-Milde in drugi, 2006 | <ul style="list-style-type: none"> Hampton in Hampton, 2004 | <p>Možnost študija babištva na magistrski in doktorski ravni sta pomembna za status babiškega poklica;</p> <p>Bolj pomembne od teoretičnega znanja so babiške spretnosti;</p> <p>Vse babice bi morale imeti najmanj diploma;</p> <p>Zadovoljna sem s svojim znanjem in spretnostmi, ki jih imam kot babica;</p> | <p>babice bi za svoje delo potrebovale podiplomski študij;</p> <p>Za babištvo so bolj od teorije pomembne spretnosti;</p> <p>Srednja šola za opravljanje babiških storitev popolnoma zadostuje;</p> <p>Babice imajo za svoje delo dovolj znanja;</p> | <p>Babice bi za svoje delo potrebovale podiplomski študij;</p> <p>Za babištvo so bolj od teorije pomembne spretnosti;</p> <p>Srednja šola za opravljanje babiških storitev popolnoma zadostuje;</p> <p>Babice imajo za svoje delo dovolj znanja;</p> |
| II. Indikator | Specifično znanje | Specifično babiško znanje; Vrste znanja, ki so cenjene; | <ul style="list-style-type: none"> Freidson, 1994; Greenwood, 1962; Williams in drugi, 1998 | <ul style="list-style-type: none"> Hampton in Hampton, 2004 | <p>Vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdravstvene nege</p> <p>Kaj je tisti znanje/delo, ki babice loči od medicinskih sester in porodničarjev?;</p> <p>Katere vrste znanja je za babico najpomembnejše (na raziskavah utemeljeno.</p> | <p>Vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdravstvene nege;</p> <p>Kaj je tisti znanje/delo, ki babice loči od medicinskih sester in porodničarjev?;</p> <p>Katere vrste znanja je za babico najpomembnejše (na raziskavah utemeljeno.</p> | <p>Vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdravstvene nege;</p> <p>Kaj je tisti znanje/delo, ki babice loči od medicinskih sester in porodničarjev?;</p> <p>Katere vrste znanja je za babico najpomembnejše (na raziskavah utemeljeno.</p> |

| | | | | | | | |
|----------------|----------------------------|--|---|--|---|---|---|
| | | | | | tradicionalno, intuitivno ..., ZN, porodništvo, sociologija ...)? | tradicionalno, intuitivno ..., ZN, porodništvo, sociologija ...)? | tradicionalno, intuitivno ..., ZN, porodništvo, sociologija ...)? |
| III. Indikator | Spremljanje razvoja stroke | Redno spremljanje stroke; Vseživljenjsko izobraževanje; | <ul style="list-style-type: none"> • MacDonald, 1995; • Watson in drugi, 2002 | <ul style="list-style-type: none"> • Hampton in Hampton, 2000 | <p>Redno berem strokovno literature;</p> <p>Redno se udeležujem babiških konferenc (vsaj enkrat letno);</p> | Babice se dovolj redno doizobražujejo-spremljajo razvoj stroke; | Babice se dovolj redno doizobražujejo-spremljajo razvoj stroke; |

2. KONCEPT (STARI PROFESIONALIZEM): Etika (tudi dejavnost v javno dobro)

| INDIKATOR | TEORETIČNA SPREMENLJIVKA (TS) | MERJENE SPREMENLJIVKE (MS) | REFERENCE –pregled literature | REFERENCE –študije | MS za BABICE | MS za MED. SESTRE | MS za ZDRAVNIKE |
|----------------|-------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|--|--|
| I. Indikator | Kodeks etike | Poznavanje in spoštovanje dokumenta; | <ul style="list-style-type: none"> Abbott, 1988; Moore, 1970; Cullen, 1978 | <ul style="list-style-type: none"> Hampton in Hampton, 2000 | <p>Kako se v babištvu kaznuje neetično ravnanje?;</p> <p>Bojim se samostojnosti zaradi prevzemanja odgovornosti;</p> <p>Moje kolegice slabo spoštujejo kodeks etike;</p> | <p>Kako se v babištvu kaznuje neetično ravnanje?;</p> <p>Babice se bojijo prevzemati odgovornost za svoja dejanja, zato rade ostajajo podrejene porodničarjem;</p> <p>Babice slabo spoštujejo kodeks etike</p> | <p>Kako se v babištvu kaznuje neetično ravnanje?;</p> <p>Babice se bojijo prevzemati odgovornost za svoja dejanja, zato rade ostajajo podrejene porodničarjem;</p> <p>Babice slabo spoštujejo kodeks etike</p> |
| II. Indikator | Odgovornost za lastno delo | Sankcije; Odgovornost; Nadzor; | <ul style="list-style-type: none"> Fay, 1987; Hall, 1968; Evetts, 2003; Yadin, 1988 | <ul style="list-style-type: none"> Hampton in Hampton, 2004 Hampton in Hampton, 2000 | <p>Imam možnost ocenjevati delo svojih kolegov;</p> <p>Nimam velikokrat možnost, da bi se sama odločala glede skrbi za porodnico;</p> <p>Moje odločitve so pod stalnim nadzorom in večkrat se počutim bolj nadzorovano kot bi bilo v resnici potrebno;</p> | <p>Babice same skrbijo za nadzor kakovosti lastnega dela;</p> <p>Babice niso avtonomne –delo babic nadzorujejo porodničarji;</p> <p>Babice niso avtonomne –delo babic nadzorujejo medicinske sestre;</p> | <p>Babice same skrbijo za nadzor kakovosti lastnega dela;</p> <p>Babice niso avtonomne –delo babic nadzorujejo porodničarji;</p> <p>Babice niso avtonomne –delo babic nadzorujejo medicinske sestre;</p> |
| III. Indikator | Vloga babištva v | Nenadomestljivost | <ul style="list-style-type: none"> Freidson, 1988; | <ul style="list-style-type: none"> Hampton in Hampton, 2000 | Babištvo je pomembno za javno | Babištvo je pomembno za javno | Babištvo je pomembno za javno |

| | | | | | | | |
|--|--------|-----------|--|--|--|---|---|
| | družbi | storitev; | <ul style="list-style-type: none"> • Swick, 2001; • Kornelsen in Carty, 2004 | | dobro; Kaj je tisto, kar babištvo lahko ponudi družbi in kar ji ne more dati nobena druga zdravstvena stroka? | dobro; Kaj je tisto, kar babištvo lahko ponudi družbi in kar ji ne more dati nobena druga zdravstvena stroka (npr. zdravstvena nega, porodništvo)? | dobro; Kaj je tisto, kar babištvo lahko ponudi družbi in kar ji ne more dati nobena druga zdravstvena stroka (npr. zdravstvena nega, porodništvo)? |
|--|--------|-----------|--|--|--|---|---|

3. KONCEPT (STARI PROFESIONALIZEM): Moč (tudi avtonomija in pripadnost poklicu oz. profesionalna kultura)

| INDIKATOR | TEORETIČNA SPREMENLJIVKA (TS) | MERJENE SPREMENLJIVKE (MS) | REFERENCE- pregled literature | REFERENCE- študije | MS za BABICE | MS za MED. SESTRE | MS za ZDRAVNIKE |
|---------------|-------------------------------|--|---|--|---|---|---|
| I. Indikator | Profesionalna identiteta | Pripadnost poklicu; Intraprofesionalni odnosi; Prof. vrednote, filozofija in socializacija; | <ul style="list-style-type: none"> Moore, 1970; Ritzer in Walczak, 1986 | <ul style="list-style-type: none"> Hampton in Hampton, 2004 Hampton in Hampton, 2000 | <p>Babiška sekcija ne naredi dosti za nas;</p> <p>Babice smo resnično poklicane za svoj poklic;</p> <p>Najpomembnejše v babištvu je: kakovostno opravljanje dela, profesionalno vedenje, osebna urejenost ...;</p> <p>Se čutite/ identificate kot MS ali B?</p> | <p>Babice v Sloveniji niso dobro organizirane;</p> <p>Babice so nekaj drugega kot medicinske sestre</p> <p>Najpomembnejše v babištvu je: kakovostno opravljanje dela, profesionalno vedenje, osebna urejenost ...;</p> <p>Babice čutijo močno pripadnost svojemu poklicu;</p> | <p>Babice v Sloveniji niso dobro organizirane;</p> <p>Babice so nekaj drugega kot medicinske sestre</p> <p>Najpomembnejše v babištvu je: kakovostno opravljanje dela, profesionalno vedenje, osebna urejenost ...;</p> <p>Babice čutijo močno pripadnost svojemu poklicu;</p> |
| II. Indikator | Samostojna babiška praksa | Lastno področje dela-meje; Vpliv stroke na registracijo, licenciranje; Samostojno vodenje stroke -lastna organizacija, zakon...; | <ul style="list-style-type: none"> Yadin, 1988; Abbott, 1988; Cullen, 1978; Moore, 1970; Williams in drugi, 1998 | <ul style="list-style-type: none"> Hampton in Hampton, 2004 Hampton in Hampton, 2000 | <p>Sama se odločam o strokovnih odločitvah;</p> <p>Težko je ohraniti entuziazem v babištvu, ker le-ta ni dovolj avtonomen;</p> <p>Babice nimamo načina kako vrednotiti kompetentnost kolegov;</p> <p>Pomembno je, da si član babiške sekcije;</p> <p>babice smo</p> | <p>Babicam s katerimi prihajam v stik pustim samostojno delo;</p> <p>Na splošno slovenske babice niso zadosti avtonomne;</p> <p>babice so</p> | <p>Babicam s katerimi prihajam v stik pustim samostojno delo;</p> <p>Na splošno slovenske babice niso zadosti avtonomne;</p> <p>babice so</p> |

| | | | | | | | |
|----------------|--------------------------------------|---|--|--|---|--|--|
| | | | | | <p>kompetentne samostojno voditi ženske v nosečnosti, med porodom in po porodu;</p> <p>Imam možnost vplivanja na vodenje oddelka, kjer delam;</p> <p>Ali obstaja dokument, kjer so natančno opredeljene vaše kompetence v odnosu z ostalimi zdravstvenimi delavci? Kateri?; Nujno bi bilo, da bi imele babice svojo zbornico;</p> | <p>kompetentne samostojno voditi ženske v nosečnosti, med porodom in po porodu;</p> <p>Babice si prisvajajo delo porodničarjev;</p> <p>Babice si prisvajajo področje dela medicinskih sester;</p> <p>Babištvo bi se moralo osvojiti na vseh področjih-v izobraževanju, praksi in v političnem smislu</p> | <p>kompetentne samostojno voditi ženske v nosečnosti, med porodom in po porodu;</p> <p>Babice si prisvajajo delo porodničarjev;</p> <p>Babice si prisvajajo področje dela medicinskih sester;</p> <p>Babištvo bi se moralo osvojiti na vseh področjih-v izobraževanju, praksi in v političnem smislu</p> |
| III. Indikator | Spoštovanje sorodnih strok in družbe | Odnos medicinskih sester in porodničarjev do babic; Družbeni status; | <ul style="list-style-type: none"> Adams, 2003; Raelin, 1986; Moore, 1970 | <ul style="list-style-type: none"> Hampton in Hampton, 2004 Hampton in Hampton, 2000 | <p>Družba ne ceni zadosti babiške vloge;</p> <p>Ostala bi babica četudi bi se moj prihodek znatno zmanjšal;</p> <p>Zadovoljna sem s svojo trenutno plačo;</p> <p>Ponosna sem na to, da sem babica;</p> <p>Zdravniki, medicinske sestre in ostali zdravstveni strokovnjaki se večkrat obrnejo name kot na babico</p> | <p>Družba se zaveda pomena babištva;</p> <p>Na babice se večkrat obrnem po strokovni nasvet;</p> | <p>Družba se zaveda pomena babištva;</p> <p>Na babice se večkrat obrnem po strokovni nasvet;</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>po strokoven nasvet;</p> <p>Občutek imam, da je večina babic s svojim delom nezadovoljna (zaradi slabega plačila, slabih odnosov intra/inter ...);</p> <p>Zadovoljna sem, da delam v babištvu;</p> <p>Dobro se razumem z ostalimi babicami;</p> | <p>Babice spoštujem in se z njimi dobro razumem;</p> <p>Poglavitni problem je nerazumevanje med babicami samimi;</p> | <p>Babice spoštujem in se z njimi dobro razumem;</p> <p>Poglavitni problem je nerazumevanje med babicami samimi;</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

4. KONCEPT (NOVI PROFESIONALIZEM): Reflektivna praksa

| INDIKATOR | TEORETIČNA SPREMENLJIVKA (TS) | MERJENE SPREMENLJIVKE (MS) | REFERENCE – pregled literature | REFERENCE – študije | MS za BABICE | MS za MED. SESTRE | MS za ZDRAVNIKE |
|----------------|---|--|--|--|--|---|---|
| I. Indikator | Sprejemanje odgovornosti za lastno delo (in napake) | Sprejemanje odgovornosti; | <ul style="list-style-type: none"> • Rochester, 1988; • Evetts, 2003; • Yadin, 1988 | | <p>Mislím, da svoje delo samostojno in dobro opravljam;</p> <p>Ker babice nismo popolnoma samostojne odgovornost za napake prevzame zdravnik;</p> <p>Kam bi se obrnila v primeru strokovne napake?</p> | <p>Babice so pri svojem delu podrejene;</p> <p>V primeru zapletov niso pripravljene prevzeti odgovornosti;</p> <p>Babice niso dobro varovane za primere strokovnih napak;</p> | <p>Babice so pri svojem delu podrejene;</p> <p>V primeru zapletov niso pripravljene prevzeti odgovornosti;</p> <p>Babice niso dobro varovane za primere strokovnih napak;</p> |
| II. Indikator | Profesionalni standardi | Kakovost stroke; Razvoj standardov in protokolov dela; Vloga društva pri razvoju stroke; | <ul style="list-style-type: none"> • Rainey, 2004; • Fleming, 1998 | <ul style="list-style-type: none"> • Hampton in Hampton, 2004 | <p>Babice ne podpremo zadosti truda babiške sekcije;</p> <p>Imam dovolj časa, da poskrbim za svoje varovanje;</p> <p>Mislím, da standardi vodijo v rutino, ne pa v izboljšanje kakovosti;</p> | <p>Babice se ne zavedajo dovolj pomena pripadnosti strokovni organizaciji;</p> <p>Standardizacija babiških storitev je ključnega pomena za kakovost;</p> | <p>Babice se ne zavedajo dovolj pomena pripadnosti strokovni organizaciji;</p> <p>Standardizacija babiških storitev je ključnega pomena za kakovost;</p> |
| III. Indikator | Nadzor | Lastna skrb za kakovost dela-samonadzor; Nadzor stroke nad člani; | <ul style="list-style-type: none"> • Evetts, 2003; • Yadin, 1988 | <ul style="list-style-type: none"> • Hampton in Hampton, 2004 | <p>Kar dobro znam presoditi ali druge babice dobro opravljajo svoje delo;</p> <p>Na oddelku kjer delam imamo redne supervizijske sestanke;</p> | <p>Babice nimajo dobro izdelanega sistema za nadzor kakovosti babiških storitev;</p> | <p>Babice nimajo dobro izdelanega sistema za nadzor kakovosti babiških storitev;</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | | | <p>Vedno preverjam kakovost svojega dela: s kolegi, pri pacientih, pri nadrejenih;</p> <p>Babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki;</p> <p>Redno spremljam svoje strokovne dosežke, da ugotovim svojo delavno kakovost;</p> | <p>Kakovost babiških storitev nadzorujejo drugi zdravstveni delavci-porodničarji in medicinske sestre;</p> | <p>Kakovost babiških storitev nadzorujejo drugi zdravstveni delavci-porodničarji in medicinske sestre;</p> |
|--|--|--|--|--|---|--|--|

