

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Janja Rižnar

**Oblikovanje poklicne samopodobe medicinskih sester v Sloveniji**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2013

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Janja Rižnar

Mentorica: red. prof. dr. Tanja Rener

**Oblikovanje poklicne samopodobe medicinskih sester v Sloveniji**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2013

## **Zahvala**

*Mentorici, red. prof. dr. Tanji Rener, za vso strokovno pomoč, spodbudo in potrpežljivost  
ter za vsa navdihujoča predavanja, ki sem jih imela možnost poslušati med študijem.*

*Medicinskim sestram, ki ste bile pripravljene deliti svojo zgodbo.  
Miri Šavori, medicinski sestre in sociologinji, za vso pomoč in trud.*

*Družini in vsem mojim najbližjim, da verjamete vame in ste ob meni.  
Jeleni, da si si vzela čas in nalogo natančno in temeljito prebrala  
ter jo slovnično izpopolnila.*



## IZJAVA O AVTORSTVU

### magistrskega dela

Podpisani/-a Janja Rižnar, z vpisno številko 21100663, sem avtor/-ica magistrskega dela z naslovom: Oblikovanje poklicne samopodobe medicinskih sester v Sloveniji.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel/-a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil/-a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorski in sorodnih pravicah (UL RS, št. 16/07-UPB3, 68/08, 85/10 Skl.US: U-I-191/09-7, Up-916/09-16)), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko magistrskega dela ter soglašam z objavo magistrskega dela v zbirki »Dela FDV«.

V Ljubljani, dne 11.10.2013 Podpis avtorja/-ice: \_\_\_\_\_

## **Oblikovanje poklicne samopodobe medicinskih sester v Sloveniji**

V magistrski nalogi se ukvarjam z oblikovanjem poklicne samopodobe medicinskih sester v Sloveniji, zanimajo me dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje poklicne samopodobe in spremembe, ki so nastale v času treh generacij. Poklic medicinske sestre je feminiziran, saj je približno 90 % medicinskih sester ženskega spola. Poklic določata dve specifični razsežnosti: skrbstveno in emocionalno delo, ki je fizično, psihično in moralno zahtevno. Ženske v zdravstvu ne zasedajo visokih položajev, največ jih je v zdravstveni negi, ki je feminizirana dejavnost, za katero sta značilna nizek ugled in slabe plače. Medicinske sestre predstavljajo večinski del zaposlenih v zdravstvu, vendar so kljub temu nevidne. Analiza je pokazala, da so odnosi v zdravstvu izredno težavni in vplivajo na oblikovanje samopodobe. Kot najbolj boleča točka so se izkazali odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami. Medicinske sestre so kljub napornemu delu, težavnemu usklajevanju poklicnega in družinskega življenja – skrb za družino je namreč še vedno predvsem v domeni žensk, delovni čas medicinskih sester pa je družini neprijazen – zadovoljne s svojim delom in poklicem. Opravljanje družbeno koristnega dela in pomoč ljudem odtehtata negativne posledice. Kljub vsemu pa jih bremenijo odnosi z zdravniki. Medicinska sestra je namreč še vedno pomočnica zdravnikov, suverenost na svojem poklicnem področju pa je v ozadju.

**Ključne besede:** feminizirani poklici, medicinske sestre, samopodoba, emocionalno in skrbstveno delo, usklajevanje poklicnega in družinskega življenja.

## **Formation of the professional self-image of nurses in Slovenia**

My master thesis deals with the formation of the professional self-image of nurses in Slovenia; I am interested in the factors that influence the formation and the changes that have occurred within a time span of three generations. The nursing profession is feminized, as around 90 % of nurses are female. The profession is determined by two specific dimensions: emotional labor and caring work that is physically, mentally and morally difficult. Women in the medical field do not reach senior positions, majority of them are employed in nursing, which is a feminized profession and is characterised by low wages and poor reputation. Nurses represent a majority of health care professionals, but despite that remain invisible. Analysis has shown that the relations between professions in the health care field are extremely difficult and that they have an impact on the formation of self-image. The relationship between doctors and nurses proved to be the most painful one. Despite the hard work, difficulties in balancing professional careers and family life (family care is mostly the domain of women), and family unfriendly working hours, nurses are still satisfied with their work and profession. Socially beneficial work and helping people outweigh the negative aspects. Nevertheless, they are burdened by the relations with doctors. A nurse is still seen as a doctors assistant, while her sovereignty in the professional field is held in the background.

**Key words:** feminized professions, nurses, self-image, emotional labor and caring work, balancing professional careers and family life.

## KAZALO

|       |                                                                  |    |
|-------|------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | UVOD .....                                                       | 7  |
| 2     | SOCIALNO-ZGODOVINSKI KONTEKST .....                              | 11 |
| 2.1   | ŽENSKE IN TRG DELOVNE SILE .....                                 | 11 |
| 2.2   | FEMINIZACIJA POKLICEV .....                                      | 13 |
| 2.2.1 | Feminizacija socialno-zdravstvenih poklicev na Slovenskem .....  | 14 |
| 2.3   | ŽENSKE IN SFERA PLAČANEGA DELA PO 2. SVETOVNI VOJNI.....         | 15 |
| 3     | MEDICINSKE SESTRE .....                                          | 18 |
| 3.1   | EMOCIONALNO DELO MEDICINSKIH SESTER.....                         | 18 |
| 3.2   | SKRBTSTVENO DELO MEDICINSKIH SESTER .....                        | 23 |
| 3.3   | MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENA NEGA .....                      | 27 |
| 3.4   | IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER.....                            | 32 |
| 3.5   | SAMOPODOBA MEDICINSKIH SESTER .....                              | 34 |
| 4     | USKLAJEVANJE POKLICNEGA IN DRUŽINSKEGA ŽIVLJENJA.....            | 41 |
| 5     | EMPIRIČNI DEL – ANALIZA BIOGRAFSKIH INTERVJUJEV .....            | 43 |
| 5.1   | RAZLOGI ZA IZBIRO POKLICA IN ŠOLANJE .....                       | 44 |
| 5.1.1 | Podpora doma.....                                                | 45 |
| 5.2   | POMEN IZOBRAŽEVANJA ZA ZDRAVSTVENO NEGO .....                    | 46 |
| 5.2.1 | Odnosi med srednjimi in diplomiranimi medicinskimi sestrami..... | 48 |
| 5.3   | POMEN IN STATUS POKLICA .....                                    | 49 |
| 5.3.1 | Ugled poklica .....                                              | 50 |
| 5.4   | ODNOSI NA DELOVNEM MESTU .....                                   | 51 |
| 5.4.1 | Avtonomija in samostojnost poklica .....                         | 51 |
| 5.4.2 | Odnosi z zdravniki.....                                          | 53 |
| 5.4.3 | Odnosi z zdravnicami .....                                       | 55 |
| 5.4.4 | Odnosi s pacienti .....                                          | 55 |

|       |                                                                 |    |
|-------|-----------------------------------------------------------------|----|
| 5.4.5 | Sodelovanje in medsebojna pomoč ter odnosi med kolegicami ..... | 57 |
| 5.4.6 | Odnos do moških poklicnih kolegov .....                         | 59 |
| 5.5   | USKLAJEVANJE POKLICNEGA IN DRUŽINSKEGA ŽIVLJENJA.....           | 60 |
| 6     | SKLEP.....                                                      | 63 |
| 7     | LITERATURA.....                                                 | 66 |
|       | PRILOGA: VPRAŠANJA ZA INTERVJU .....                            | 73 |

## 1 UVOD

*»Sestre, le k soncu, svobodi,  
sestre, le k luči na plan!  
Noč je bolestna za nami,  
pred nami svobode je dan.«*

(Ženski pevski zbor Kombinat)

Namen magistrskega dela je preučiti in analizirati poklicne samopodobe medicinskih sester v Sloveniji in spremembe, ki so nastale v času treh generacij. Poklic medicinske sestre je feminiziran in ga določata dve specifični razsežnosti: skrbstveno in emocionalno delo. Približno 90 % medicinskih sester je ženskega spola in zdravstvena nega kot poklicna dejavnost ima vse značilnosti feminiziranih poklicev: »nizka plača, nizek status, slabe delovne razmere, majhna možnost napredovanja in slaba izobrazba« (Pahor 2006, 21).