5. KONCEPT (NOVI PROFESIONALIZEM): Povezovanje z uporabniki

| INDIKATOR | TEORETIČNA SPREMENLJIVKA (TS) | MERJENE SPREMENLJIVKE (MS) | REFERENCE –pregled literature | REFERENCE –študije | MS za BABICE | MS za MED. SESTRE | MS za ZDRAVNIKE |
|---------------|-------------------------------|---|---|--|--|--|--|
| I. Indikator | Žensko osrediščena skrb | Zagovorništvo; Opolnomočenje; Empatija; | <ul style="list-style-type: none"> • Crozier, 2003; • Blix-Lindström in drugi, 2007 | <ul style="list-style-type: none"> • Hampton in Hampton, 2004 | <p>V babištvu so ženske na prvem mestu;</p> <p>Ker babice v skrbi za žensko niso samostojne, težko sledijo željam žensk;</p> <p>Svoje delo prilagajam glede na mnenje žensk za katere skrbim;</p> <p>Če pride do navzkrižja interesov med žensko in zdravnikom, se raje postavim na stran ženske;</p> <p>Svoje delo opravljam na način, da ne prizadenem dostojanstva in integritete ženske za katero skrbim;</p> <p>Poznam načela ženskam prijazne skrbi;</p> <p>Moje kolegice so empatične do žensk;</p> | <p>Babice v ospredje svoje skrbi postavljajo lastne interese, ne interese žensk;</p> <p>Ker babice v skrbi za žensko niso samostojne, težko sledijo željam žensk;</p> <p>Babice so do žensk empatične;</p> | <p>Babice v ospredje svoje skrbi postavljajo lastne interese, ne interese žensk;</p> <p>Ker babice v skrbi za žensko niso samostojne, težko sledijo željam žensk;</p> <p>Babice so do žensk empatične;</p> |
| II. Indikator | Informirana odločitev | Dajanje informacij; Delitev nadzora; | <ul style="list-style-type: none"> • Matthews in drugi, 2006; • Crozier, 2003; | <ul style="list-style-type: none"> • Hampton in Hampton, 2004 | <p>Rada poskrbim za to, da ima ženska vse informacije ter</p> | <p>Babice v odnosu do žensk spoštujejo pravico do</p> | <p>Babice v odnosu do žensk spoštujejo pravico do</p> |

| | | | | | | | |
|----------------|---------------------|----------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Blix-Lindström in drugi, 2007 | | <p>da se sama odloči o posegu;</p> <p>Zadovoljstvo uporabnic babiških storitev mi je najpomembnejša, zato sem pripravljena kršiti tudi doktrino ustanove v kateri delam;</p> | <p>informirane odločitve;</p> <p>Babice žensko postavljajo pred lastne interese in doktrino institucije v kateri delajo;</p> | <p>informirane odločitve;</p> <p>Babice žensko postavljajo pred lastne interese in doktrino institucije v kateri delajo;</p> |
| III. Indikator | Aktivnost uporabnic | Dovoljenje za soodločanje; | <ul style="list-style-type: none"> Kornelsen in Carty, 2004; Crozier, 2003; Blix-Lindström in drugi, 2007 | <ul style="list-style-type: none"> Hampton in Hampton, 2004 | <p>Hitro vidim problem svoje varovanke, različne rešitve in znam hitro izbrati, kar mislim, da je najbolje zanjo;</p> <p>Če želi ženska soodločati, se počutim nadzorovano;</p> <p>Mislim, da so porodni načrti izvrstna zamisel za sodelovanje z žensko;</p> | <p>Babice niso naklonjene temu, da bi ženske soodločale v porodnem procesu;</p> | <p>Babice niso naklonjene temu, da bi ženske soodločale v porodnem procesu;</p> |

6. KONCEPT (NOVI PROFESIONALIZEM): Interdisciplinarno sodelovanje (in intradisciplinarno)

| INDIKATOR | TEORETIČNA SPREMENLJIVKA (TS) | MERJENE SPREMENLJIVKE (MS) | REFERENCE –pregled literature | REFERENCE –študije | MS za BABICE | MS za MED. SESTRE | MS za ZDRAVNIKE |
|----------------|-------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| I. Indikator | Interprof. izobr. | Znanje o vlogah sorodnih strok | <ul style="list-style-type: none"> • Crozier, 2003; • Carpenter, 1995 | | <p>Skupno izobraževanje medicinskih sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu;</p> <p>Porodničarji in medicinske sestre se ne zavedajo pomena babic;</p> | <p>Skupno izobraževanje medicinskih sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu;</p> <p>Kaj je glavno področje dela babic?</p> | <p>Skupno izobraževanje medicinskih sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu;</p> <p>Kaj je glavno področje dela babic?</p> |
| II. Indikator | Hierarhija | Komuniciranje; Odločanje; Nadzor; | <ul style="list-style-type: none"> • Gum, 1999; • Hundley in drugi, 1995; • Kendrick, 1995; • Halliday, 2002 | <ul style="list-style-type: none"> • Hampton in Hampton, 2004 | <p>Pomembno mi je, da lahko delam samostojno;</p> <p>Zdravniki in medicinske sestre bobicam izkazujejo spoštovanje;</p> <p>Imam veliko konfliktov s porodničarji;</p> <p>Lažje sodelujem s porodničarji kot z medicinskimi sestrami;</p> | <p>Babice ne znajo meprofesionalno sodelovati;</p> <p>Porodničarji babic ne spoštujejo;</p> <p>Medicinske sestre babic ne spoštujejo;</p> <p>Imam veliko konfliktov z bobicami;</p> <p>Lažje sodelujem z zdravniki kot z bobicami;</p> | <p>Babice ne znajo meprofesionalno sodelovati;</p> <p>Porodničarji babic ne spoštujejo;</p> <p>Medicinske sestre babic ne spoštujejo;</p> <p>Imam veliko konfliktov z bobicami;</p> <p>Lažje sodelujem z medicinskimi sestrami kot z bobicami;</p> |
| III. Indikator | Medprof. ogrožanje | Meje področja dela; Ogroženost; | <ul style="list-style-type: none"> • Darling in Ogg, 1984; • Glouberman, 2002 | <ul style="list-style-type: none"> • Hampton in Hampton, 2004 | <p>Družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega;</p> <p>Če problema ne znam rešiti, se rada povežem s kolegi</p> | <p>Družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega;</p> <p>Babice rade sodelujejo z medicinskimi</p> | <p>Družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega;</p> <p>Babice rade sodelujejo s porodničarji;</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|---|
| | | | | | <p>drugih strok;</p> <p>Babištvo je enakovredno medicini, fizioterapiji ali zdravstveni negi;</p> <p>Kjer delam, babice in zdravniki sodelujemo;</p> <p>Porodničarji ogrožajo samostojno delo babic;</p> | <p>sestrami;</p> <p>Babištvo je enakovredno medicini, fizioterapiji ali zdravstveni negi;</p> <p>Kjer delam, babice in medicinske sestre sodelujemo;</p> <p>Kjer delam, babice in zdravniki sodelujemo;</p> <p>Babice posegajo na področje zdravstvene nege; Babice preveč posegajo na področje ginekologije in porodništva</p> | <p>Babištvo je enakovredno medicini, fizioterapiji ali zdravstveni negi;</p> <p>Kjer delam, babice in zdravniki sodelujemo;</p> <p>Kjer delam, babice in medicinske sestre sodelujemo;</p> <p>Babice preveč posegajo na področje ginekologije in porodništva; Babice posegajo na področje zdravstvene nege;</p> |
|--|--|--|--|--|--|---|---|

PRILOGA A.3

Struktura vprašalnika za babice

| Zap. št. | Vsebina | Vprašanja | Skupno št. vprašanj | Vir | Vsebina | Metoda |
|----------|------------|-----------|---------------------|---|---|--------------------|
| 1 | Znanje | 1–6 | 6 | <p>Vprašanja 1, 3, 4 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053.</p> <p>Vprašanje 6 prevedeno in prilagojeno po: Hampton, D. L., Hampton, G. M. (2000) Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. Journal of the american academy of nurse practitioners 12(6): 218–25.</p> <p>Vprašnji 2,5 povzeta glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature.</p> | Vprašanja od 1 do 6 preverjajo stališča anketirancev do pomena znanja za stopnjo profesionalizacije stroke babištva: testirajo mnenja o specifičnosti babiškega znanja, pomenu akademske stopnje izobrazbe v babištvu, pomenu razmerja med praktičnimi veščinami in teoretičnimi osnovami ter vseživljenjskega izobraževanja. | Likertova lestvica |
| 2 | Etika | 7–11 | 5 | <p>Vprašanje 1 povzeto glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature.</p> <p>Vprašanje 2, 3, 4, 5 prevedena in prilagojena po: Hampton, D. L., Hampton, G. M. (2000) Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. Journal of the american academy of nurse practitioners 12(6): 218–225.</p> | Vprašanja od 7 do 11 povzemajo mnenja o tem v kakšni meri babice upoštevajo profesionalni kodeks etike v odnosu do uporabnic storitev in kolegov. | Likertova lestvica |
| 3 | Avtonomija | 12–19 | 8 | <p>Vprašanja 1, 3, 5 prevedena in prilagojena po: Hampton, D. L., Hampton, G. M. (2000) Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. Journal of the american academy of nurse practitioners 12(6): 218–225.</p> <p>Vprašanja 2, 4, 6, 8 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research</p> | Vprašanja od 12 do 19 se nanašajo na oceno avtonomije babic v sistemu zdravstvenega varstva: tako s perspektive stroke, kot tudi s perspektive sodelujočih profesij in družbe nasploh. | Likertova lestvica |

| | | | | | | |
|---|--------------------------|-------|---|--|---|--------------------|
| | | | | 57: 1042–1053. Vprašanje 7 povzeto glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature. | | |
| 4 | Sodelovanje z uporabniki | 20–26 | 7 | Vprašanja 1, 4, 6, 7 povzeta glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature. Vprašanja 2, 3, 5 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053. | Vprašanja poskušajo oceniti stanje sodelovanja babic z uporabnicami babiških storitev, predvsem z aspekta žensko osrediščene skrbi, možnosti informirane odločitve ter omogočanja aktivne udeležbe žensk v procesu babiške obravnave. | Likertova lestvica |
| 5 | Medpoklicno sodelovanje | 27–35 | 9 | Vprašanje 1 povzeto glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature. Vprašanja 4, 5, 7 povzeta in prilagojena po: DMSBZTLJ Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2005. Vprašanja 2, 3, 6, 8, 9 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053. | Vprašanja sprašujejo po odnosih s sodelujočimi strokami-zdravstveno nego in porodništvom/ginekologijo, predvsem v smislu medsebojnega spoštovanja, enakovrednosti ter ogrožanja področja dela. | Likertova lestvica |
| 6 | Reflektivna praksa | 36–44 | 9 | Vprašanja 1, 3, 5 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053. Vprašanja 2, 4, 6, 7, 8, 9 povzeta glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature. | Vprašanja poskušajo oceniti stopnjo refleksije babiške prakse, glede na pomembne elemente kot so supervizija, evalvacija kakovosti, standardov in protokolov ter ukrepanje v primeru strokovnih napak. | Likertova lestvica |

Struktura vprašalnika za medicinske sestre

| Zap. št. | Vsebina | Vprašanja | Skupno št. vprašanj | Vir | Vsebina | Metoda |
|----------|------------|-----------|---------------------|--|---|--------------------|
| 1 | Znanje | 1–6 | 6 | <p>Vprašanja 1, 4 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053.</p> <p>Vprašanje 6 prevedeno in prilagojeno po: Hampton, D. L., Hampton, G. M. (2000) Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. Journal of the american academy of nurse practitioners 12(6): 218–225.</p> <p>Vprašanja 2, 3, 5 povzeta glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature.</p> | Vprašanja od 1 do 6 preverjajo stališča anketirancev do pomena znanja za stopnjo profesionalizacije stroke babištva: testirajo mnenja o specifičnosti babiškega znanja, pomenu akademske stopnje izobrazbe v babištvu, pomenu razmerja med praktičnimi veščinami in teoretičnimi osnovami ter vseživljenjskega izobraževanja. | Likertova lestvica |
| 2 | Etika | 7–11 | 5 | <p>Vprašanje 1 povzeto glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature.</p> <p>Vprašanja 2, 3, 4 prevedena in prilagojena po: Hampton, D. L., Hampton, G. M. (2000) Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. Journal of the american academy of nurse practitioners 12(6): 218–225.</p> | Vprašanja od 7 do 11 povzemajo mnenja o tem v kakšni meri babice upoštevajo profesionalni kodeks etike v odnosu do uporabnic storitev in kolegov. | Likertova lestvica |
| 3 | Avtonomija | 12–19 | 8 | <p>Vprašanja 1, 3, 5 prevedena in prilagojena po: Hampton, D. L., Hampton, G. M. (2000) Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. Journal of the american academy of nurse practitioners 12(6): 218–225.</p> <p>Vprašanja 4, 6, 8 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053.</p> <p>Vprašanje 7 povzeto glede na izsledke</p> | Vprašanja od 12 do 19 se nanašajo na oceno avtonomije babic v sistemu zdravstvenega varstva: tako s perspektive stroke, kot tudi s perspektive sodelujočih profesij in družbe nasploh. | Likertova lestvica |

| | | | | | | |
|---|--------------------------|-------|---|--|--|--------------------|
| | | | | pregleda strokovne in znanstvene literature. Vprašanje 2 povzeto in prilagojeno po: DMSBZTLJ Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2005. | | |
| 4 | Sodelovanje z uporabniki | 20–26 | 7 | Vprašanja 1, 4, 5 povzeta glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature. Vprašanja 2, 3 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053. | Vprašanja poskušajo oceniti stanje sodelovanja babic z uporabnicami babiških storitev, predvsem z aspekta žensko osredičene skrbi, možnosti informirane odločitve ter omogočanja aktivne udeležbe žensk v procesu babiške obravnave. | Likertova lestvica |
| 5 | Medpoklicno sodelovanje | 27–35 | 9 | Vprašanje 1 povzeto glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature. Vprašanja 7 povzeta in prilagojena po: DMSBZTLJ Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2005. Vprašanja 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053. | Vprašanja sprašujejo po odnosih s sodelujočimi strokami-zdravstveno nego in porodništvom/ginekologijo, predvsem v smislu medsebojnega spoštovanja, enakovrednosti ter ogrožanja področja dela. | Likertova lestvica |
| 6 | Reflektivna praksa | 36–44 | 9 | Vprašanja 1, 4, 5 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053. Vprašanja 2, 3, 6, 7 povzeta glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature. | Vprašanja poskušajo oceniti stopnjo refleksije babiške prakse, glede na pomembne elemente kot so supervizija, evalvacija kakovosti, standardov in protokolov ter ukrepanje v primeru strokovnih napak. | Likertova lestvica |

Struktura vprašalnika za ginekologe-porodničarje

| Zap. št. | Vsebina | Vprašanja | Skupno št. vprašanj | Vir | Vsebina | Metoda |
|----------|------------|-----------|---------------------|--|---|--------------------|
| 1 | Znanje | 1–6 | 6 | <p>Vprašanja 1, 4 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053.</p> <p>Vprašanje 6 prevedeno in prilagojeno po: Hampton, D. L., Hampton, G. M. (2000) Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. Journal of the american academy of nurse practitioners 12(6): 218–225.</p> <p>Vprašanja 2, 3, 5 povzeta glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature.</p> | Vprašanja od 1 do 6 preverjajo stališča anketirancev do pomena znanja za stopnjo profesionalizacije stroke babištva: testirajo mnenja o specifičnosti babiškega znanja, pomenu akademske stopnje izobrazbe v babištvu, pomenu razmerja med praktičnimi veščinami in teoretičnimi osnovami ter vseživljenjskega izobraževanja. | Likertova lestvica |
| 2 | Etika | 7–11 | 5 | <p>Vprašanje 1 povzeto glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature.</p> <p>Vprašanja 2, 3, 4 prevedena in prilagojena po: Hampton, D. L., Hampton, G. M. (2000) Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. Journal of the american academy of nurse practitioners 12(6): 218–225.</p> | Vprašanja od 7 do 11 povzemajo mnenja o tem v kakšni meri babice upoštevajo profesionalni kodeks etike v odnosu do uporabnic storitev in kolegov. | Likertova lestvica |
| 3 | Avtonomija | 12–19 | 8 | <p>Vprašanja 1, 2, 4 prevedena in prilagojena po: Hampton, D. L., Hampton, G. M. (2000) Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. Journal of the american academy of nurse practitioners 12(6): 218–225.</p> <p>Vprašanja 3, 5, 7 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053.</p> <p>Vprašanje 6 povzeto glede na izsledke</p> | Vprašanja od 12 do 19 se nanašajo na oceno avtonomije babic v sistemu zdravstvenega varstva: tako s perspektive stroke, kot tudi s perspektive sodelujočih profesij in družbe nasploh. | Likertova lestvica |

| | | | | | | |
|---|--------------------------|-------|---|--|--|--------------------|
| | | | | pregleda strokovne in znanstvene literature. | | |
| 4 | Sodelovanje z uporabniki | 20–26 | 7 | Vprašanja 1, 4, 5 povzeta glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature. Vprašanja 2, 3 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053. | Vprašanja poskušajo oceniti stanje sodelovanja babic z uporabnicami babiških storitev, predvsem z aspekta žensko osredičene skrbi, možnosti informirane odločitve ter omogočanja aktivne udeležbe žensk v procesu babiške obravnave. | Likertova lestvica |
| 5 | Medpoklicno sodelovanje | 27–35 | 9 | Vprašanje 1, 4 povzeto glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature. Vprašanja 6, 8 povzeta in prilagojena po: DMSBZTLJ Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2005. Vprašanja 2, 3, 5, 7, 9 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053. | Vprašanja sprašujejo po odnosih s sodelujočimi strokami-zdravstveno nego in porodništvom/ginekologijo, predvsem v smislu medsebojnega spoštovanja, enakovrednosti ter ogrožanja področja dela. | Likertova lestvica |
| 6 | Reflektivna praksa | 36–44 | 9 | Vprašanja 1, 4, 5 prevedena in prilagojena po: Hampton, G. M., Hampton, D. L. (2004) Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals; The case of certified nurse-midwives. Journal of business research 57: 1042–1053. Vprašanja 2, 3, 6, 7 povzeta glede na izsledke pregleda strokovne in znanstvene literature. | Vprašanja poskušajo oceniti stopnjo refleksije babiške prakse, glede na pomembne elemente kot so supervizija, evalvacija kakovosti, standardov in protokolov ter ukrepanje v primeru strokovnih napak. | Likertova lestvica |

PRILOGA A.4

Legenda:

___ Povzeto po raziskavi Hampton in Hampton, 2004

___ Povzeto po raziskavi Hampton in Hampton, 2000

___ Povzeto po raziskavi DMSBZT Ljubljana, 2005

___ Povzeto po strokovni in znanstveni literaturi

___ Odgovori, ki opredeljujejo idealno situacijo profesionalizacije slovenskega babišva

VPRAŠALNIK ZA BABICE



Rudi Skočir, 1998

ANA POLONA MIVŠEK

Rovtarske Žibrše 11b

1373 Rovte

e-mail: polona.mivsek@gmail.com

*V vprašalniku uporabljan izraz babica je mišljen tako za moške kot tudi ženske pripadnike stroke babištva.

I. del: Elementi profesionalizacije babištva v Sloveniji

Začeli bomo z vprašanji o tem, kakšno je stanje slovenskega babištva glede na določene elemente profesionalizacije. (V vsaki vrstici obkrožite odgovor, ki najbolj ustreza vašemu osebnemu mišljenju. 1 pomeni "sploh se ne strinjam", 4 pomeni "popolnoma se strinjam"; čim večje število obkrožite, tem višja je stopnja vašega strinjanja z navedeno trditvijo).

| 1. Specifično ekspertno znanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|---------------------------|---------------------|------------------|----------------------------|
| 1. Vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomo visoke šole. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Praktične spretnosti v babiškem poklicu so bolj pomembne kot teoretično znanje. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Svoje delo strokovno opravljam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Znanje in delo babic je specifično-loči se od porodništva in zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Redno se strokovno izpopolnujem (branje literature, obisk konferenc ipd.). | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 2. Etičnost/delovanje v javno dobro | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|---------------------------|---------------------|------------------|----------------------------|
| 1. Pri opravljanju babiškega poklica želim višjo stopnjo odgovornosti. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Moje kolegice vestno spoštujejo načela babiškega kodeksa etike. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Nimam možnosti, da bi za varovanko naredila vse, kar je mogoče, ker nisem popolnoma samostojna pri svojem delu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Svoje poklicno delo opravljam v skladu s profesionalnim kodeksom etike. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babištvo je izredno pomembno za družbo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 3. Avtonomija in družbena moč | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Sekcija medicinskih sester-babic naredi zadosti za babice. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Imam dovolj vpliva na potek in organizacijo svojega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice smo kompetentne za samostojno spremljanje nosečnic, žensk med porodom, otročnic in dojenčkov. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Vse babice bi morale biti članice Sekcije medicinskih sester-babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Družba ceni delo babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Porodničarji in medicinske sestre se večkrat obrnejo name za strokovni nasvet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Ponosna sem na to, da sem babica. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 4. Povezovanje z uporabniki | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Večkrat ne morem ustreči željam žensk, ker pri strokovnih odločitvah nisem samostojna. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Če pride do navzkrižja interesov med žensko in porodničarjem, se vedno postavim na stran ženske. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Vedno poskrbim, da ima ženska vse informacije ter se sama odloči o posegu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Zadovoljstvo uporabnic mi je pomembnejše od doktrine ustanove, v kateri delam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Hitro vidim problem svoje varovanke in možne rešitve ter izberem najboljšo možnost zanjo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Porodni načrti so izvrstna zamisel za sodelovanje s porodicami. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Če želi ženska soodločati v lastni babiški obravnavi, se počutim nadzorovano. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 5. Medpoklicno sodelovanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|------------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Čutim, da me medicinske sestre poklicno spoštujejo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Čutim, da me porodničarji poklicno spoštujejo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. V odnosih s porodničarji sem samozavestna. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Z drugimi babicami sem v enakovrednem odnosu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Mislim, da porodničarji ogrožajo samostojno delo babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Dobro ločim poklicne vloge babice, medicinske sestre in porodničarja. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Medicinske sestre ogrožajo področje dela babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Kjer delam, babice in porodničarji dobro sodelujemo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 6. Reflektivna praksa | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|------------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Preko Sekcije medicinskih sester-babic lahko vplivam na politične odločitve v zvezi z babištvom. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Standardi in protokoli prakse vodijo stroko v rutino. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Dobro znam presoditi, ali kolegice opravljajo svoje delo strokovno. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Kjer delam, imamo redne supervizijske sestanke. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki; same babice nimamo metod za ocenjevanje kakovosti lastnega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Za primer strokovne napake smo babice slabo zavarovane. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Vedno v pogovoru preverjam kakovost svojega dela pri varovancih/pacientih. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Vedno preverjam kakovost svojega dela pri nadrejenih. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Vedno preverjam kakovost svojega dela pri kolegicah. | 1 | 2 | 3 | 4 |

II. del: Demografski podatki

Sledi še nekaj vprašanj o vas, ki so pomembna za interpretacijo zgornjih trditev. (Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom oz. izpolnite vprašanje v skladu z navodili. Če vprašanje dopušča več možnih odgovorov, je to nakazano.)

1. Spol:
 - a. ženski
 - b. moški

2. Letnica rojstva: _____

3. Najvišja stopnja dokončane izobrazbe:
 - a. srednja
 - b. višja
 - c. visoka strokovna
 - d. univerzitetna
 - e. specializacija po višji oz. visoki strokovni
 - f. specializacija po univerzitetni
 - g. magisterij
 - h. doktorat
 - i. drugo: _____

4. Katero srednjo šolo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več srednješolskih programov.)

5. Katero višjo/visoko/univerzitetno izobrazbo ste pridobili (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več dodiplomskih programov.)

6. Katero specializacijo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več specialističnih programov.)

7. Na katerem delovnem mestu delate:
 - a. srednja medicinska sestra
 - b. srednja medicinska sestra-babica
 - c. zdravstvena tehničarka/zdravstveni tehnik
 - d. višja medicinska sestra/ višji medicinski tehnik
 - e. diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
 - f. diplomirana babica/diplomirani babičar
 - g. profesorica zdravstvene vzgoje/profesor zdravstvene vzgoje
 - h. medicinska sestra – specialistka/zdravstvenik – specialist
 - i. strokovna sodelavka/strokovni sodelavec oz. asistentka/asistent
 - j. visokošolski učitelj
 - k. drugo: _____

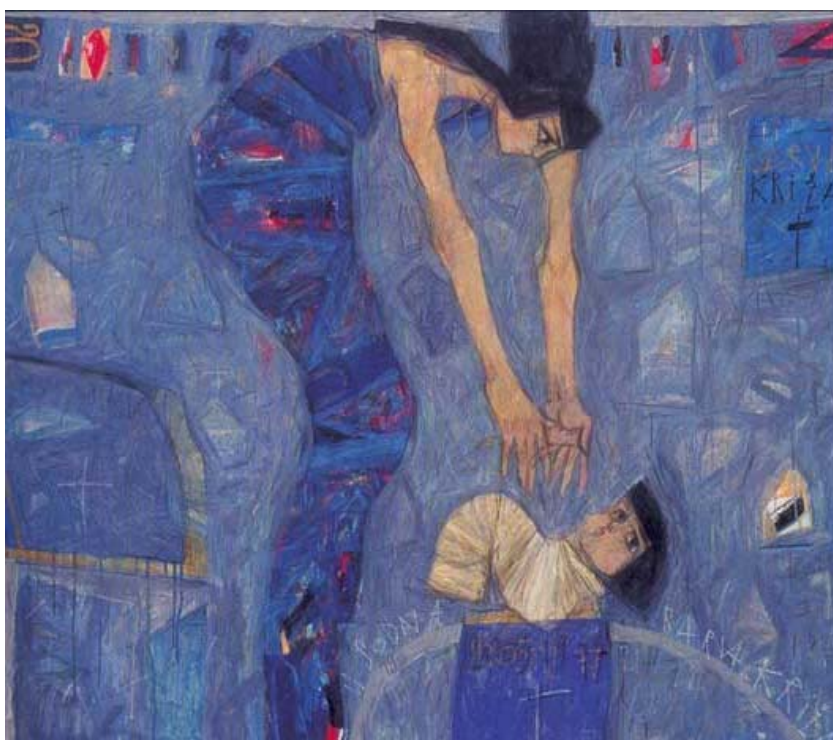
8. Kakšen je vaš položaj v službi?
- Zaposlitev brez vodstvenega oziroma vodilnega položaja
 - Vodstveni položaj na ravni delovne enote
 - Vodilni položaj na ravni ustanove (na reelekciji)
 - Drugo (prosimo, navedite) _____
9. V kateri instituciji ste zaposleni?
- V bolnišnici/porodnišnici; navedite oddelek: _____
 - V zdravstvenem domu; navedite službo/ambulanto: _____
 - V vladni instituciji; navedite sektor: _____
 - V zasebni ustanovi; navedite vrsto: _____
 - V izobraževalni ustanovi; navedite stopnjo: _____
 - Drugo (prosimo, navedite) _____
10. Napišite, na katerem oddelku oz. službi ste zaposleni (npr. porodni blok, poporodni oddelek, patronažna služba ...):
- _____
11. Napišite, koliko let ste že na tem delovnem mestu: _____

Še enkrat se vam najlepše zahvaljujem za vaš čas, ki ste ga namenili za izpolnjevanje vprašalnika. Vse informacije, ki ste mi jih zaupali, so zame izredno pomembne. Če bi radi dodali še kaj, čemur v vprašalniku nisem namenila dovolj pozornosti, prosim dopišite:

Lepo prosim, da izpolnjen vprašalnik oddate v frankirano in naslovljeno kuverto, ki je bila priložena in ga **vrnete najkasneje do _____.**

HVALA!

VPRAŠALNIK ZA MEDICINSKE SESTRE



Rudi Skočir, 1998

ANA POLONA MIVŠEK

Rovtarske Žibrše 11b

1373 Rovte

e-mail: polona.mivsek@gmail.com

*V vprašalniku uporabljan izraz medicinska sestra je mišljen tako za moške kot tudi ženske pripadnike stroke zdravstvene nege.