O enakopravnosti žensk na tem področju tako ne moremo govoriti, četudi je formalno priznana. Ravno zaradi tega je vprašanje in problem medicinskih sester kot predstavnic feminiziranega poklica relevantno za raziskovanje.

Kljub temu, da so se možnosti izobraževanja za medicinske sestre v zadnjih desetletjih povečale, visoko izobražene predstavnice še vedno niso popolnoma sprejete. Zdravstvena nega naj bi bila predvsem praktična dejavnost (Pahor 2006).

Pomemben je tudi vidik skrbstvenega dela. Pri delu medicinskih sester je ključnega pomena skrb. Neplačano skrbstveno delo je delo, ki ga doma opravljajo pretežno ženske, skrbijo namreč za bolne, otroke in starejše. Skrbnice običajno to delo dojemajo kot samoumevno, ne glede na to, ali so zaposlene ali ne. Značilnost skrbstvenega dela je, da je fizično, čustveno in moralno zahtevno. V primeru medicinskih sester je skrbstveno delo postalo poklicno delo (Pahor 2006).

Zanimiv je prenos psihosocialne dinamike patriarhalne družine v polje zdravstvene oskrbe: »V bolnišnici se oblikuje klasična triada: zdravnik je mož in oče, gospodar, racionalen, odločen, oddaljen; medicinska sestra je mati, gospodinja, je čustvena, podrejena, blizu in stalno prisotna; bolniki so otroci, ki so nemočni in morajo ubogati, zaupati materi in spoštovati očeta ter se ga bati« (Pahor 2006, 33). Tovrstni odnosi so ovira pri

profesionalizaciji, ki ne zahteva le strokovno podkovane medicinske sestre, temveč tudi občutek enakovrednosti v sistemu zdravstvene oskrbe. Medicinske sestre so v procesu socializacije prevzele tradicionalne ženske vloge, izpolnjevanje ukazov, podrejanje, popolno predanost drugim, pasivnost, ustrežljivost (Pajnikihar 1999). In na takšen način same veliko prispevajo k temu, da se hierarhični odnosi nadaljujejo.

Pri proučevanju poklica medicinskih sester se ne moremo izogniti zgodovinskemu kontekstu vstopa žensk na trg dela in procesu feminizacije nekaterih poklicnih dejavnosti. Pomembno je namreč razumeti, kako in v katerem zgodovinskem času so ženske vstopile na trg dela. To vprašanje pa je povezano z razumevanjem pomena zasebne in javne sfere življenja in razmerij med obema.

Medicinske sestre so zanimive za preučevanje tudi zaradi protislovnosti. Kljub temu, da predstavljajo večinski del zaposlenih v zdravstvu, so skorajda nevidne (Pahor 2001a). »Raziskovati pomeni gledati to, kar vsi gledajo in videti, česar drugi (še) ne vidijo. Raziskovati medicinske sestre, pomeni videti še ne-videno v obeh pomenih« (Pahor 2001a, 20). Raziskovati medicinske sestre, pomeni raziskovati utišane skupine (Rener 1991).

Raziskovanje medicinskih sester pomeni vstop na teren zdravstvene sociologije. Z zdravjem se ne ukvarjajo le biomedicinske znanosti, temveč tudi družbene vede. Tako sta zdravje in zdravstvo tudi predmet sociologije. Različni sociološki pristopi različno obravnavajo zdravje in zdravstvo, zanimajo jih različni segmenti in izhajajo iz različnih predpostavk (Pahor 1999, 1019). V magistrski nalogi bom izhajala iz feminističnih predpostavk, zlasti z vidika spolne delitve dela, ki v zdravstvu odseva podrejenost žensk. Ženske v zdravstvu ne zasedajo visokih položajev, največ jih je v zdravstveni negi, ki je feminizirana dejavnost in za katero sta značilna nizek ugled in slabe plače. Ženske pogosteje delajo na področjih, kjer se zahteva rutino in izvršuje navodila, za tovrstna delovna mesta pa je značilna še obremenitev zaradi delovnika, ki do uslužbencev ni prijazen (Pahor 1999).

Na področju zdravstvene sociologije ne moremo mimo Turnerja (1995, Pahor 1999), ki je opredelil zdravstveno sociologijo kot področje, ki proučuje pet družbenih pojavov, ki so:

- zdravje in bolezni z vidika zdravstvenih delavcev in bolnikov,
- zdravstveni poklici in procesi profesionalizacije,
- profesionalna socializacija zdravstvenih delavcev,
- zdravstvene organizacije, predvsem bolnišnice,

- družbeni vplivi na zdravje in bolezni.

V magistrski nalogi se bom ukvarjala s profesijo. Ob tem je potrebno (znova) poudariti vpliv feministične teorije, ki se je sprva ukvarjala z znanimi ženskami iz zgodovine, kasneje pa se je osredotočila na raziskovanje vsakdanjega življenja žensk tako iz preteklosti kot v sedanjosti (Milić 1988 v Švab 2001). V magistrski nalogi se bom ukvarjala z vsakdanjimi življenji žensk v različnih časovnih obdobjih in tako izhajala iz feministične pozicije.

Magistrsko delo bo razdeljeno na teoretski in empirični del. V teoretskem delu bom opravila pregled temeljnih konceptov in pojmov, ki so pomembni za razumevanje. V empiričnem delu pa se bom ukvarjala z raziskovalnim vprašanjem, ki sem si ga postavila skladno s cilji in namenom raziskovanja, to je **preučitev oblikovanja poklicne samopodobe medicinskih sester v Sloveniji v času treh generacij:**

- medicinske sestre rojene do leta 1965,
- medicinske sestre rojene med leti 1965 in 1979,
- medicinske sestre rojene po letu 1979.

Tri-generacijski časovni okvir sem izbrala zato, ker mislim, da bom tako lahko raziskovalno ujela časovno dinamiko sprememb v pomenu poklica za ženske, ki so ta poklic opravljale v različnih obdobjih. **Sprašujem se, ali je prišlo do sprememb v doživljanju pomena poklica.**

Vprašanja in področja, ki so relevantna za preučevanje in ugotavljanje poklicne samopodobe:

- razlogi za izbiro poklica in šolanja,
- pomen izobraževanja za zdravstveno nego,
- pomen in status poklica,
- odnosi na delovnem mestu:
  - avtonomija in samostojnost poklica,
  - odnosi z zdravniki,
  - odnosi z zdravnicami,
  - odnosi s pacienti,
  - sodelovanje in medsebojna pomoč ter odnosi med kolegicami,
  - odnos do moških poklicnih kolegov,
- usklajevanje poklicnega in družinskega življenja.