I. del: Elementi profesionalizacije babištva v Sloveniji

Začeli bomo z vprašanji o tem, kakšno je stanje slovenskega babištva glede na določene elemente profesionalizacije. (V vsaki vrstici obkrožite odgovor, ki najbolj ustreza vašemu osebnemu mišljenju. 1 pomeni "sploh se ne strinjam", 4 pomeni "popolnoma se strinjam"; čim večje število obkrožite, tem višja je stopnja vašega strinjanja z navedeno trditvijo).

| 1. Specifično ekspertno znanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|---------------------------|---------------------|------------------|----------------------------|
| 1. Vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Praktične spretnosti v babiškem poklicu so bolj pomembne kot teoretično znanje. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice so porodniške medicinske sestre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Znanje in delo babic je specifično-loči se od porodništva in zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Babice se redno strokovno izpopolnjujejo (branje literature, obisk konferenc ipd.). | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 2. Etičnost/delovanje v javno dobro | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|---------------------------|---------------------|------------------|----------------------------|
| 1. Babice si pri opravljanju babiškega poklica želijo višjo stopnjo odgovornosti. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Babice vestno spoštujejo načela babiškega kodeksa etike. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice so avtonomne pri opravljanju svojega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babištvo je izredno pomembno za družbo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 3. Avtonomija in družbena moč | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Sekcija medicinskih sester-babic dobro zastopa babice. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. V odnosu do babic se kot medicinska sestra počutim enakovredno. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice so kompetentne za samostojno spremljanje nosečnic, žensk med porodom, otročnic in dojenčkov. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babice se ne zavedajo dovolj pomena članstva v Sekciji medicinskih sester-babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Družba ceni delo babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Babice spoštujem; nanje se večkrat obrnem po strokovni nasvet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Babice čutijo močno pripadnost svojemu poklicu in strokovni sredini. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 4. Povezovanje z uporabniki | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Babice večkrat ne morejo ustreči željam žensk, ker pri strokovnih odločitvah niso samostojne. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Če pride do navzkrižja interesov med žensko in porodničarjem, se babice postavijo na stran ženske. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice vedno poskrbijo, da ženska sprejme informirano odločitev o posegih, ki bodo sledili. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babicam je zadovoljstvo uporabnic pomembnejše od doktrine ustanove, v kateri delajo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babice ženskam ne dovolijo soodločati o njihovi babiški obravnavi. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 5. Medpoklicno sodelovanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|------------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Medicinske sestre poklicno spoštujemo babice. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Porodničarji babic poklicno ne spoštujejo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Bolje sodelujem z babicami kot z zdravniki. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Poglavitni problem pri uveljavljanju babic je nerazumevanje med babicami samimi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Porodničarji ogrožajo samostojno delo babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Dobro ločim poklicne vloge babice, medicinske sestre in porodničarja. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Babice ogrožajo področje dela medicinskih sester. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Kjer delam, babice in medicinske sestre dobro sodelujemo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 6. Reflektivna praksa | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|------------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Babice so dobro povezane preko Sekcije medicinskih sester-babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Standardi in protokoli babiške prakse vodijo stroko v rutino. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice svoje poklicno delo opravljajo strokovno. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babice redno skrbijo za nadzor kakovosti lastnega strokovnega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki; same babice nimajo metod za ocenjevanje kakovosti lastnega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Za primer strokovne napake so babice slabo zavarovane. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. V primeru strokovne napake babice ne prevzamejo potrebne odgovornosti. | 1 | 2 | 3 | 4 |

II. del: Demografski podatki

Sledi še nekaj vprašanj o vas, ki so pomembna za interpretacijo zgornjih trditev. (Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom oz. izpolnite vprašanje v skladu z navodili. Če vprašanje dopušča več možnih odgovorov, je to nakazano.)

1. Spol:
 - a. Ženski
 - b. moški

2. Letnica rojstva: _____

3. Najvišja stopnja dokončane izobrazbe:
 - a. srednja
 - b. višja
 - c. visoka strokovna
 - d. univerzitetna
 - e. specializacija po višji oz. visoki strokovni
 - f. specializacija po univerzitetni
 - g. magisterij
 - h. doktorat
 - i. drugo: _____

4. Katero srednjo šolo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več srednješolskih programov.)

5. Katero višjo/visoko/univerzitetno izobrazbo ste pridobili (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več dodiplomskih programov.)

6. Katero specializacijo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več specialističnih programov.)

7. Na katerem delovnem mestu delate:
 - a. srednja medicinska sestra
 - b. srednja medicinska sestra-babica
 - c. zdravstvena tehničarica/zdravstveni tehnik
 - d. višja medicinska sestra/ višji medicinski tehnik
 - e. diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
 - f. diplomirana babica/diplomirani babičar
 - g. profesorica zdravstvene vzgoje/profesor zdravstvene vzgoje
 - h. medicinska sestra – specialistka/zdravstvenik – specialist
 - i. strokovna sodelavka/strokovni sodelavec oz. asistentka/asistent
 - j. visokošolski učitelj/visokošolska učiteljica
 - k. drugo: _____

8. Kakšen je vaš položaj v službi?
- Zaposlitev brez vodstvenega oziroma vodilnega položaja
 - Vodstveni položaj na ravni delovne enote
 - Vodilni položaj na ravni ustanove (na reelekciji)
 - Drugo (prosimo, navedite) _____
9. V kateri instituciji ste zaposleni?
- V bolnišnici/porodnišnici; navedite oddelek: _____
 - V zdravstvenem domu; navedite službo/ambulanto: _____
 - V vladni instituciji; navedite sektor: _____
 - V zasebni ustanovi; navedite vrsto: _____
 - V izobraževalni ustanovi; navedite stopnjo: _____
 - Drugo (prosimo, navedite) _____
10. Napišite, na katerem oddelku oz. službi ste zaposleni (npr. porodni blok, poporodni oddelek, patronažna služba ...):
- _____
11. Napišite, koliko let ste že na tem delovnem mestu: _____

Še enkrat se vam najlepše zahvaljujem za vaš čas, ki ste ga namenili za izpolnjevanje vprašalnika. Vse informacije, ki ste mi jih zaupali, so zame izredno pomembne. Če bi radi dodali še kaj, čemur v vprašalniku nisem namenila dovolj pozornosti, prosim dopišite:

Lepo prosim, da izpolnjen vprašalnik oddate v frankirano in naslovljeno kuverto, ki je bila priložena in ga **vrnete najkasneje do** _____.

HVALA!

VPRAŠALNIK ZA GINEKOLOGE–PORODNIČARJE



Rudi Skočir, 1998

ANA POLONA MIVŠEK

Rovtarske Žibrše 11b

1373 Rovte

e-mail: polona.mivsek@gmail.com

*V vprašalniku uporabljan izraz porodničar je mišljen tako za doktorje in doktorice medicine-specialiste oz. specialiste porodništva in ginekologije.

a. del: Elementi profesionalizacije babištva v Sloveniji

Začeli bomo z vprašanji o tem, kakšno je stanje slovenskega babištva glede na določene elemente profesionalizacije. (V vsaki vrstici obkrožite odgovor, ki najbolj ustreza vašemu osebnemu mišljenju. 1 pomeni "sploh se ne strinjam", 4 pomeni "popolnoma se strinjam"; čim večje število obkrožite, tem višja je stopnja vašega strinjanja z navedeno trditvijo).

| 1. Specifično ekspertno znanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|---------------------------|---------------------|------------------|----------------------------|
| 1. Vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Praktične spretnosti v babiškem poklicu so bolj pomembne kot teoretično znanje. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice so porodniške medicinske sestre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Znanje in delo babic je specifično-loči se od porodništva in zdr. nege. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Babice se redno strokovno izpopolnjujejo (branje literature, obisk konferenc ipd.). | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 2. Etičnost/delovanje v javno dobro | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|---------------------------|---------------------|------------------|----------------------------|
| 1. Babice si pri opravljanju babiškega poklica želijo višjo stopnjo odgovornosti. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Babice vestno spoštujejo načela babiškega kodeksa etike. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice so avtonomne pri opravljanju svojega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babištvo je izredno pomembno za družbo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 3. Avtonomija in družbena moč | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Sekcija medicinskih sester-babic dobro zastopa babice. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Babice so kompetentne za samostojno spremljanje nosečnic, žensk med porodom, otročnic in dojenčkov. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice se ne zavedajo dovolj pomena članstva v Sekciji medicinskih sester-babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Družba ceni delo babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babice spoštujem; nanje se večkrat obrnem po strokovni nasvet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Babice čutijo močno pripadnost svojemu poklicu in strokovni sredini. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 4. Povezovanje z uporabniki | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Babice večkrat ne morejo ustreči željam žensk, ker pri strokovnih odločitvah niso samostojne. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Če pride do navzkrižja interesov med žensko in menoj, se babice postavijo na stran ženske. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice vedno poskrbijo, da ženska sprejme informirano odločitev o posegih, ki bodo sledili. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babicam je zadovoljstvo uporabnic pomembnejše od doktrine ustanove, v kateri delajo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babice ženskam ne dovolijo soodločati o njihovi babiški obravnavi. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 5. Medpoklicno sodelovanje | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|--|------------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev, bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Porodničarji babice poklicno spoštujemo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Medicinske sestre babic poklicno ne spoštujejo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Poglavitni problem pri uveljavljanju družbene moči babic je nerazumevanje med babicami samimi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Mislim, da medicinske sestre ogrožajo samostojno področje dela babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Dobro ločim poklicne vloge babice, medicinske sestre in porodničarja. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Babice ogrožajo področje dela porodničarjev. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Babice so mi poklicno enakovredne. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Kjer delam, babice in porodničarji dobro sodelujemo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 6. Reflektivna praksa | 1 Sploh se ne strinjam | 2 Ne strinjam se | 3 Strinjam se | 4 Popolnoma se strinjam |
|---|------------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Babice so dobro povezane preko Sekcije medicinskih sester-babic. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Standardi in protokoli babiške prakse vodijo stroko v rutino. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Babice svoje poklicno strokovno opravljajo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Babice redno skrbijo za nadzor kakovosti lastnega strokovnega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki; same babice nimajo metod za ocenjevanje kakovosti lastnega dela. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Za primer strokovne napake so babice slabo zavarovane. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. V primeru strokovne napake babice ne prevzamejo potrebne odgovornosti. | 1 | 2 | 3 | 4 |

II. del: Demografski podatki

Sledi še nekaj vprašanj o vas, ki so pomembna za interpretacijo zgornjih trditev. (Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom oz. izpolnite vprašanje v skladu z navodili. Če vprašanje dopušča več možnih odgovorov, je to nakazano.)

1. Spol:
 - a. ženski
 - b. moški

2. Letnica rojstva: _____

3. Najvišja stopnja dokončane izobrazbe:
 - a. univerzitetna
 - b. specializacija po univerzitetni
 - c. magisterij
 - d. doktorat

4. Katero srednjo šolo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več srednješolskih programov.)

5. Katero višjo/visoko/univerzitetno izobrazbo ste pridobili (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več dodiplomskih programov.)

6. Katero specializacijo ste dokončali (smer):

(Odgovorite vsi. Možnih je več odgovorov, če ste končali več specialističnih programov.)

7. Na katerem delovnem mestu delate:
 - a. doktorica medicine/doktor medicine
 - b. doktorica medicine – specialistka/doktor medicine – specialist
 - c. visokošolski učitelj
 - d. drugo: _____

8. Kakšen je vaš položaj v službi?
 - a. Zaposlitev brez vodstvenega oziroma vodilnega položaja
 - b. Vodstveni položaj na ravni delovne enote
 - c. Vodilni položaj na ravni ustanove (na reelekciji)
 - d. Drugo (prosimo, navedite) _____

9. V kateri instituciji ste zaposleni?
- a. V bolnišnici/porodnišnici; navedite oddelek: _____
 - b. V zdravstvenem domu; navedite službo/ambulanto: _____
 - c. V vladni instituciji; navedite sektor: _____
 - d. V zasebni ustanovi; navedite vrsto: _____
 - e. V izobraževalni ustanovi; navedite stopnjo: _____
 - f. Drugo (prosim, navedite) _____
10. Napišite, na katerem oddelku oz. službi ste zaposleni (npr. porodni blok, poporodni oddelek, patronažna služba ...):

11. Napišite, koliko let ste že na tem delovnem mestu: _____

Še enkrat se vam najlepše zahvaljujem za vaš čas, ki ste ga namenili za izpolnjevanje vprašalnika. Vse informacije, ki ste mi jih zaupali, so zame izredno pomembne. Če bi radi dodali še kaj, čemur v vprašalniku nisem namenila dovolj pozornosti, prosim dopišite:

Lepo prosim, da izpolnjen vprašalnik oddate v frankirano in naslovljeno kuverto, ki je bila priložena in ga vrnete najkasneje do _____.

HVALA!

PRILOGA B

| | | | | | | |
|--------------------------|---|---|----|---|---|------------|
| | GROSUPLJE DOMŽALE HRASTNIK KAMNIK KOČEVJE LITIJA IVANČNA GORICA LOGATEC MEDVODE LJUBLJANA RIBNICA ZAGORJE OB SAVI TRBOVLJE IDRIJA VRHNIKA | | | VRHNIKA IDRIJA KAMNIK KOČEVJE LOGATEC LJUBLJANA CERKNICA GROSUPLJE LITIJA TRBOVLJE DOMŽALE RIBNICA IVANČNA GORICA MEDVODE ZAGORJE OB SAVI | / 5 / / 8 18 (11 Šiška, 7 Šentvid, 0 center, 0 Bežigr., 0 Vič, 0 Moste) Nimajo zaposlenih babic 4 10 / / / Nimajo zaposlenih babic 4 / Nimajo zaposlenih babic | |
| Maribor | MARIBOR LENART SLOVENSKA BISTRICA PTUJ ORMOŽ | 5 | 2 | MARIBOR LENART SLOVENSKA BISTRICA ORMOŽ PTUJ | 30 / / 3 / / | 33 |
| Murska Sobota | GORNJA RADGONA LENDAVA LJUTOMER MURSKA SOBOTA | 4 | 2 | LJUTOMER GORNJA RADGONA LENDAVA MURSKA SOBOTA | Nimajo zaposlenih babic 5 / 15 | 20 |
| Nova Gorica | AJDOVŠČINA TOLMIN ŠEMPETER PRI GORICI NOVA GORICA | 4 | 2 | ŠEMPETER PRI GORICI AJDOVŠČINA TOLMIN NOVA GORICA | 1 / 20 Nimajo zaposlenih babic | 21 |
| Novo mesto | NOVO MESTO METLIKA TREBNJE ČRNO MELJ | 4 | 2 | NOVO MESTO METLIKA TREBNJE ČRNO MELJ | 6 4 / Nimajo zaposlenih babic | 10 |
| Ravne na Koroškem | DRAVOGRAD RADLJE OB DRAVI RAVNE NA KOROŠKEM SLOVENJ GRADEC MOZIRJE VELENJE | 6 | 2* | RADLJE OB DRAVI DRAVOGRAD MOZIRJE RAVNE NA KOROŠKEM SLOVENJ GRADEC VELENJE | 7 / / 5 8 30 | 50 |
| SKUPAJ | | | | | | 259 |

*Kljub temu da je bilo predvideno sodelovanje samo dveh enot, so se javile štiri – sodelovanje smo sprejeli.