Zanimalo me bo, kako se je doživljanje poklica na navedenih področjih spreminjalo v obdobju treh generacij (spreminjanje pomena, težišča posameznega področja raziskovanja in razmerij med njimi).

Majda Pahor in Klavdija Peternelj (2001, 19–50) sta z metaanalizo opravili pregled raziskovalnih del medicinskih sester v Sloveniji v obdobju med leti 1980 do 2000. Ugotovili sta, da prevladujejo kvantitativne raziskave, kvalitativne so bile v manjšini. Predpostavljam, da se je število raziskav od leta 2000 do danes povečalo, vendar že zgoraj omenjeni podatki prikazujejo trend in sicer, da prevladujejo naloge s kvantitativno metodologijo, kvalitativna pa je v ozadju. V svoji nalogi bom, poleg socialne zgodovine poklica v teoretskem delu, uporabila biografsko metodo v empiričnem delu.

Opravila bom **biografske intervjuje** z medicinskimi sestrami iz treh različnih generacij, kjer bom poleg starosti upoštevala še tip šolanja in področje zaposlitve. Opravila bom biografske intervjuje s šestimi medicinskimi sestrami, ki pripadajo trem generacijam. Na tak način bom v raziskavo o spremembah vnesla časovno dimenzijo in se izognila metodološkem individualizmu (Rener 1991). Poznavanje konteksta in socialne zgodovine poklica mi bo pri analizi v veliko pomoč, saj je to ključno pri razumevanju pojava in vzrokov za spremembe.

Biografska metoda ima v tujini pomembno mesto v kvalitativnem raziskovanju, v Sloveniji pa je še precej nepoznana in neuporabljena metoda. Lahko ji rečemo tudi življenjska zgodovina, poklicna biografija, v angleščini pa 'life-story' (Javornik Krečič 2007).

Biografska metoda kot znanstvena metoda vsebuje tri elemente:

- biografija je odsev pripovedovalčevega socio-kulturnega okolja,
- biografija prikazuje individualno perspektivo,
- biografija vključuje časovno dimenzijo, ki je tista, ki povezuje individualno in družbeno okolje

(Shaw v Javornik Krečič 2007, 4).

## 2 SOCIALNO-ZGODOVINSKI KONTEKST

Zgodovinski kontekst vstopa žensk na trg delovne sile in razvoj feminizacije poklicev sta pomembna procesa za razumevanje aktualnih delitev dela po spolu in posledic, ki jih ta prinaša. Zato se bom v nadaljevanju ukvarjala z zgodovinskim kontekstom in opravila kratek zgodovinski pregled s poudarkom na slovenskem prostoru.

### 2.1 ŽENSKÉ IN TRG DELOVNE SILE

Zgodovinarica Žnidaršič Žagar (2007, 20) ugotavlja, da iz položaja ženskega dela v 19. in 20. stoletju razberemo tri zakonitosti, ki imajo danes »povratno negativni učinek« na aktualni položaj žensk v sferi plačanega dela:

- ženske so slabše plačane kot moški;
- za poklice, kjer začnejo prevladovati ženske, torej za feminizirane poklice, velja, da padejo po statusni lestvici, imajo zato slabše plače in posledično slabši družbeni ugled in vpliv, prav tako pa imajo manjše možnosti napredovanja;
- še vedno obstaja delitev na tipično moške in tipično ženske poklice in dela oz. poklice in dela, ki so domnevno »po naravi« primernejši za en ali drugi spol.

Spremembe zaposlitvenih vzorcev žensk v Angliji in Franciji, ki sta jih raziskovali Tilley in Scott (v Milharčič Hladnik 1995, 24) so potekale po naslednjem modelu:

1. *Družinska ekonomija*: zanjo je značilen družinski način produkcije, kar pomeni, da je v njej sodelovala vsa družina in tudi ženske so bile proizvajalke. Neporočene ženske so pogosto delale tudi izven družinske ekonomije. Gre za predindustrijsko dobo, za katero sta značilna nizka produktivnost in majhna enota produkcije.
2. *Družinska mezdna ekonomija*: z industrializacijo družina ni več prostor, kjer se ustvarja produkcija, temveč se to preseli v tovarne in delavnice. Ženske so delale občasno, odvisno od potreb gospodinjstva po prihodku oz. mezdi.
3. *Družinska konzumpcijska ekonomija*: gre za obdobje konec 19. stoletja, ko se je produktivnost zelo povečala zaradi tehnoloških sprememb. Novi produkcijski načini so potrebovali moško delovno silo, vendar so se hkrati v terciarnem sektorju odprla mnoga delovna mesta, kjer so se zaposlovale ženske.

Avtorici torej ugotavljata, da je bila ženska že v predindustrijski dobi proizvajalka. Industrijska doba prinese pomembno ločitev na zasebno in javno sfero, kjer ženski pripada mesto v zasebni sferi, moškim pa v javni. Spremembe v ekonomiji odprejo nova delovna

mesta za ženske konec 19. stoletja. Množično zaposlovanje žensk pa se začne po drugi svetovni vojni, saj se je terciarni sektor povečal, poleg tega so se vse bolj zaposlovale tudi poročene ženske, ker so bile finančne potrebe gospodinjstev vse večje. Ženske so tako zaposlovale vladne službe, pošte, podjetja, trgovine ter blagovnice, kjer so delale kot tajnice, tipkarice, administratorke, uradnice, prodajalke, operaterke, telefonistke. Z razvojem zdravstvenega varstva, ki ga je prinesla država blaginje, so se na novo organizirale bolnišnice, kjer so se zaposlovale medicinske sestre. Šolski sistem pa je zaposloval učiteljice (Scott 1993, 406 v Milharčič Hladnik 1995, 25).

Spremembe zaposlovanja žensk je potrebno misliti v kontekstu družinskih, ekonomskih in demografskih razmer. Ženske mezde so bile vselej nižje od moških, angleški in francoski ekonomisti so to utemeljevali s funkcijo ženskih mezd, ki jim je pripadala dopolnilna vloga v družinskem proračunu. V začetku 19. stoletja so se potrebe po ceneni delovni sili zelo povečale in struktura zaposlenih se je zaradi tega spremenila (Milharčič Hladnik 1995).

V evropski zgodovini so ženske opravljale tudi dela, ki jih naj ne bi, torej tudi moška, medtem ko moški niso nikoli opravljali tipično ženskih del (higiena in vzgoja otrok, gospodinjstvo, skrb za hrano, bolne, umirajoče ipd.). Veljalo je, da so to dela, za katera se ne spodobi, da jih opravljajo moški. Po vstopu na trg plačanega dela so to postala dela, ki so jih opravljale pretežno ženske, kar pomeni, da so ženske »profesionalizirale prav svoja tipična in tradicionalna delovna področja« (Žnidaršič Žagar 2007, 19). V 19. stoletju so bila ženska dela komplementarna, saj so bili možje družinski skrbniki. Ženska dela so bila ovrednotena kot slabše produktivna, manj profesionalna in zato manjvredna. Torej je veljalo, da ima tisto, kar ženske ustvarijo nižjo oz. najnižjo vrednost, četudi ne proizvajajo manj. Problem je, da so ženska dela še danes vrednotena kot manj produktivna in zato imajo tudi nižjo vrednost (Žnidaršič Žagar 2007, 19). Logika vrednotenja je ostala enaka.