Porodnišnice v Sloveniji

| ZDRAVSTVENE STATISTIČNE REGIJE | POIMENSKO ZD PO REGIJAH | ŠTEVILO VSEH ZD PO REGIJAH | ŠTEVILO ANKETIRANIH ZD PO REGIJAH | SEZNAM ANKETIRANIH ZD PO REGIJAH | ŠTEVILO RAZDELJENIH VPRAŠALNIKOV PO ZD | ŠTEVILO RAZDELJENIH VPRAŠALNIKOV PO REGIJAH |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|---|
| Celje | CELJE | 1 | 1 | CELJE | 15 | 15 |
| Koper | IZOLA | 2 | 1 | IZOLA | 20 | 50 |
| | POSTOJNA | | | POSTOJNA | 30 | |
| Kranj | KRANJ | 2 | 1 | KRANJ | 50 | 61 |
| | JESENICE | | | JESENICE | 11 | |
| Krško | BREŽICE | 1 | 1 | BREŽICE | 6 | 6 |
| Ljubljana | LJUBLJANA | 2 | 1 | LJUBLJANA | 126 | 141 |
| | TRBOVLJE | | | TRBOVLJE | 15 | |
| Maribor | MARIBOR | 2 | 1 | MARIBOR | 50 | 75 |
| | PTUJ | | | PTUJ | 25 | |
| Murska Sobota | MURSKA SOBOTA | 1 | 1 | MURSKA SOBOTA | 10 | 10 |
| Nova Gorica | ŠEMPETER PRI GORICI | 1 | 1 | ŠEMPETER PRI GORICI | 6 | 6 |
| Novo mesto | NOVO MESTO | 1 | 1 | NOVO MESTO | 20 | 20 |
| Ravne na Koroškem | SLOVENJ GRADEC | 1 | 1 | SLOVENJ GRADEC | 23 | 23 |
| SKUPAJ | | | | | | 407 |

PRILOGA C.1

ANA POLONA MIVŠEK

Rovtarske Žibrše 11b

1373 Rovte

e-mail: polona.mivsek@zf.uni-lj.si



Rudi Skočir

Spoštovani!

Maja 2008 sem se na vas obrnila s prošnjo za sodelovanje v anketi »**BABIŠTVO V SLOVENIJI**«, ki proučuje stopnjo profesionalizacije slovenskega babištva.

V kolikor ste mi vprašalnik že izpolnili in poslali, se vam še enkrat najlepše zahvaljujem. V nasprotnem primeru vas lepo prosim, če vprašalnik izpolnete in mi ga pošljete na zgornji naslov – rok za oddajo je podaljšan do **1. 12. 2008**. Vaše mnenje in izkušnje so zame izjemno dragocene in za uspeh raziskave nepogrešljive.

Če vprašalnika nimate več, ga lahko najdete na spletni strani: http://www.zf.uni-lj.si/vsebina/si/babistvo/raziskovalna_dejavnost_oddelka_za_babistvo_03/

Že vnaprej se vam najlepše zahvaljujem in vas lepo pozdravljam,

Ana Polona Mivšek

PRILOGA C.2

Mag. Ana Polona Mivšek, dipl. bab.,
viš. predavatelj za področje babištva
Žibrše 11b
1373 Rovte
Tel.: 040 652 550
Mail: polona.mivsek@vsz.uni-lj.si

Žibrše, 1. 11. 2008

ZADEVA: Prošnja za pomoč pri distribuciji doktorskih vprašalnikov

Spoštovani!

Ana Polona Mivšek, zaposlena na Oddelku za babištvo Visoke šole za zdravstvo, v sklopu svoje doktorske naloge proučujem proces profesionalizacije babištva v Sloveniji.

Glede na elemente profesionalizma, ki jih navajajo tuje študije in znanstvena literatura, sem izdelala vprašalnik, ki proučuje trenutno stanje slovenskega babištva po parametrih profesionalizacije. Vprašalnik je prirejen za tri anketirane skupine – babice, medicinske sestre in zdravnike, specialiste ginekologije in porodništva. Vse te profesije imajo pomembno vlogo pri razvoju stroke babištva.

Na vas se zato obračam za dovoljenje, da MEDICINSKIM SESTRAM (ne glede na stopnjo izobrazbe), ki so zaposlene v vaši instituciji in pri svojem delu sodelujejo z babicami, v izpolnjevanje pošljem omenjeni vprašalnik. Glede načina distribucije se bom prilagodila vašim predlogom in zahtevam.

Za raziskavo sem pridobila pozitivno mnenje Zbornice zdravstvene in babiške nege ter Častnega razsodišča Zbornice – Zveze, ki je presodilo o etičnosti omenjene študije. Od Zbornice – Zveze sem tudi že pridobila naslove babic, katerim sem vprašalnike poslala na dom. Naslove medicinskih sester sem sprva prav tako nameravala pridobiti iz Registra medicinskih sester Zbornice – Zveze. Ker pa omenjeni register ne vsebuje podatkov o tem, kje so člani zaposleni, za mojo študijo pa je ključnega pomena, da anketirane medicinske sestre sodelujejo z babicami, so mi na Zbornici – Zvezi svetovali, naj se obrnem direktno na glavne medicinske sestre relevantnih institucij.

Naj poudarim, da bom pridobljene podatke uporabila izključno v namen doktorske študije in da bom z informacijami ravnala odgovorno ter v skladu s principi raziskovalne etike.

Lepo bi vas prosila, če mi vašo odločitev čim prej sporočite na zgoraj navedeni kontakt.

Hvala in lep pozdrav,

Ana Polona Mivšek

PRILOGA Č

| | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI- PORODNIČARJI | |
|----------------|--------|------|----------------------|------|-----------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Spol | | | | | | |
| Moški | 2 | 1,6 | 5 | 1,4 | 43 | 42,6 |
| Ženski | 125 | 98,4 | 345 | 98,6 | 58 | 57,4 |
| Starost | | | | | | |
| 20–30 | 37 | 30,8 | 62 | 19 | 2 | 2,2 |
| 31–40 | 27 | 22,5 | 77 | 23,5 | 22 | 24,2 |
| 41–50 | 32 | 26,7 | 132 | 40,4 | 25 | 27,5 |
| 51–60 | 24 | 20 | 56 | 17,1 | 26 | 28,6 |
| 61–70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 11 |
| 70 ali več | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 6,6 |

| | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI- PORODNIČARJI | |
|------------------------------------|--------|------|----------------------|------|-----------------------------|------|
| | | | | | | |
| Izobrazba | | | | | | |
| Srednja | 52 | 40,9 | 152 | 44,2 | 0 | 0 |
| Višja | 5 | 3,9 | 41 | 11,9 | 0 | 0 |
| Visoka | 67 | 52,8 | 132 | 38,4 | 0 | 0 |
| Univerzitetna | 1 | 0,8 | 12 | 3,5 | 0 | 0 |
| Specializacija po visoki st. | 1 | 0,8 | 4 | 1,2 | 0 | 0 |
| Specializacija po univerzitet. st. | 0 | 0 | 1 | 0,3 | 66 | 65,3 |
| Magisterij | 1 | 0,8 | 2 | 0,6 | 24 | 23,8 |
| Doktorat | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 10,9 |
| Srednja šola | | | | | | |
| Srednja zdravstvena šola | 47 | 37,3 | 258 | 75,4 | 6 | 6,1 |
| Gimnazija | 6 | 4,8 | 29 | 8,5 | 92 | 92,9 |
| Srednja babiška šola | 62 | 49,2 | 50 | 14,6 | 0 | 0 |
| Sr. zdr. šola; smer zobotehnik | 2 | 1,6 | 1 | 0,3 | 0 | 0 |
| Srednja vzgojiteljska šola | 2 | 1,6 | 3 | 0,9 | 1 | 1 |
| Srednja biotehnična šola | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Srednja strojna šola | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Srednja šola za tekstil. | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Srednja administrativna šola | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Srednja ekonomska šola | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Srednja šola za kozmet. | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Srednja upravna šola | 0 | 0 | 1 | 0,3 | 0 | 0 |

| | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI- PORODNIČARJI | |
|---|--------|-----|----------------------|------|-----------------------------|-----|
| | | | | | | |
| Dodiplomska šola | | | | | | |
| Višja zdr. šola; smer zdr. nega | 5 | 6,7 | 46 | 24 | 0 | 0 |
| Visoka zdr. šola; smer zdr. nega | 4 | 5,3 | 125 | 65,1 | 0 | 0 |
| Visoka zdr. šola; smer babištvo | 66 | 88 | 21 | 10,9 | 0 | 0 |
| Medicina | 0 | 0 | 0 | 0 | 103 | 100 |
| Dodiplomska šola* | | | | | | |
| Višja zdr. šola; smer zdr. nega | 0 | 0 | 1 | 6,7 | 0 | 0 |
| Visoka zdr. šola; smer zdr.nega | 1 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Biotehniška fakulteta | 1 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Organizacija dela | 1 | 20 | 9 | 60 | 0 | 0 |
| Pedagogika | 1 | 20 | 3 | 20 | 0 | 0 |
| Delovna terapija | 1 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Defektologija | 0 | 0 | 1 | 6,7 | 0 | 0 |
| Sociologija | 0 | 0 | 1 | 6,7 | 0 | 0 |
| Specializacije po visoki st. | | | | | | |
| Por.-gin. zdr. nega | 0 | 0 | 1 | 6,7 | 0 | 0 |
| Patronažna zdr.nega | 0 | 0 | 3 | 20 | 0 | 0 |
| Operacijska zdr. nega | 1 | 50 | 2 | 13,3 | 0 | 0 |
| Enterostomalna terapija | 1 | 50 | 2 | 13,3 | 0 | 0 |
| Zdr. nega v med. dela prometa in športa | 0 | 0 | 2 | 13,3 | 0 | 0 |
| Anestezijska zdr. nega | 0 | 0 | 1 | 6,7 | 0 | 0 |
| Inštrumentarka | 0 | 0 | 1 | 6,7 | 0 | 0 |
| Preprečevanje bolniš. okužb | 0 | 0 | 2 | 13,3 | 0 | 0 |
| Supervizija | 0 | 0 | 1 | 6,7 | 0 | 0 |

| | 9 | | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI- PORODNIČARJI | |
|---|-----|------|--------|------|----------------------|------|-----------------------------|--|
| Specializacije po univerzit. st. | | | | | | | | |
| Medicina – por. in gin. | 0 | 0 | 0 | 0 | 103 | 100 | | |
| Delovno mesto | | | | | | | | |
| Srednja med. sestra | 4 | 3,3 | 85 | 25,5 | 0 | 0 | | |
| Srednja medicinska sestra-babica | 44 | 36,3 | 9 | 2,7 | 0 | 0 | | |
| Zdr. tehnik | 0 | 0 | 51 | 15,3 | 0 | 0 | | |
| Višja med. sestra | 4 | 3,3 | 37 | 11,1 | 0 | 0 | | |
| Dipl. med. sestra | 10 | 8,2 | 119 | 35,7 | 0 | 0 | | |
| Diplomirana babica | 58 | 47,5 | 16 | 4,8 | 0 | 0 | | |
| Profesor zdravstvene vzgoje | 0 | 0 | 1 | 0,3 | 0 | 0 | | |
| Medicinska sestra – specialistka | 0 | 0 | 5 | 1,5 | 0 | 0 | | |
| Strokovni sodelavec ali asistent | 2 | 1,6 | 2 | 0,6 | 0 | 0 | | |
| Visokošolski učitelj | 0 | 0 | 6 | 1,8 | 1 | 1 | | |
| Doktor med. – spec. por. in gin. | 0 | 0 | 0 | 0 | 102 | 99 | | |
| Drugo | 0 | 0 | 2 | 0,6 | 0 | 0 | | |
| Službeni položaj | | | | | | | | |
| Brez vodstvenega položaja | 104 | 84,6 | 280 | 81,4 | 46 | 45,1 | | |
| Vodstv. položaj na ravni enote | 18 | 14,6 | 55 | 16 | 41 | 40,2 | | |
| Vodstv. položaj na ravni inštit. | 1 | 0,8 | 7 | 2 | 11 | 10,8 | | |
| Drugo | 0 | 0 | 2 | 0,6 | 4 | 3,9 | | |

| | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI- PORODNIČARJI | |
|----------------------------------|--------|------|----------------------|------|-----------------------------|------|
| Zaposlitvena institucija | | | | | | |
| <i>Zdravstveni dom</i> | | | | | | |
| Ginekološka ambulanta | 13 | 40,6 | 12 | 9 | 16 | 100 |
| Patronažna služba | 16 | 50 | 95 | 71,4 | 0 | 0 |
| Splošna ambulanta | 1 | 6,3 | 5 | 3,8 | 0 | 0 |
| Kroženje | 1 | 3,1 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Amb. za nujn. med. pomoč | 0 | 0 | 1 | 0,8 | 0 | 0 |
| Dispanz. za otroke | 0 | 0 | 12 | 9 | 0 | 0 |
| Sterilizacija | 0 | 0 | 1 | 0,8 | 0 | 0 |
| Zdravstvena vzgoja | 0 | 0 | 2 | 1,5 | 0 | 0 |
| Medicina dela | 0 | 0 | 1 | 0,8 | 0 | 0 |
| <i>Porodnišnica</i> | | | | | | |
| Odd. za zdravlj. neplod. | 1 | 1,2 | 2 | 1,1 | 2 | 2,9 |
| Ginekološka ambulanta | 3 | 3,7 | 5 | 2,7 | 0 | 0 |
| Odd. za ginekologijo | 1 | 1,2 | 15 | 8,2 | 5 | 7,1 |
| EINT ginekologija | 2 | 2,4 | 9 | 4,9 | 1 | 1,4 |
| Odd. za rizično nos. | 2 | 2,4 | 4 | 2,2 | 1 | 1,4 |
| Porodni blok | 44 | 53,7 | 11 | 6 | 12 | 17,1 |
| Poporodni odd. | 0 | 0 | 23 | 12,6 | 1 | 1,4 |
| EINT otročnic | 3 | 3,7 | 13 | 7,1 | 0 | 0 |
| EINT novorojenčkov | 6 | 7,3 | 27 | 14,8 | 0 | 0 |
| Pediatrični oddelek | 1 | 1,2 | 6 | 3,3 | 0 | 0 |
| Kroženje | 16 | 19,5 | 35 | 19,2 | 48 | 68,6 |
| Operacijski blok | 2 | 2,4 | 21 | 11,5 | 0 | 0 |
| Odd. za kirurgijo | 1 | 1,2 | 2 | 1,1 | 0 | 0 |
| Internistični odd. | 0 | 0 | 2 | 1,1 | 0 | 0 |
| Psihiatrija | 0 | 0 | 2 | 1,1 | 0 | 0 |
| Onkologija | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 0 | 0 |
| Urologija | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 0 | 0 |
| Skupne med. službe | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 0 | 0 |
| Center za bolezni dojk | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 0 | 0 |
| Vodstveni položaj klinike | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 0 | 0 |
| <i>Zasebna praksa</i> | | | | | | |
| Ginekološka ambulanta | 2 | 50 | 0 | 0 | 9 | 100 |
| Patronažna služba | 1 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Splošna ambulanta | 1 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Okulistična ambulanta | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 |
| <i>Izobraževalna institucija</i> | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|---|------|---|-----|---|-----|
| Srednja šola | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Dod./podipl. šola – zdr. nega | 0 | 0 | 8 | 100 | 0 | 0 |
| Dod./podipl. šola – babištvo | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Drugo</i> | | | | | | |
| Reševalna postaja | 2 | 66,7 | 3 | 75 | 0 | 0 |
| Dom starejših | 1 | 33,3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Socialno varstveni zavod | 0 | 0 | 1 | 25 | 0 | 0 |
| Terme – ambulanta | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 |

| | BABICE | | MEDICINSKE SESTRE | | GINEKOLOGI- PORODNIČARJI | |
|------------------------|--------|------|----------------------|------|-----------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Leta zaposlitve | | | | | | |
| do 1 leta | 12 | 9,7 | 33 | 10 | 4 | 4,1 |
| 1 do 5 let | 36 | 29 | 70 | 21,1 | 13 | 13,4 |
| 5 do 10 let | 22 | 17,7 | 38 | 11,5 | 20 | 20,6 |
| 10 do 15 let | 3 | 2,4 | 42 | 12,7 | 16 | 16,5 |
| 15 do 20 let | 3 | 2,4 | 37 | 11,2 | 15 | 15,5 |
| 20 do 25 let | 12 | 9,7 | 53 | 16 | 9 | 9,3 |
| 25 let in več | 36 | 29 | 58 | 17,5 | 20 | 20,6 |

*Nekateri anketiranci imajo dokončani dve dodiplomski šoli.