## 2.2 FEMINIZACIJA POKLICEV

Na slovenskem so bila proti koncu 19. in začetku 20. stoletja izrazito ženska poklicna področja povezana s predelavo hrane in živilskih izdelkov: kmetijstvo, pekarstvo, mesarstvo, slaščičarstvo in razni predelovalni obrati s temi izdelki. Poleg prehranske industrije sta bili ženski področji še usnjarska in tekstilna industrija. Z vzponom potrošništva so se ženske začele intenzivneje zaposlovati v storitvenih dejavnostih, vzdevek tovrstnih dejavnosti je postal »beli ovratniki«. Te so predstavljale uradnice, tajnice, tipkarice, pošne delavke, telefonistke, zdravstvene delavke – medicinske sestre, strežnice, babice, negovalke ter delavke v vzgoji in izobraževanju – varuške in učiteljice (Žnidaršič Žagar 2007, 26). To so bila dela, ki so bila skladna z žensko 'naravo', saj naj bi ženska bila po 'naravi' »nagnjena k služenju, podrejanju, ugajanju, skrbi za druge, samožrtvovanju, prijaznosti, materinskosti, vestnosti, natančnosti, potrpežljivosti« (Žnidaršič Žagar 2007, 27).

V trgovini, gostinstvu, prometu, torej terciarnem gospodarskem sektorju, je feminizacija potekala v obdobju med obema vojnama. Konec 19. stoletja še ne moremo govoriti o feminizaciji trgovk, čeprav so ženske predstavljale že polovico izmed vseh prodajalcev z mešanim blagom. V tistem času so bili samostojni hišni posli feminiziran poklic, ki je zajemal likarice, perice, čistilke, hišne pomočnice ipd. (Žnidaršič Žagar 2007). Vstop žensk na trg dela je pomembno pretresel tradicionalne delitve vlog med moškimi in ženskami, čeprav to še zdaleč ni bilo dovolj za odpravo teh delitev. Feminizacija poklicev kaže ravno na to, da so delitve še globoko zakoreninjene. Ženske so bile nova delovna sila, ki je bila kakovostna, čeprav je bila poceni. Z industrializacijo se veliko dejavnosti, ki potekajo v družini, torej v zasebni sferi, prenese v javno sfero in ta delovna mesta so zasedale ženske (socialno varstvo, šolstvo, zdravstvo, administracija). Ta dela so hitro postala slabše plačana in manj cenjena kot dela, ki so jih opravljali moški, četudi s podobno izobrazbo. Značilno je, da je tudi na področjih, kjer prevladujejo ženske, nadrejeni in na višjem položaju moški. Pomembna značilnost feminiziranih poklicev je, da so v njih močno zastopane razsežnosti, ki so značilne za družinsko delo, zlasti natančnost, skrb za druge in rutinsko delo. Druga značilnost neformalnega družinskega dela je, da je implicitno, družbeno manj vidno, ekonomsko podcenjeno in vendar pričakovano delo. Poklici v vzgoji, izobraževanju in zdravstvu le »posredno in na daljši rok pokažejo svoj ekonomski učinek« (Ferligoj in drugi 1990, 17). Kar pa pomeni, da je tovrstno delo slabše ovrednoteno kot delo, kjer je cilj jasno določljiv ekonomski proizvod oz. delo, ki ga opravljajo moški. Beck (2001) ugotavlja, da bolj kot je neko področje za družbo centralnega pomena, manj so v njem zastopane ženske. Kljub temu,

da so medicinske sestre nepogrešljive na področju zdravstva, so običajno v senci zdravnikov, katerih dejavnost je za družbo centralnega pomena. Medicinske sestre so vsaj simbolno, na ravni prevladujočih družbenih predstav, le njihove 'pomočnice'.

### 2.2.1 Feminizacija socialno-zdravstvenih poklicev na Slovenskem

Angela Vode (1998) je skladno z duhom časa menila, da so za ženske primerni poklici, kjer je potreben materinski čut. Govorila je, da so ti poklici v ženski naravi. Ženska bo uspešna v tistih poklicih, kjer se je potrebno vživeti v druge, torej kjer sta potrebna empatija in sočutje. Menila je, da je ženska nepogrešljiva v vzgojnih, socialno-zdravstvenih ter skrbstvenih poklicih.

Zaposlenost žensk v socialnih poklicih leta 1933 (Vode 1998, 146–152):

- Najstarejši poklic je **babica**; teh je bilo leta 1933 v Dravski banovini 1100. Babice so bile organizirane v babiško društvo, ki je izdajalo tudi glasilo *Babiški vestnik*.
- **Bolniške strežnice** so bile predvsem redovnice Vincencijevega reda v bolnišnicah in sanatorijih, prav tako pa na domovih bolnikov.
- **Zaščitena sestra** je poklic, podoben bolniški strežnici, vendar to delo zahteva višjo izobrazbo, saj je bolj raznovrstno in zahtevno. Zaščitene sestre so delale z otroki, mladino in prestopniki v raznih domovih in zavetiščih. V industrijskih krajih je bila naloga zaščitene sestre še skrb za higieno. Angela Vode je menila, da je to eden izmed najlepših poklicev za žensko, saj naj bi se ravno v tem poklicu v največji možni meri uveljavile vse ženske vrline. V Ljubljani se sestre izobražujejo 3 leta, predpogoj pa je nižja, srednja ali meščanska šola. Do takrat je bilo 120 strokovno izpopolnjenih sester.
- **Negovalka** neguje male otroke, je neke vrste varuška, vendar mora za to opraviti enoletni tečaj.

## 2.3 ŽENSKE IN SFERA PLAČANEGA DELA PO 2. SVETOVNI VOJNI

Če je za obdobje pred drugo svetovno vojno veljalo, da se je ženska, ko se je poročila, morala odločiti bodisi za poklic bodisi za zakon, so z vojno prišle spremembe. Moški so namreč odšli na fronte in ženske na njihova delovna mesta v delavnice, pisarne, obrate ipd. Po vojni so se poklicne možnosti za ženske povečale in odprla so se jim vrata na različnih področjih, tudi v politiki (Vode 1998). Vendar je to pomenilo, da so bile dvojno obremenjene. »Zvečer, ko je za druge čas počitka, začne ona še le prav garati. Treba je umiti otroke, skuhati hrano tudi za drugi dan, krpati za moža in družino« (Vode 1998, 156). Če so se ženske toliko let borile, da je delo postalo njihova pravica, so kmalu ugotovile, da jim to prinaša dvojno obremenjenost. Ženska je tako bila primorana svoje »tradicionalne vloge«, ki so bile vezane na zasebno sfero, združevati z novimi vlogami, ki so bile vezane na delo (Ule 1993, 121).

Ženske na Slovenskem pred drugo svetovno vojno niso imele političnih pravic, v družinskem in osebnem življenju so bile po zakonodaji podrejene moškim. Med drugo svetovno vojno so ženske dobile pomembno vlogo v okviru Narodnoosvobodilnega boja (NOB) in Antifašistične fronte žensk (AFŽ). 8. marec je postal praznik AFŽ. Med vojno so z zakoni uredili enakopravnost, ženske so dobile tudi volilno pravico. Nova ustava po vojni je določala, da so ženske enakopravne z moškimi »na vseh področjih državnega, gospodarskega in družbenega življenja« ter da jim za enako delo pripada pravica do enakega plačila kot moškim. Poleg tega so ženske postale deležne posebnega varstva v delovnih odnosih (Tomšič 1976, 47). Zaposlovanje žensk je naraščalo med leti 1958 in 1968. Leta 1970 je bilo zaposlenih 31,1 % žensk med vsemi zaposlenimi osebami. 30,6 % žensk je bilo zaposlenih v industriji, in sicer tekstilni, živilski in tobačni. V negospodarskih panogah pa je bilo največ žensk v kulturno-socialnih dejavnostih, kar 57,3 % izmed vseh zaposlenih (Tomšič 1976, 180), kar pomeni, da je bilo to področje že takrat feminizirano. Vida Tomšič (1976, 181) je menila, da je pri zaposlovanju ovira tradicionalizem in počasno premagovanje prepričanj o tem, katera dela naj bi bila ženska in katera moška. Tovrstni predsodki so danes še vedno prisotni. Poklici se še vedno delijo na ženske in moške in tovrstno prepričanje se legitimizira z naravo in biologističnimi argumenti: »Za razliko od moških ženske rojevajo, dojijo in menstruirajo, kar sodi k njihovim biološkim značilnostim. Na splošno so ženske tudi manjše, imajo drobnejše okostje in manj mišične mase. V modernih družbah bi bilo treba le malo organizacije, pa bi ta fiziološka dejstva ne imela omembe vrednih družbenih posledic« (Goffman 1977, 301 v Renner 2008, 4).

Družba določa, katere vloge so sprejemljive in spol vpliva na izbiro in opravljanje družbenih vlog. V modernih družbah so vloge, ki so sprejemljive za ženske povezane z zasebno sfero, ki je slabše ovrednotena, moškim pa pripada vloga v javni sferi (Kanjua Mrčela 1996, 40). Delitev naj bi bila 'naravna', saj žensko na dom veže njena 'narava', z domom naj bi bila ženska biološko povezana. Ti argumenti so popolnoma zgrešeni, saj gre za kulturne koncepte. Znano je, da imajo v različnih družbah oz. kulturah moški in ženske različne vloge. Poklici, kjer prevladujejo ženske, imajo nižji status kot poklici, kjer prevladujejo moški. Poklice z visokim ugledom in statusom ženske le s težavo dosežejo. Na status ženske veliko bolj kot pri moškem vplivajo še zakonski stan, materinstvo, status partnerja. Za moške to ne drži (Kanjua Mrčela 1996). Za ženske je značilno, da se ne pojavljajo tam, kjer je skoncentrirana družbena moč. Ženske so na periferiji, njihovo delo je običajno nevidno.

Stereotipi o spolih so izjemno močni. Ko se govori o ženskah in moških, se govori o nasprotjih; noč – dan, čustva – razum, pasivnost – aktivnost. Ženskam se tako pripisuje nežnost, čustvenost, pasivnost, moškim pa moč, agresivnost, aktivnost ipd. (Kanjua Mrčela 1996, 47). »Obstaja dobri princip, ki je ustvaril red, svetlobo in moškega; in zli princip, ki je ustvaril kaos, temine in žensko« (Pitagora v De Beauvoir 1999, 115). Nevenka Černigoj Sadar (1991 v Kanjua Mrčela 1996, 47) identificira dejavnike, ki vplivajo na stereotipne predstave o vlogah žensk in moških. Ti dejavniki so: »specifična diferenciacija vlog«, ki obstaja tako v direktni interakciji kot v simboličnih posredovanjih, kontinuirano uresničevanje teh vlog, prepričanja o nesprejemljivosti identitete in pa družbene institucije, ki posedujejo moč in »legitimizirajo spolno diferenciacijo.« Družina, šola, vrstniki, delovno okolje, socialne institucije kot je npr. cerkev pa so dejavniki socializacije, kjer se tovrstne predstave in miti producirajo in prenašajo (Kanjua Mrčela 1996).

Relevantno je tudi vprašanje, kaj vpliva na izbiro poklica. Powell (1988 v Kanjua Mrčela 1996, 66) meni, da naslednji dejavniki:

- osebni interesi,
- sposobnosti,
- družbene norme,
- pričakovanja drugih,
- možnosti na trgu.

Za poklicno segregacijo sta značilni naslednji dve teoriji:

1. Teorija rezervne armade delovne sile (potiskanje žensk v nekvalificirane oz. slabo plačane poklice).
2. Teorija dvojnega trga delovne sile: ženske so na sekundarnem trgu delovne sile (slabše plačani poklici, brez možnosti napredovanja)

(Kanjuro Mrčela 1996, 67).

V zdravstvu prevladujejo medicinske sestre, ki pa so slabše izobražene in plačane kot zdravniki, ki jih je veliko manj. Poleg tega imajo medicinske sestre manjše možnosti napredovanja. V zahodnem svetu se ženske, četudi se odločajo za 'moške' poklice, odločajo za bolj 'ženska' področja. Ženske prav tako kakor moški reproducirajo predsodke, ki so jih ustvarili moški: da ženske potrebujejo svojo ženskost in da je to ključno. Ambicioznost je pri moških zaželen in je kompliment, pri ženskah pa ne, lahko je celo žalitev. Karieristke naletijo na številne ovire in neodobravanja, tudi s strani žensk in to je tudi razlog, ki številne ženske odvrča od 'moških' poklicev. In na tak način je enakost v poklicih še vedno oddaljena (Oakley 2000).

Drug problem pa je, da je žensko delo manj cenjeno kakor moško delo. Ženske opravljajo poklice, ki »odsevajo domestifikacijo konvencionalne ženske vloge« (Oakley 2000, 94). In ti poklici veljajo za manjvredne. Problem je, ker družba ženske vidi kot »spolno kategorijo« in jim zato pripisuje vloge, ki so povezane z reprodukcijo, torej, da so predvsem matere in gospodinje (Parsons v Oakley 2000, 95).

Danes so po izobrazbi ženske moške že dohitele in celo prehitele, vendar so običajno zaposlene v manj konjunktornih panogah, opravljajo manj kvalificirana dela ter imajo zato nižje dohodke in delovni položaj. Zanimivo je, da zasedajo tista delovna mesta, ki jih moški zapustijo (Boh 1986, 135). Tako je bilo z univerzo, ki obstaja 900 let, vendar so se ženskam vrata odprla šele pred dobrimi šestdesetimi leti. Braidotti (2000, 33) ugotavlja, da se ženske od vstopa vanjo začnejo pretirano truditi in izkazovati, saj so zadovoljne, da so sploh lahko del te institucije. Tako se ne vprašajo, če ne zasedajo le mest, ki jih je zapustil »patriarhat« in ki so postala nepomembna. Podobno je z ženskami v politiki. Leta 2013 smo v Sloveniji dobili prvo premierko, kar je sicer korak naprej v boju za enakopravnost spolov, vendar vzorec je enak: ženska je zasedla mesto, ki ga je moški zapustil. Darja Zaviršek (v Banjanac Lubej 2013) ugotavlja, da v patriarhalni družbi ženska pride na oblast le, ko se moški ne

morejo dogovoriti. Ko pa se stvari umirijo in »normalizirajo«, ko se dominantni akterji dogovorijo, takrat imajo ženske bolj malo možnosti, da bi zasedle najvišje položaje.