PRILOGA D.1

POVPREČJA

- POVPREČJA ZA VPRAŠANJA, ZASTAVLJENA VSEM TREM RAZISKOVANIM SKUPINAM

Najvišje povprečje – skupno (3,41):

Medpoklicno: delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev, bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu.

Najnižje povprečje – skupno (2,20):

Moč: družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega.

- POVPREČJA ZA VPRAŠANJA ZASTAVLJENA SAMO MEDICINSKIM SESTRAM IN ZDRAVNIKOM

Najvišje povprečje – skupno (3,00):

Refleksija: babice redno skrbijo za nadzor kakovosti lastnega strokovnega dela.

Najnižje povprečje – skupno (2,19):

Refleksija: v primeru strokovne napake babice ne prevzamejo potrebne odgovornosti.

ODKLONI

- ODKLONI ZA VPRAŠANJA, ZASTAVLJENA VSEM TREM RAZISKOVANIM SKUPINAM

Najmanjši odklon – babice (0,273):

Moč: pripadnost stroki.

Najmanjši odklon – medicina (0,487):

Etika: babištvo je izredno pomembno za družbo.

Najmanjši odklon – zdravstvena nega (0,562):

Medpoklicno: delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev, bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu.

Največji odklon – babice (1,012), medicina (1,011), zdravstvena nega (0,977):

Znanje: vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole.

Največji odklon – skupno (1,002):

Znanje: vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole.

Najmanjši odklon – skupno (0,584):

Etika: babištvo je izredno pomembno za družbo.

Medpoklicno: delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev, bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu.

Najpomembnejša razlika med vzorci (F = 65,735):

Moč: pripadnost stroki.

- **ODKLONI ZA VPRAŠANJA, ZASTAVLJENA SAMO MEDICINSKIM SESTRAM IN ZDRAVNIKOM**

Najmanjši odklon – zdravstvena nega (0,589):

Refleksija: babice redno skrbijo za nadzor kakovosti lastnega strokovnega dela.

Najmanjši odklon – medicina (0,574):

Uporabniki: babice ženskam ne dovolijo soodločati o njihovi babiški obravnavi.

Največji odklon – zdravstvena nega (0,765):

Medpoklicno: poglavitni problem pri uveljavljanju babic je nerazumevanje med njimi samimi.

Največji odklon – medicina (0,852):

Etika: babice so avtonomne pri opravljanju svojega poklica.

Najmanjši odklon – skupno (0,613):

Refleksija: babice redno skrbijo za nadzor kakovosti lastnega strokovnega dela.

Največji odklon – skupno (0,785):

Etika: babice so avtonomne pri opravljanju svojega poklica.

Najpomembnejša razlika med vzorci (F = 65,303):

Refleksija: v primeru strokovne napake babice ne prevzamejo potrebne odgovornosti (povprečje odgovorov MS: 2,03; povprečje odgovorov GP: 2,67).

PRILOGA D.2

TEST ANOVA

- ANOVA ZA VPRAŠANJA, ZASTAVLJENA VSEM TREM RAZISKOVANIM SKUPINAM

- najvišja vrednost – babištvo
- najvišja vrednost – zdravstvena nega
- najvišja vrednost – medicina
- ni statističnih razlik

Znanje: vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|-----------|-----|-----------|------------|-------|-------|
| Babištvo | 126 | 2,71 | 1,012 | 7,666 | 0,001 |
| Zdr. nega | 349 | 2,96 | 0,977 | | |
| Medicina | 102 | 2,56 | 1,011 | | |
| Skupaj | 577 | 2,83 | 1,002 | | |

Znanje – praktične spretnosti v babiškem poklicu so bolj pomembne kot teoretično znanje.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|-----------|-----|-----------|------------|-------|-------|
| Babištvo | 124 | 2,85 | 0,893 | 0,285 | 0,752 |
| Zdr. nega | 346 | 2,79 | 0,926 | | |
| Medicina | 99 | 2,76 | 0,938 | | |
| Skupaj | 569 | 2,80 | 0,920 | | |

Znanje – vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdr. nege.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|-----------|-----|-----------|------------|--------|-------|
| Babištvo | 123 | 2,68 | 0,986 | 21,329 | 0,000 |
| Zdr. nega | 345 | 3,24 | 0,797 | | |
| Medicina | 98 | 2,92 | 0,808 | | |
| Skupaj | 566 | 3,06 | 0,873 | | |

Znanje – znanje in delo babic je specifično-loči se od porodništva in zdr. nege.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 124 | 2,76 | 0,966 | 3,645 | 0,027 |
| Zdr. nega | 345 | 2,52 | 0,962 | | |
| Medicina | 100 | 2,72 | 0,975 | | |
| Skupaj | 569 | 2,61 | 0,969 | | |

Znanje – redno strokovno izpopolnjevanje (branje literature, obisk konferenc ipd.).

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 125 | 3,42 | 0,543 | 1,231 | 0,293 |
| Zdr. nega | 342 | 3,36 | 0,687 | | |
| Medicina | 102 | 3,28 | 0,736 | | |
| Skupaj | 569 | 3,36 | 0,668 | | |

Etika – željena višja stopnja odgovornosti pri opravljanju babiškega poklica.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 125 | 2,98 | 0,724 | 6,681 | 0,001 |
| Zdr. nega | 340 | 2,94 | 0,738 | | |
| Medicina | 101 | 2,64 | 0,878 | | |
| Skupaj | 566 | 2,89 | 0,769 | | |

Etika – moje kolegice vestno spoštujejo načela babiškega kodeksa etike.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 125 | 3,22 | 0,691 | 1,618 | 0,199 |
| Zdr. nega | 343 | 3,27 | 0,631 | | |
| Medicina | 101 | 3,37 | 0,524 | | |
| Skupaj | 569 | 3,28 | 0,628 | | |

Etika – babištvo je izredno pomembno za družbo.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 125 | 3,83 | 0,416 | 17,123 | 0,000 |
| Zdr. nega | 347 | 3,50 | 0,633 | | |
| Medicina | 102 | 3,69 | 0,487 | | |

| | | | | | |
|---------------|-----|------|-------|--|--|
| Skupaj | 574 | 3,60 | 0,584 | | |
|---------------|-----|------|-------|--|--|

Moč – sekcija medicinskih sester-babic naredi zadosti za babice.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 122 | 2,20 | 0,651 | 59,564 | 0,000 |
| Zdr. nega | 323 | 2,98 | 0,698 | | |
| Medicina | 82 | 2,82 | 0,650 | | |
| Skupaj | 527 | 2,78 | 0,752 | | |

Moč – kompetentnost za samostojno spremljanje nosečnic, žensk med porodom, otročnic in dojenčkov.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 122 | 3,17 | 0,746 | 22,174 | 0,000 |
| Zdr. nega | 335 | 2,94 | 0,875 | | |
| Medicina | 98 | 2,43 | 0,837 | | |
| Skupaj | 555 | 2,90 | 0,874 | | |

Moč – družba ceni delo babic.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 123 | 2,73 | 0,736 | 6,690 | 0,001 |
| Zdr. nega | 322 | 3,01 | 0,719 | | |
| Medicina | 93 | 2,95 | 0,728 | | |
| Skupaj | 538 | 2,94 | 0,732 | | |

Moč – poklicno spoštovanje; iskanje nasvetov pri babicah.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 123 | 2,80 | 0,558 | 15,628 | 0,000 |
| Zdr. nega | 329 | 3,17 | 0,724 | | |
| Medicina | 97 | 3,24 | 0,689 | | |
| Skupaj | 549 | 3,10 | 0,702 | | |

Moč – družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 122 | 2,36 | 0,739 | 3,271 | 0,039 |
| Zdr. nega | 333 | 2,16 | 0,771 | | |
| Medicina | 98 | 2,15 | 0,778 | | |
| Skupaj | 553 | 2,20 | 0,768 | | |

Moč – pripadnost stroki.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 124 | 3,92 | 0,273 | 65,735 | 0,000 |
| Zdr. nega | 324 | 3,22 | 0,649 | | |
| Medicina | 94 | 3,32 | 0,626 | | |
| Skupaj | 542 | 3,40 | 0,646 | | |

Uporabniki – večkrat nezmožnost ustreči željam žensk, zaradi nesamostojnosti pri strokovnem delu.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 123 | 2,81 | 0,761 | 7,136 | 0,001 |
| Zdr. nega | 331 | 2,77 | 0,710 | | |
| Medicina | 98 | 2,48 | 0,735 | | |
| Skupaj | 552 | 2,73 | 0,734 | | |

Uporabniki – če pride do navzkrižja interesov med porodničarjem in žensko, zavzemanje za interese slednje.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 120 | 2,61 | 0,714 | 19,068 | 0,000 |
| Zdr. nega | 312 | 2,42 | 0,717 | | |
| Medicina | 95 | 2,03 | 0,555 | | |
| Skupaj | 527 | 2,39 | 0,713 | | |

Uporabniki – redna skrb, da ima ženska vse informacije ter se sama odloči o posegu.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 122 | 3,22 | 0,610 | 18,327 | 0,000 |
| Zdr. nega | 321 | 2,80 | 0,713 | | |
| Medicina | 98 | 2,76 | 0,719 | | |
| Skupaj | 541 | 2,89 | 0,714 | | |

Uporabniki – zadovoljstvo uporabnic pomembnejše od doktrine ustanove.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 121 | 2,94 | 0,687 | 35,570 | 0,000 |
| Zdr. nega | 314 | 2,48 | 0,759 | | |
| Medicina | 96 | 2,11 | 0,679 | | |
| Skupaj | 531 | 2,52 | 0,775 | | |

Medpoklicno – delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 125 | 3,50 | 0,548 | 6,319 | 0,002 |
| Zdr. nega | 345 | 3,43 | 0,562 | | |
| Medicina | 101 | 3,24 | 0,666 | | |
| Skupaj | 571 | 3,41 | 0,584 | | |

Medpoklicno – dobro ločim poklicne vloge babice, medicinske sestre in porodničarja.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 123 | 3,25 | 0,609 | 10,637 | 0,000 |
| Zdr. nega | 338 | 3,13 | 0,639 | | |
| Medicina | 100 | 3,45 | 0,592 | | |
| Skupaj | 561 | 3,21 | 0,635 | | |

Medpoklicno – kjer delam, dobro sodelujemo.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 120 | 3,11 | 0,577 | 8,764 | 0,000 |
| Zdr. nega | 334 | 3,17 | 0,747 | | |
| Medicina | 99 | 3,46 | 0,540 | | |
| Skupaj | 553 | 3,21 | 0,689 | | |

Refleksija – standardi in protokoli prakse vodijo stroko v rutino.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 122 | 2,64 | 0,681 | 1,879 | 0,154 |
| Zdr. nega | 319 | 2,59 | 0,742 | | |
| Medicina | 93 | 2,45 | 0,759 | | |
| Skupaj | 534 | 2,58 | 0,733 | | |

Refleksija – babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki; ni babiških metod za ocenjevanje kakovosti babiškega dela.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 122 | 2,79 | 0,784 | 7,003 | 0,001 |
| Zdr. nega | 310 | 2,51 | 0,709 | | |
| Medicina | 88 | 2,50 | 0,711 | | |
| Skupaj | 520 | 2,57 | 0,736 | | |

Refleksija – za primer strokovne napake babice slabo zavarovane.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Babištvo | 123 | 3,46 | 0,576 | 27,393 | 0,000 |
| Zdr. nega | 320 | 3,15 | 0,686 | | |
| Medicina | 89 | 2,76 | 0,739 | | |
| Skupaj | 532 | 3,15 | 0,704 | | |

- ANOVA ZA PRAŠANJA, ZASTAVLJENA SAMO MEDICINSKIM SESTRAM IN ZDRAVNIKOM

Etika – babice so avtonomne pri opravljanju svojega poklica.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Zdr. nega | 193 | 3,04 | 0,735 | 7,307 | 0,007 |
| Medicina | 102 | 2,78 | 0,852 | | |
| Skupaj | 295 | 2,95 | 0,785 | | |

Uporabniki – babice ženskam ne dovolijo soodločati o njihovi babiški obravnavi.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Zdr. nega | 285 | 2,21 | 0,654 | 6,550 | 0,011 |
| Medicina | 98 | 2,02 | 0,574 | | |
| Skupaj | 383 | 2,16 | 0,639 | | |

Medpoklicno – poglavitni problem pri uveljavljanju babic je nerazumevanje med njimi samimi.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Zdr. nega | 300 | 2,52 | 0,765 | 8,792 | 0,003 |
| Medicina | 95 | 2,25 | 0,729 | | |
| Skupaj | 395 | 2,45 | 0,764 | | |

Refleksija – babice redno skrbijo za nadzor kakovosti lastnega strokovnega dela.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Zdr. nega | 301 | 3,06 | 0,589 | 11,513 | 0,001 |
| Medicina | 89 | 2,81 | 0,655 | | |
| Skupaj | 390 | 3,00 | 0,613 | | |

Refleksija – v primeru strokovne napake babice ne prevzamejo potrebne odgovornosti.

| | N | Povprečje | St. odklon | F | Sig. |
|------------------|----------|------------------|-------------------|----------|-------------|
| Zdr. nega | 288 | 2,03 | 0,598 | 65,303 | 0,000 |
| Medicina | 96 | 2,67 | 0,842 | | |
| Skupaj | 384 | 2,19 | 0,721 | | |

PRILOGA D.3

10 TEST HI-KVADRAT

*Trditve, kjer je hi-kvadrat statistično značilen

Znanje – vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 18,910(a) | 6 | ,004* |
| Število veljavnih primerov | 577 | | |

a 0 primerov (0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 11,67.

Znanje – praktične spretnosti v babiškem poklicu so bolj pomembne kot teoretično znanje.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 1,134(a) | 6 | ,980 |
| Število veljavnih primerov | 569 | | |

a 0 primerov (0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 7,31.

Znanje – vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdr. nege.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 47,517(a) | 6 | ,000* |
| Število veljavnih primerov | 566 | | |

a 0 primerov (0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 5,89.

Znanje – znanje in delo babic je specifično – loči se od porodništva in zdr. nege.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 9,185(a) | 6 | ,163 |
| Število veljavnih primerov | 569 | | |

a 0 primerov (0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 14,76.

Znanje – redno strokovno izpopolnjevanje (branje literature, obisk konferenc ipd.).

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 12,844(a) | 6 | ,046* |
| Število veljavnih primerov | 569 | | |

a 3 primeri (25,0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 0,90.

Etika – željena višja stopnja odgovornosti pri opravljanju babiškega poklica.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 19,590(a) | 6 | ,003* |
| Število veljavnih primerov | 566 | | |

a 2 primera (16,7 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 3,93.

Etika – moje kolegice vestno spoštujejo načela babiškega kodeksa etike.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 7,769(a) | 6 | ,256 |
| Število veljavnih primerov | 569 | | |

a 3 primeri (25,0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 1,07.

Etika – babištvo je izredno pomembno za družbo.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 36,201(a) | 6 | ,000* |
| Število veljavnih primerov | 574 | | |

a 5 primerov (41,7 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 0,53.

Moč – sekcija medicinskih sester-babic naredi zadosti za babice.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|------------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 113,569(a) | 6 | ,000* |
| Število veljavnih primerov | 527 | | |

a 1 primer (8,3 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 4,67.

Moč – kompetentnost za samostojno spremljanje nosečnic, žensk med porodom, otročnic in dojenčkov.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 43,509(a) | 6 | ,000* |
| Število veljavnih primerov | 555 | | |

a 0 primerov (0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 6,00.

Moč – družba ceni delo babic.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 15,720(a) | 6 | ,015* |
| Število veljavnih primerov | 538 | | |

a 2 primeri (16,7 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 3,46.

Moč – poklicno spoštovanje; iskanje nasvetov pri babicah.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 55,475(a) | 6 | ,000* |
| Število veljavnih primerov | 549 | | |

a 2 primera (16,7 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 2,30.

Moč – družba bolj ceni druge zdravstvene poklice kot pa babiškega.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 9,782(a) | 6 | ,134 |
| Število veljavnih primerov | 553 | | |

a 0 primerov (0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 5,49.

Moč – pripadnost stroki.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|------------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 128,703(a) | 6 | ,000* |
| Število veljavnih primerov | 542 | | |

a 3 primeri (25,0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 1,04.

Uporabniki – večkrat nezmožnost ustreči željam žensk zaradi nesamostojnosti pri strokovnem delu.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 19,043(a) | 6 | ,004* |
| Število veljavnih primerov | 552 | | |

a 0 primerov (0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 5,68.

Uporabniki – če pride do navzkrižja interesov med porodničarjem in žensko, zavzemanje za interese slednje.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 40,251(a) | 6 | ,000* |
| Število veljavnih primerov | 527 | | |

a 0 primerov (0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 6,13.

Uporabniki – redna skrb, da ima ženska vse informacije ter se sama odloči o posegu.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 37,127(a) | 6 | ,000* |
| Število veljavnih primerov | 541 | | |

a 2 primera (16,7 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 3,44.

Uporabniki – zadovoljstvo uporabnic pomembnejše od doktrine ustanove.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 65,977(a) | 6 | ,000* |
| Število veljavnih primerov | 531 | | |

a 0 primerov (0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 7,05.

Medpoklicno – delno skupno izobraževanje med. sester, babic in porodničarjev bi pripomoglo k boljšemu sodelovanju na delovnem mestu.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 17,644(a) | 6 | ,007* |
| Število veljavnih primerov | 571 | | |

a 5 primerov (41,7 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 0,71.

Medpoklicno – dobro ločim poklicne vloge babice, medicinske sestre in porodničarja.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 23,117(a) | 6 | ,001* |
| Število veljavnih primerov | 561 | | |

a 3 primeri (25,0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 1,25.

Medpoklicno – kjer delam, dobro sodelujemo.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 27,500(a) | 6 | ,000* |
| Število veljavnih primerov | 553 | | |

a 2 primeri (16,7 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 2,51.

Refleksija – standardi in protokoli prakse vodijo stroko v rutino.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 6,565(a) | 6 | ,363 |
| Število veljavnih primerov | 534 | | |

a 0 primerov (0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 5,92.

Refleksija – babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki; ni babiških metod za ocenjevanje kakovosti babiškega dela.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|----------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 19,836(a) | 6 | ,003* |
| Število veljavnih primerov | 520 | | |

a 1 primer (8,3 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 4,23.

Refleksija – za primer strokovne napake babice slabo zavarovane.

| | Vrednost | Razlika | Značilnost |
|-----------------------------------|-----------|---------|------------|
| Pearsonov hi-kvadrat | 55,080(a) | 6 | ,000* |
| Število veljavnih primerov | 532 | | |

a 3 primeri (25,0 %) s pričakovano vrednostjo manj kot 5. Minimalen pričakovan rezultat 1,34.

PRILOGA E

**STATISTIČNO ZNAČILNE RAZLIKE MED ODGOVORI ANKETIRANCEV
PRIMERJALNO ZNOTRAJ SKUPINE GLEDE NA KRAJ DELA IN STOPNJO
IZOBRAZBE**

– **zdravniki (mesto zaposlitve)**

| | | |
|---|-----------------|------|
| Etika – željena višja stopnja odgovornosti pri opravljanju babiškega poklica. | porodnišnica | 2,51 |
| | zdravstveni dom | 3,00 |

– **medicinske sestre (izobrazba)**

| | | |
|---|-----------------|-------|
| Etika – moje kolegice vestno spoštujejo načela babiškega kodeksa etike. | srednja šola | 3,390 |
| | diploma ali več | 3,181 |
| Refleksija – standardi in protokoli prakse vodijo stroko v rutino. | srednja šola | 2,769 |
| | diploma ali več | 2,469 |
| Uporabniki – redna skrb, da ima ženska vse informacije ter se sama odloči o posegu. | srednja šola | 2,901 |
| | diploma ali več | 2,723 |
| Znanje – vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole. | srednja šola | 2,568 |
| | diploma ali več | 3,276 |
| Znanje – praktične spretnosti v babiškem poklicu so bolj pomembne kot teoretično znanje. | srednja šola | 3,156 |
| | diploma ali več | 2,479 |
| Znanje – vse babice bi morale imeti predhodno izobrazbo iz zdr. nege. | srednja šola | 3,345 |
| | diploma ali več | 3,160 |
| Znanje – znanje in delo babic je specifično – loči se od porodništva in zdr. nege. | srednja šola | 2,687 |
| | diploma ali več | 2,376 |
| Medpoklicno – poglobitveni problem pri uveljavljanju babic je nerazumevanje med njimi samimi. | srednja šola | 2,382 |
| | diploma ali več | 2,648 |
| Refleksija – babice redno skrbijo za nadzor kakovosti lastnega strokovnega dela. | srednja šola | 3,149 |
| | diploma ali več | 2,983 |
| Medpoklicno – bolje sodelujem z babicami kot z zdravniki. | srednja šola | 2,796 |
| | diploma ali več | 2,573 |
| Moč – v odnosu do babic se kot MS počutim enakovredna | srednja šola | 2,542 |
| | diploma ali več | 3,027 |

– **medicinske sestre (mesto zaposlitve)**

| | | |
|---|-----------------|------|
| Moč – poklicno spoštovanje; iskanje nasvetov pri babicah. | porodnišnica | 3,07 |
| | zdravstveni dom | 3,26 |
| Refleksija – standardi in protokoli prakse vodijo stroko v rutino. | porodnišnica | 2,68 |
| | zdravstveni dom | 2,48 |
| Znanje – vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole. | porodnišnica | 2,78 |
| | zdravstveni dom | 3,20 |
| Znanje – praktične spretnosti v babiškem poklicu so bolj pomembne kot teoretično znanje. | porodnišnica | 2,93 |
| | zdravstveni dom | 2,61 |
| Znanje – redno strokovno izpopolnjevanje (branje literature, obisk konferenc ipd.). | porodnišnica | 3,25 |
| | zdravstveni dom | 3,51 |
| Medpoklicno – poglobitveni problem pri uveljavljanju babic je nerazumevanje med njimi samimi. | porodnišnica | 2,63 |
| | zdravstveni dom | 2,40 |
| Medpoklicno – medicinske sestre spoštujemo strokovnost babic. | porodnišnica | 3,34 |
| | zdravstveni dom | 3,47 |
| Medpoklicno – porodničarji strokovnosti babic ne spoštujejo. | porodnišnica | 2,13 |
| | zdravstveni dom | 2,30 |
| Moč – v odnosu do babic se kot MS počutim enakovredna. | porodnišnica | 2,63 |
| | zdravstveni dom | 3,04 |

– **babice (izobrazba)**

| | | |
|--|-----------------|------|
| Medpoklicno – z drugimi babicami sem v enakovrednem odnosu. | srednja šola | 3,35 |
| | diploma ali več | 3,01 |
| Etika – moje kolegice vestno spoštujejo načela babiškega kodeksa etike. | srednja šola | 3,45 |
| | diploma ali več | 3,07 |
| Medpoklicno – kjer delam, dobro sodelujemo. | srednja šola | 3,24 |
| | diploma ali več | 3,03 |
| Znanje – vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole. | srednja šola | 2,20 |
| | diploma ali več | 3,04 |
| Znanje – znanje in delo babic je specifično – loči se od porodništva in zdr. nege. | srednja šola | 3,02 |
| | diploma ali več | 2,59 |
| Uporabniki – če želi ženska soodločati v lastni babiški obravnavi, se počutim nadzorovano. | srednja šola | 2,25 |
| | diploma ali več | 1,90 |

– **babice (mesto zaposlitve)**

| | | |
|---|-----------------|------|
| Medpoklicno – čutim, da me medicinske sestre poklicno spoštujejo. | porodnišnica | 2,91 |
| | zdravstveni dom | 3,21 |
| Medpoklicno – medicinske sestre ogrožajo področje dela babic. | porodnišnica | 2,04 |
| | zdravstveni dom | 2,44 |
| Moč – imam dovolj vpliva na potek in organizacijo svojega dela. | porodnišnica | 2,33 |
| | zdravstveni dom | 2,64 |
| Moč – sekcija medicinskih sester-babic naredi zadosti za babice. | porodnišnica | 2,10 |
| | zdravstveni dom | 2,41 |
| Refleksija – babiške strokovne odločitve ocenjujejo drugi zdr. strokovnjaki; ni babiških metod za ocenjevanje kakovosti babiškega dela. | porodnišnica | 2,69 |
| | zdravstveni dom | 3,06 |
| Znanje – vse babice bi morale za opravljanje svojega dela imeti vsaj diplomu visoke šole. | porodnišnica | 2,55 |
| | zdravstveni dom | 3,03 |
| Refleksija – vedno v pogovoru preverjam kakovost svojega dela pri varovancih/pacientih. | porodnišnica | 3,24 |
| | zdravstveni dom | 2,97 |

PRILOGA F

Likertov indeks

| | Znanje | Etika | Moč | Sodelovanje z uporabniki | Medpoklicno sodelovanje | Reflektivna praksa |
|----------------------------------|---------------|--------------|------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Babice | 2,6 | 3,3 | 3,0 | 2,7 | 3,2 | 2,7 |
| Medicinske sestre | 2,4 | 3,2 | 2,9 | 2,5 | 3,2 | 2,9 |
| Ginekologi - porodničarji | 1,7 | 3,2 | 2,9 | 2,3 | 3,3 | 2,8 |
| SKUPAJ | 2,5 | 3,3 | 3,0 | 2,5 | 3,2 | 2,8 |

PRILOGA G

Cronbach v bazi za nadaljnjo regresijo (pooled)

- ZNANJE

(spremenljivke

BMSGPZnanje4Recod: Potrebnost ločevanja babiškega izobraževanja od zdravstvene nege,

BMSGPZnanje5: Specifičnost babiškega znanja,

BMSGPZnanje6: Redno strokovno izpopolnjevanje babic)

Cronbach

| Skupaj | B | MS | GP |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| α (,125) | α 1(,130) | α 2(,042) | α 3(,262) |

- ETIKA

(spremenljivke

BMSGPEtika1: Želja babic po večji odgovornosti,

BMSGPEtika2: Vestno spoštovanje kodeksa,

BMSGPEtika5: Pomen babištva za družbo)

Cronbach

| Skupaj | B | MS | GP |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| α (,463) | α 1(,356) | α 2(,522) | α 3(,452) |

- MOČ/AVTONOMIJA

(spremenljivke

BMSGPMoč1: Aktivno udejstvovanje strokovnega babiškega združenja,

BMSGPMoč3: Kompetentnost babic za samostojno delo,

BMSGPMoč4Recod: Zavedanje babic o pomenu članstva v strokovnem združenju,

BMSGPMoč5: Spoštovanje babištva s strani družbe,

BMSGPMoč6: Spoštovanje babištva s strani sorodnih poklicnih skupin,

BMSGPMoč7Recod: Družbeno spoštovanje babištva kot drugih zdravstvenih poklicev,

BMSGPMoč8: Pripadnost babic stroki)

Cronbach

| Skupaj | B | MS | GP |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| α (,305) | α 1(,316) | α 2(,399) | α 3(,430) |

- **SODELOVANJE Z UPORABNIKI**

(spremenljivke

BMSGPUporabniki2: Prevlada interesov klientov pred interesi zdravnikov,

BMSGPUporabniki3: Spodbujanje informirane odločitve uporabnic,

BMSGPUporabniki4: Pomen zadovoljstva uporabnic pred interesi zaposlitvene ustanove)

Cronbach

| Skupaj | B | MS | GP |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| α (,639) | α 1(,484) | α 2(,682) | α 3(,232) |

- **MEDPOKLICNO SODELOVANJE**

(spremenljivke

BMSGPMedpoklicno1: Skupno izobraževanje za boljše sodelovanje na delovnem mestu,

BMSGPMedpoklicno2: Medicinske sestre spoštujejo babice,

BMSGPMedpoklicno3: Porodničarji spoštujejo babice,

BMSGPMedpoklicno7: Ločevanje vlog zdravstvenih strokovnjakov,

BMSGPMedpoklicno9: Dobro sodelovanje na delovnem mestu)

Cronbach

| | | | |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Skupaj α (,411) | B α 1(,600) | MS α 2(,430) | GP α 3(,386) |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