### 3 MEDICINSKE SESTRE

Poklic medicinske sestre je feminiziran. Po zadnjih podatkih v Sloveniji poklic opravlja le 12,4 % moških (Statistični urad Republike Slovenije 2012), čeprav je spodbudno, da število moških vsako leto počasi narašča.

**Tabela 3.1: Število in delež žensk in moških, ki opravljajo poklic medicinske sestre oz. zdravstvenika v Sloveniji od leta 2000 do 2011**

| Konec leta | Skupaj | Število žensk | Število moških | Delež žensk | Delež moških |
|------------|--------|---------------|----------------|-------------|--------------|
| 2000       | 15.624 | 14.410        | 1.214          | 92,2 %      | 7,8 %        |
| 2001       | 15.607 | 14.373        | 1.234          | 92,1 %      | 7,9 %        |
| 2002       | 15.505 | 14.253        | 1.252          | 91,9 %      | 8,1 %        |
| 2003       | 15.353 | 14.072        | 1.281          | 91,7 %      | 8,3 %        |
| 2004       | 16.672 | 15.069        | 1.603          | 90,4 %      | 9,6 %        |
| 2005       | 16.347 | 14.845        | 1.502          | 90,8 %      | 9,2 %        |
| 2006       | 16.437 | 14.745        | 1.692          | 89,7 %      | 10,3 %       |
| 2007       | 16.658 | 14.879        | 1.779          | 89,7 %      | 10,7 %       |
| 2008       | 16.936 | 15.073        | 1.863          | 89 %        | 11 %         |
| 2009       | 16.928 | 15.032        | 1.896          | 88,8 %      | 11,2 %       |
| 2010       | 16.947 | 14.960        | 1.987          | 88,3 %      | 11,7 %       |
| 2011       | 18.300 | 16.031        | 2.269          | 87,6 %      | 12,4 %       |

Vir: Statistični urad Republike Slovenije (2011); Statistični urad Republike Slovenije (2012).

#### 3.1 EMOCIONALNO DELO MEDICINSKIH SESTER

Delo v zdravstveni negi je emocionalno delo. Emocije se v zahodnem svetu pripisuje ženskam. Ženske *naj bi* bila čustvena bitja, moški pa racionalna. Emocionalno delo je zadnja leta v središču ženskih in feminističnih študij, sociologije dela in sociologije zdravja.

'Emotional labour' (angl.) se nanaša na javno obliko dela. Gre za »nevidno, podcenjeno in nepriznано obliko dela žensk v zasebni in javni sferi« (Šadl 2002a, 50). Emocionalno delo je oblika dela, kjer se uporabljajo čustva, to pa je izjemno zahtevno delo, ki zahteva

emocionalne, intelektualne in fizične zmogljivosti. Za emocionalno delo je značilna »interpersonalna senzitivnost in skrb, osebna pozornost, individualen pristop« (Šadl 2002a, 55). Pomembno je upravljanje s svojimi čustvi, kar je ključnega pomena pri emocionalnem delu. Emocionalno delo je v praksi še dokaj nepoznan termin in ni ustrezno vrednoten (Hvalec in Kobal Straus 2012). Kar pomeni, da emocionalno delo medicinskih sester ni ustrezno prepoznano in vrednoteno in zato je samoumevno, nevidno, pričakovano in posledično nepravilno nagrajeno in materialno ovrednoteno.

Emocionalno delo prvič omeni sociologinja Hochschild Russel leta 1985 v članku, kjer je predstavila rezultate raziskave o upravljanju s čustvi stevardes in izterjevalcev dolgov pri svojem delu. Emocionalno delo pomeni upravljanje posameznikovega osebnega doživljanja in ustrezna interpretacija doživljanja, ki pa mora biti skladna z okoljem in poklicem (Hei-Lin Chu 2002 v Hvalec in Kobal Straus 2012, 220). Čustva so prisotna v vseh poklicih, vendar dobijo poseben pomen v poklicih, kjer je delo z ljudmi ključno (Šadl 2002a).

Trije pogoji emocionalnega dela:

- *čustva kot pogoj*: ustrezna čustva so pogoj za opravljanje dela,
  - *čustva kot medij*: delavec upravlja s svojimi čustvi z namenom vplivanja na čustva uporabnikov storitev,
  - *čustva kot predmet dela*: čustva drugih ljudi so predmet dela
- (Šadl 2002a, 53).

Emocionalno delo je prisotno kar v tretjini vseh delovnih mest. Značilnosti teh delovnih mest so:

- zahtevajo »srečanje iz oči v oči«,
- od zaposlenega se zahteva, da povzroči določeno čustveno stanje pri drugi osebi,
- delodajalcu dovoljujejo, da izvaja nadzor nad čustvi delavcev

(Hvalec in Kobal Straus 2012, 221; Šadl 2002a, 52).

Emocionalnemu delu lahko pripišemo avtonomni status kakor intelektualnemu, fizičnemu ali obrtniškem delu. Ključen problem je, kako upravljati z lastnimi čustvi in s čustvi drugih (Ule 2009 v Hvalec in Kobal Straus 2012). Opazimo lahko »nadprezentiranost« žensk na delovnih mestih, ki zahtevajo emocionalno delo in »podprezentiranost« moških (Šadl 2002a, 60). Šolstvo, zdravstvo, prodaja in gostinstvo so poklici, za katere je značilno emocionalno delo in hkrati poklici, kjer prevladujejo ženske. Od ženske se pričakuje, da se bo

z občutkom ukvarjala z uporabniki storitev oz. strankami, pacienti ipd., da bo znala obvladovati svoja čustva, predvsem negativna kot sta jeza in agresivnost. Opaziti je tudi razlike med moškimi in ženskami v sferi emocionalnega dela, kjer se moškim bolj popušča oz. se nad ženskami izvaja večje pritiske. Zanimiv je primer zdravniškega poklica, kjer se od zdravnikov in zdravnic pričakuje različna vedenja. Na zdravnicah je tako več pritiska, saj se od njih pričakuje bolj človeški pristop in več emocionalnega dela, ki se kaže v dajanju podpore, sočutju, smehljanju in sicer tako na »verbalni« kot na »neverbalni ravni interakcije« (Šadl 2002a, 61). Enako je z gospodarstvenicami ali političarkami, od katerih od se pričakuje, da bodo bolj humane, rahločutne in imele 'mehkejši' pristope vodenja oziroma vladanja.

Emocionalno delo zahteva strokovno usposobljenost, vendar se ga ne dojema kot strokovnega. Večinoma je emocionalno delo, ki ga opravijo ženske, slabo plačano, saj naj bi bilo v osnovni domeni žensk; gre za razširjeno primarno vlogo žensk in zato je pojmovano kot »ne-delo« (Šadl 2002a, 61). Pojmovano je torej kot samoumevno, od ženske se pričakuje, da bo z lahkoto upravljala s svojimi čustvi in čustvi uporabnikov storitev, saj je to v njeni 'naravi' in zato ni delo, temveč naravna danost.

Emocionalno delo je specifično za delo z ljudmi, kar zdravstvena nega je. Vendar v zdravstveni negi emocionalno delo poteka nevidno in se ga pogosto ignorira, kar lahko povzroča veliko stresa pri zaposlenih. Vsakodnevno vdiranje v intimni svet drugih posameznikov je namreč stresno in oseba, s poklicem, ki zahteva tovrstno ravnanje, velikokrat drugim preprečuje vstop v svoj intimni svet in se tako zaščiti (Fengled 2007 v Hvalec in Kopal Straus 2012, 221). To pomeni, da imajo medicinske sestre običajno težave s svojimi čustvi. Svoja čustva naj bi obvladovale, vendar to zahteva primerno usposobljenost, v praksi je verjetno tako, da svoja čustva le potlačijo, kar povzroča stiske in napetosti.

V zdravstveni negi je potrebna visoka stopnja empatije, torej zmožnosti in sposobnosti vživeti se v čustva drugih brez lastne čustvene vpletenosti (Lussier v Hvalec in Kopal Straus 2012, 221). Problem je prevelika stopnja empatije, ki lahko obema stranema škodi. Zaposleni, od katerih se pričakuje veliko stopnjo empatije, so vedno v dilemi, ali je empatije preveč ali premalo. Zdravstveni delavci se tako pogosto zaščitijo z različnimi obrambnimi mehanizmi, da bi ohranili profesionalno distanco (Hvalec in Kopal Straus 2012, 222). Skrbstveno in emocionalno delo pomeni »'biti so-prisoten', dostopen, 'biti na voljo'« (Šadl 2002b, 312). Emocionalno delo je zelo naporno, zlasti emocionalno delo z bolnimi, poškodovanimi in umirajočimi. Zahteva spretnosti v komunikaciji, tako verbalni kot neverbalni, konverzaciji,

spretnosti v medčloveških odnosih, emocionalne spretnosti. Delo z bolnimi pa zahteva še profesionalno distanco oz. emocionalno obvladanost, ki pomeni pacientom izkazovati zavezanost, vendar izogibanje preveliki vpletenosti in to zahteva neprestano naporno »iskanje ravnovesja med bližino in distanco z inherentnim tveganjem nagibanja v eno ali drugo smer« (Šadl 2002b, 313). Bolnikove težave, čustva in bolečina v medicinski sestri vzbudi čustva in reakcije, vendar se mora medicinska sestra primerno odzvati in obvladati. Medicinska sestra, ki je preblizu pacientu, ki »joka z uporabnikom, kaže šokiranost, zaskrbljenost, jezo, žalost, gnus, ali pa pretirano simpatijo, ne deluje profesionalno« (Šadl 2002b, 313). Kljub temu je emocionalno delo ključno, saj skrbstveno delo naredi humano, bolniku daje občutek, da je vreden. Pomembna lastnost emocionalnega dela je tudi ta, da vpliva na zdravljenje v smislu motivacije pacienta (Šadl 2002b, 313). Medicinske sestre torej s svojim emocionalnim delom veliko prispevajo k zdravljenju, vendar je ta vidik podcenjen in zato ni primerno ovrednoten.

Emocionalno delo lahko poteka na površinskem nivoju, kjer gre za hlinjenje ustreznih čustev ali pa na globljem nivoju, kjer zaposleni poskuša doživeti pričakovana čustva. Slednje je tudi povezano z zadovoljstvom na delovnem mestu. Ugotavlja se, da imajo zaposleni na področju zdravstvene nege premalo opore, kjer bi lahko predelovali doživeta čustva in o njih razpravljali. V praksi take možnosti običajno ni. Zaposleni so pogosto podvrženi anksioznosti in izgorelosti, v profesionalnih odnosih pa redko dobijo oporo. Poleg tega so za izvajalce emocionalnega dela značilne tudi druge negativne psihološke posledice kot so čustvena izčrpanost, otopelost, stres, samoodtujenost. Izgorevanje se lažje pojavi pri tistih zaposlenih, ki nimajo dovolj avtonomije (Hvalec in Kobal Straus 2012) in medicinske sestre spadajo v to kategorijo, saj imajo malo avtonomije. Problem z izgorelostjo se pojavi tudi pri tistih delavcih, ki se premočno identificirajo s svojo vlogo in niso izoblikovali »zavesti o lažnem jazu«, z uporabniki vzpostavijo preveč osebni odnos (Šadl 2002a, 62). Medicinske sestre so v tem kontekstu zagotovo bolj nagnjene k izgorelosti, saj se od njih pričakuje, da se popolnoma zlijejo s svojo vlogo: poklic medicinske sestre na ravni družbe ni dojet le kot poklic, ampak kot poslanstvo, ki terja popolno predanost in veliko mero empatije.

Seveda emocionalno delo, bolj kot katero koli drugo delo (fizično, kognitivno), daje tudi posebno zadovoljstvo, torej tudi psihološke nagrade in zadovoljitve (Šadl 2002a). To je najbrž tudi razlog, zakaj so medicinske sestre kljub težkim pogojem dela, velikim obremenitvam in pričakovanjem, zadovoljne s svojim delom. Občutek pomagati drugim in narediti dobro delo odtehta negativne posledice, saj posameznika napolni z notranjim zadovoljstvom in občutkom lastne vrednosti.

Medicinska sestra je stalno izpostavljena trpljenju, bolečini in smrti, kar povzroča tesnobne občutke. Medicinske sestre, predvsem srednje, največ časa preživijo ob bolniku, zato so prav one najbolj izpostavljene (Klančnik Gruden 2003). Hkrati se le redko o svojem delu pogovarjajo v zasebni sferi, saj so njihova poklicna področja »neokusna, gnusna in zastrašujoča« (Lyth v Klančnik Gruden 2003, 9) in prepuščene so same sebi, kar povzroča psihične napore.

Špela Hvalec in Klavdija Kobal Straus (2012, 226) menita, da bi delodajalci morali znati oceniti zahtevnost emocionalnega dela in zaposlene na to pripraviti ter jim nuditi oporo v obliki dodatnih izobraževanj in usposabljanj, kjer bi se učili sprostitev in tehnik in načinov spoprijemanja s stresnimi situacijami ipd. Tako bi lahko izboljšali kakovost dela ter življenja zaposlenih.

Bolniki so vse bolj ozaveščeni glede svojih pravic, komuniciranje in sodelovanje pa je nujno za uspešno zdravljenje. Odnos med pacienti in zdravstveni delavci je zelo zahteven, zato je potrebna modrost in ne distanciranost ali avtoritarnost. Gre za empatično komuniciranje, pomanjkanje časa pa je pogosto prikladen izgovor za distanco. S tem se zdravstveni delavci zavarujejo, vendar to onemogoča spoštovanje bolnika. Osebni stik in svetovalni odnos do pacienta sta nujna. Prav tako bodo morali pasti »hierarhični zidovi«, ki so tako značilni za zdravstvo, saj so tradicionalni odnosi kontraproduktivni (Ule 2003, 135).

Živimo v času negotovosti, kar se odraža tudi v zdravstvu. Lupton (v Ule 2003, 137) ugotavlja, da je celotna zdravstvena oskrba »upravljanje z negotovostmi.« Etika medicinskih sester in zdravnikov je drugačna, zdravniki imajo do bolnikov tehnični pristop, medicinske sestre pa celostni, kar imenujemo etika skrbi.