- REFLEKSIJA

(spremenljivke

BMSGPRefleksija1: Povezanost babic v strokovnem združenju,

BMSGPRefleksija2Recod: Standardi in protokoli prakse so pomembni za stroko,

BMSGPRefleksija3: Strokovno opravljanje dela babic,

BMSGPRefleksija5Recod: Babiške strokovne odločitve ocenjujejo babice same)

Cronbach

| | | | |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Skupaj α (,172) | B α 1(,124) | MS α 2(,304) | GP α 3(,167) |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

OSNOVNI PARAMETRI INDEKSA

| | N | povpečje | St. odklon | Min | Max | Var | Simetričnost | | Sploščenost | |
|--------------------|-----|----------|---------------|------|------|------|--------------|---------------|-------------|---------------|
| | | | | | | | Vrednost | St. napaka | Vrednost | St. napaka |
| Znanje | 554 | 2,5006 | ,53236 | 1,00 | 4,00 | ,283 | ,315 | ,104 | -,091 | ,207 |
| Etika | 558 | 3,2587 | ,46049 | 1,33 | 4,00 | ,212 | -,458 | ,103 | ,769 | ,206 |
| Moč | 472 | 2,9534 | ,33055 | 1,71 | 3,86 | ,109 | -,171 | ,112 | ,705 | ,224 |
| Uporabniki | 513 | 2,5958 | ,56478 | 1,00 | 4,00 | ,319 | -,109 | ,108 | ,366 | ,215 |
| Medpoklicno | 525 | 3,2027 | ,35262 | 1,60 | 4,00 | ,124 | -,069 | ,107 | ,481 | ,213 |
| Refleksija | 480 | 2,8047 | ,36660 | 1,25 | 4,00 | ,134 | ,235 | ,111 | 1,558 | ,222 |

PRILOGA H.1

OPISNA STATISTIKA – lastnosti vzorca

Korelacije med tremi neodvisnimi spremenljivkami

| | | STAROST | IZOBRAZBA (dihotomizirana) | RAVEN ZDR. VARST.(dihotom) |
|-------------------------------|----------------------------|---------|-------------------------------|-------------------------------|
| STAROST | Pearsonov koeficient | 1 | -0,259 | -0,138 |
| | Značilnost | / | 0,000 | 0,002 |
| | Število veljavnih primerov | 838 | 537 | 512 |
| IZOBRAZBA (dihotomizirana) | Pearsonov koeficient | -0,259 | 1 | -0,099 |
| | Značilnost | 0,000 | / | 0,021 |
| | Število veljavnih primerov | 537 | 572 | 542 |
| RAVEN ZDR. VARST.(dihotom) | Pearsonov koeficient | -0,138 | -0,099 | 1 |
| | Značilnost | 0,002 | 0,021 | / |
| | Število veljavnih primerov | 512 | 542 | 551 |

Crosstabulation med zaposlitveno institucijo in izobrazbo

| | | | IZOBRAZBA (dihotomizirana) | | |
|-------------------------------|---------|----------------------------|-------------------------------|---------|--------|
| | | | Osnovna | Dodatna | SKUPAJ |
| RAVEN ZDR. VARST.(dihotom) | Osnovna | Glede na izobrazbo | 40,9% | 59,1% | 100% |
| | | Glede na raven zdr.varstva | 31,5% | 41,1% | 36,5% |
| | Dodatna | Glede na izobrazbo | 51,2% | 48,8% | 100% |
| | | Glede na raven zdr.varstva | 68,5% | 58,9% | 63,5% |
| SKUPAJ | | Glede na izobrazbo | 47,4% | 52,6% | 100% |
| | | Glede na raven zdr.varstva | 100% | 100% | 100% |

Pearsonov koeficient 5,299
Značilnost ,021

Povprečja in standardni odkloni za starost

| | BABICE | MEDICINSKE SESTRE | GINEKOLOGI PORODNIČARJI | SKUPAJ |
|------------------------|--------|----------------------|----------------------------|--------|
| Št. veljavnih primerov | 120 | 327 | 91 | 538 |
| Povprečje | 41,10 | 43,09 | 51,90 | 44,14 |
| Standardni odklon | 10,85 | 9,29 | 12,37 | 10,82 |

PRILOGA H.2

Multipla regresija

ZNANJE

| | | SKUPAJ | BABICE | MEDICINSKE SESTRE | GINEKOLOGI PORODNIČARJI |
|------------------------------|-------------------------|--------|--------|----------------------|----------------------------|
| OPISNA STATISTIKA | R | 0,094 | 0,135 | 0,090 | 0,253 |
| | R² | 0,009 | 0,018 | 0,008 | 0,064 |
| | adjR² | 0,003 | -0,009 | -0,002 | 0,028 |
| | St.napaka | 0,533 | 0,018 | 0,496 | 0,568 |
| ANOVA (regresija) | F | 1,411 | 0,663 | 0,776 | 1,798 |
| | Značilnost | 0,239 | 0,576 | 0,508 | 0,154 |
| KOEFICIENTI | Konstanta | | | | |
| | Nestand. koef. | 2,409 | 2,299 | 2,260 | 2,690 |
| | St.napaka | 0,129 | 0,523 | 0,159 | 0,320 |
| | β | | | | |
| | Starost | 0,061 | 0,152 | 0,077 | 0,043 |
| | Izobrazba | -0,055 | 0,065 | -0,029 | -0,136 |
| | Raven zdr.var. | -0,013 | -0,042 | 0,033 | -0,173 |
| | t | | | | |
| | Starost | 1,278 | 0,881 | 1,285 | 0,392 |
| | Izobrazba | -1,162 | 0,408 | -0,479 | -1,197 |
| | Raven zdr.var. | -0,278 | -0,377 | 0,539 | -1,512 |
| | Značilnost | | | | |
| | Starost | 0,202 | 0,380 | 0,200 | 0,696 |
| | Izobrazba | 0,246 | 0,684 | 0,632 | 0,235 |
| Raven zdr.var. | 0,781 | 0,707 | 0,590 | 0,134 | |

ETIKA

| | | SKUPAJ | BABICE | MEDICINSKE SESTRE | GINEKOLOGI PORODNIČARJI |
|------------------------------|-------------------------|--------|--------|----------------------|----------------------------|
| OPISNA STATISTIKA | R | 0,153 | 0,225 | 0,154 | 0,287 |
| | R² | 0,024 | 0,051 | 0,024 | 0,082 |
| | adjR² | 0,018 | 0,025 | 0,014 | 0,049 |
| | St.napaka | 0,456 | 0,411 | 0,475 | 0,436 |
| ANOVA (regresija) | F | 3,954 | 1,945 | 2,365 | 2,509 |
| | Značilnost | 0,008 | 0,127 | 0,071 | 0,064 |
| KOEFICIENTI | Konstanta | | | | |
| | Nestand. koef. | 3,132 | 3,468 | 3,076 | 3,022 |
| | St.napaka | 0,107 | 0,371 | 0,147 | 0,241 |
| | β | | | | |
| | Starost | 0,105 | -0,038 | 0,111 | 0,177 |
| | Izobrazba | -0,061 | -0,226 | -0,090 | 0,083 |
| | Raven zdr.var. | -0,065 | -0,100 | -0,053 | -0,199 |
| | t | | | | |
| | Starost | 2,236 | -0,228 | 1,895 | 1,653 |
| | Izobrazba | -1,300 | -1,450 | -1,496 | 0,753 |
| | Raven zdr.var. | -1,422 | -0,928 | -0,876 | -1,774 |
| | Značilnost | | | | |
| | Starost | 0,026 | 0,820 | 0,059 | 0,102 |

| | | | | | |
|--|----------------|-------|-------|-------|-------|
| | Izobrazba | 0,194 | 0,150 | 0,136 | 0,453 |
| | Raven zdr.var. | 0,165 | 0,355 | 0,382 | 0,080 |

MOČ, AVTONOMIJA

| | | SKUPAJ | BABICE | MEDICINSKE SESTRE | GINEKOLOGI PORODNIČARJI |
|------------------------------|-------------------|--------|--------|----------------------|----------------------------|
| OPISNA STATISTIKA | R | 0,119 | 0,243 | 0,072 | 0,334 |
| | R2 | 0,014 | 0,059 | 0,005 | 0,111 |
| | adjR2 | 0,007 | 0,032 | -0,006 | 0,066 |
| | St.napaka | 0,321 | 0,289 | 0,336 | 0,302 |
| ANOVA (regresija) | F | 2,068 | 2,161 | 0,455 | 2,467 |
| | Značilnost | 0,104 | 0,097 | 0,714 | 0,071 |
| KOEFICIENTI | Konstanta | | | | |
| | Nestand. koef. | 2,933 | 3,209 | 2,936 | 2,492 |
| | St.napaka | 0,080 | 0,263 | 0,111 | 0,197 |
| | β | | | | |
| | Starost | 0,047 | -0,086 | 0,023 | 0,325 |
| | Izobrazba | 0,019 | -0,093 | 0,034 | -0,133 |
| | Raven zdr.var. | -0,102 | -0,262 | -0,049 | -0,009 |
| | t | | | | |
| | Starost | 0,925 | -0,501 | 0,709 | 2,568 |
| | Izobrazba | 0,373 | -0,587 | 0,597 | -1,014 |
| | Raven zdr.var. | -2,082 | -2,365 | 0,448 | -0,072 |
| | Značilnost | | | | |
| | Starost | 0,355 | 0,618 | 0,981 | 0,013 |
| | Izobrazba | 0,709 | 0,559 | 0,912 | 0,315 |
| Raven zdr.var. | 0,038 | 0,020 | 0,908 | 0,934 | |

SODELOVANJE Z UPORABNIKI

| | | SKUPAJ | BABICE | MEDICINSKE SESTRE | GINEKOLOGI PORODNIČARJI |
|------------------------------|-------------------|--------|--------|----------------------|----------------------------|
| OPISNA STATISTIKA | R | 0,126 | 0,126 | 0,124 | 0,338 |
| | R2 | 0,016 | 0,016 | 0,015 | 0,114 |
| | adjR2 | 0,010 | -0,012 | 0,005 | 0,080 |
| | St.napaka | 0,553 | 0,482 | 0,536 | 0,384 |
| ANOVA (regresija) | F | 2,496 | 0,569 | 1,426 | 3,390 |
| | Značilnost | 0,059 | 0,637 | 0,235 | 0,022 |
| KOEFICIENTI | Konstanta | | | | |
| | Nestand. koef. | 2,754 | 2,874 | 2,707 | 1,708 |
| | St.napaka | 0,134 | 0,436 | 0,182 | 0,218 |
| | β | | | | |
| | Starost | -0,093 | -0,023 | -0,067 | 0,332 |
| | Izobrazba | 0,000 | 0,014 | -0,047 | -0,141 |
| | Raven zdr.var. | 0,073 | 0,111 | 0,080 | 0,209 |
| | t | | | | |
| | Starost | -1,917 | -0,133 | -1,101 | 3,063 |
| | Izobrazba | -0,002 | 0,091 | -0,741 | -1,257 |
| | Raven zdr.var. | 1,555 | 0,991 | 1,270 | 0,959 |
| | Značilnost | | | | |
| | Starost | 0,056 | 0,894 | 0,272 | 0,003 |
| | Izobrazba | 0,999 | 0,928 | 0,459 | 0,212 |

| | | | | | |
|--|----------------|-------|-------|-------|-------|
| | Raven zdr.var. | 0,121 | 0,324 | 0,205 | 0,341 |
|--|----------------|-------|-------|-------|-------|

MEDPOKLICNO SODELOVANJE

| | | SKUPAJ | BABICE | MEDICINSKE SESTRE | GINEKOLOGI PORODNIČARJI |
|--------------------------|-------------------------|--------|--------|-------------------|-------------------------|
| OPISNA STATISTIKA | R | 0,110 | 0,152 | 0,022 | 0,085 |
| | R² | 0,012 | 0,023 | 0,000 | 0,007 |
| | adjR² | 0,006 | -0,006 | -0,010 | -0,031 |
| | St.napaka | 0,351 | 0,346 | 0,352 | 0,338 |
| ANOVA (regresija) | F | 1,884 | 0,801 | 0,046 | 0,186 |
| | Značilnost | 0,131 | 0,496 | 0,987 | 0,906 |
| KOEFICIENTI | Konstanta | | | | |
| | Nestand. koef. | 3,116 | 3,309 | 3,160 | 3,420 |
| | St.napaka | 0,085 | 0,336 | 0,112 | 0,194 |
| | β | | | | |
| | Starost | 0,074 | -0,052 | 0,016 | -0,020 |
| | Izobrazba | -0,064 | -0,187 | -0,014 | -0,044 |
| | Raven zdr.var. | 0,009 | -0,021 | -0,002 | -0,059 |
| | t | | | | |
| | Starost | 1,520 | -0,281 | 0,269 | -0,170 |
| | Izobrazba | -1,322 | -1,111 | -0,227 | -0,368 |
| | Raven zdr.var. | 0,194 | -0,182 | -0,038 | -0,489 |
| | Značilnost | | | | |
| | Starost | 0,129 | 0,779 | 0,788 | 0,866 |
| | Izobrazba | 0,187 | 0,269 | 0,820 | 0,714 |
| Raven zdr.var. | 0,846 | 0,856 | 0,969 | 0,626 | |

REFLEKTIVNA PRAKSA

| | | SKUPAJ | BABICE | MEDICINSKE SESTRE | GINEKOLOGI PORODNIČARJI |
|--------------------------|-------------------------|--------|--------|-------------------|-------------------------|
| OPISNA STATISTIKA | R | 0,159 | 0,187 | 0,247 | 0,263 |
| | R² | 0,025 | 0,035 | 0,061 | 0,069 |
| | adjR² | 0,018 | 0,007 | 0,050 | 0,025 |
| | St.napaka | 0,370 | 0,353 | 0,367 | 0,333 |
| ANOVA (regresija) | F | 3,696 | 1,233 | 5,508 | 1,583 |
| | Značilnost | 0,012 | 0,302 | 0,001 | 0,202 |
| KOEFICIENTI | Konstanta | | | | |
| | Nestand. koef. | 2,834 | 2,557 | 3,028 | 2,489 |
| | St.napaka | 0,094 | 0,337 | 0,122 | 0,206 |
| | β | | | | |
| | Starost | 0,017 | 0,121 | -0,051 | 0,174 |
| | Izobrazba | -0,152 | -0,057 | -0,231 | 0,189 |
| | Raven zdr.var. | 0,012 | -0,041 | 0,042 | 0,019 |
| | t | | | | |
| | Starost | 0,340 | 0,677 | -0,828 | 1,418 |
| | Izobrazba | -3,010 | -0,345 | -3,660 | 1,482 |
| | Raven zdr.var. | 0,253 | -0,365 | 0,670 | 0,145 |
| | Značilnost | | | | |
| | Starost | 0,734 | 0,500 | 0,408 | 0,161 |

| | | | | | |
|--|----------------|-------|-------|-------|-------|
| | Izobrazba | 0,003 | 0,731 | 0,000 | 0,143 |
| | Raven zdr.var. | 0,800 | 0,716 | 0,503 | 0,885 |