Interakcija z bolniki, komunikacija in razumevanje so pomembni pri delu medicinskih sester. Gre za odnosno etiko, ki po Bergum (v Pahor 2003, 144) obsega naslednje koncepte:

- pomembno je vprašanje, 'kako' obravnavamo drug drugega in ne 'zakaj';
- gre za recipročno dejanje: dajanje in sprejemanje;
- osebna avtonomija se razvija z interakcijami med ljudmi in ni vezana le na individualne pravice;
- etika je vprašanje, 'kaj na bi storil/a?' in ne kaj bi 'moral/a storiti?'.

Pomembno je sprejemanje, ki pomeni pripravljenost sodelovati. Zdravstveni delavci imajo pogosto težave pri tem, kako etični problem spremeniti v nekaj dobrega, saj nemoč spremeniti

neko stanje, povzroči obup, ki »okupira, zapre in me naredi nedostopnega drugim in preseka možnost pomoči« (Pahor 2003, 145).

Ključna komponenta emocionalnega dela je skrb. Zato se bom v nadaljevanju ukvarjala s skrbstvenim delom.

### 3.2 SKRBSSTVENO DELO MEDICINSKIH SESTER

Izvajalci zdravstvene nege slabo poznajo koncept skrbi in njegovo vlogo. Koncept skrbi je sicer zelo kompleksen pojem (Randsma 1994 v Šmitek 2001). V nadaljevanju bom predstavila nekaj konceptov in opredelitev.

Jana Šmitek (2001, 70) skrb opredeljuje kot »jedro, bistvo delovanja« in je osrednja vrednota v zdravstveni negi. Skrb je usmerjena v bolnika kot celoto in zato vključuje »zadovoljevanje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih in družbenih potreb bolnikov/varovancev.« Skrb pomeni

*poleg izvajanja dobre telesne nege še: aktivno poslušanje, pogovarjanje, poznavanje bolnika/varovanca kot posameznika, spoštovanje, dotikanje, spodbujanje, tolaženje bolnika/varovanca, informiranje za samostojno odločanje, zaznavanje/ugotavljanje potreb, ugotavljanje, da bolnik sebe najbolj pozna, zagovarjanje bolnika/varovanca in njegovih koristi, podpora pri informiranem odločanju, pospeševanje avtonomnosti bolnika/varovanca, vzpostavljanje/ohranjanje občutkov varnosti, udobja in občutkov lastne vrednosti bolnika/varovanca (Rankin, Stallings 1996 v Šmitek 2001, 70).*

Bolniki zaznajo skrb kot celoto, ne zaznajo le telesne nege in zato se s celostno skrbjo ohranja bolnikovo dostojanstvo (Šmitek 2001).

Skrbstveno delo je tudi nevidno delo, saj vsebino skrbi najlažje izrazimo z odsotnostjo. Pomanjkanje skrbi in zanemarjanje je namreč veliko bolj opazno kot sama skrb, kar je bistvo nevidnega ženskega dela. Skrb za druge, ki stereotipno pripada ženskam, je samoumevno, vsakdanje delo in zato ni pojmovano kot pravo delo (Randsma 1994 v Šmitek 2001, 70). Skrb za druge in prevzemanje odgovornosti za druge sta značilni za vzgojo deklic, ki se razlikuje od vzgoje dečkov. To pojasni, zakaj se za skrbstvene poklice odloča več žensk kot kakor moških (Šmitek 2001).

Zdravstvena nega ni edina dejavnost, kjer je skrb osrednjega pomena, ima pa svoje specifičnosti, saj gre za pomoč, kjer so »izkušnje, čustva, vdanost in razmerja« pomemben element v vsakodnevnem delu. Srce skrbstvenega dela je človek. »Skrbstveno delo se nanaša na ljudi. Izvajajo ga ljudje, za ljudi, k ljudem in kot ljudje. Zadnji vidik, ki dela skrbstveno delo edinstveno je, da ljudi povezuje z ljudmi oz. človeka s sočlovekom« (Tschudin 2004, 1). Carol Gilligan (1982) je prva uporabila izraz »etika skrbi«, ki ga zdravstvena nega uporablja tudi v svoji stroki, gre za etični pristop z vidika skrbi oz. skrb za bolne, ki upošteva etični vidik (Tschudin 2004).

Razlike med zdravniki in medicinskimi sestrami v odnosu do bolnikov so v tem, da je odnos med pacientom in medicinsko sestro bolj intimen in dolgoročen, saj je medicinska sestra ob bolniku skozi prisotna. Interakcija med bolniki in zdravniki pa je bolj površinska in pogosto zaznamovana s pripomočki kot so »stetoskop in skalpel« in raznimi izvidi, ki so sicer nujni pri zdravljenju, vendar obenem »zdravnikom omogočajo beg pred osebnim stikom« (Tschudin 2004, 2).

Milton Mayeroff (v Tschudin 2004, 5) predstavi osem temeljnih elementov skrbstvenega dela, ki ga opravi starš v razmerju do otroka, učitelj do učenca, psihoterapevt do pacienta. Medicinske sestre običajno niso v tako globokem odnosu do bolnika, vendar opravljajo skrbstveno delo in elementi slednjega so: znanje, izmenični ritmi, potrpežljivost, odkritost, zaupanje, skromnost, upanje, pogum.

Medicinska sestra in filozofinja Simone Roach (v Tschudin 2004, 6–11) je opredelila pet lastnosti skrbstvenega dela, ki se nanašajo na zdravstveno nego:

1. *Sočutje*, ki je osnova za pristno skrb, saj se ta začne takrat, ko se do drugega vzpostavi taka bližina, ki vzbudi sočutje.
2. *Kompetentnost*: dolžnost izvajalca zdravstvene nege je, da poišče pomoč, ko pride v situacijo, ki je izven njegovih kompetenc. Problem se pojavi, ko je pritisk močan; pogosto se zaradi pomanjkanja osebja meja prekorači, tako kompetentnost postane področje manipulacije in takrat je tudi skrb slabša.
3. *Zaupanje*, ki mora biti obojestransko, vendar je za današnji čas značilno pomanjkanje zaupanja v večino pomembnih ustanov in institucij, tudi v zdravstvo.
4. *Vest*, ki usmerja posameznikovo ravnanje glede na »moralno sposobnost razmišljanja« (Roach 1992 v Tschudin 2004, 10).
5. *Dolžnost*, ki je odziv na nek klic ali potrebo.

Za osebo, ki nudi skrb, je bistveno, da dobro pozna svoje znanje, razume samo sebe in je prepričana vase. Obstajajo raziskave, kjer so dokazovali, da so tisti, ki se odločajo za izvajalca zdravstvene nege, mnogokrat tudi sami v otroštvu doživljali zanemarjanje oz. zlorabe, torej niso bili deležni skrbi. »Človek najlažje pozdravi svoje rane iz otroštva, tako da postane medicinska sestra« (Tschudin 2004, 13). Velikokrat pa se zgodi, da medicinske sestre ostanejo ranjene in razočarane. Skrb mora nujno biti vzajemna. Oseba, ki nudi skrb neodzivnemu posamezniku ali posamezniku, ki je prezahteven, mora imeti tretjo osebo, ki jo bo slišala. Razmerje med medicinskimi sestrami in tistimi, za katere skrbijo, običajno ni enakovredno, saj je eden bolan, neveden in nepoučen, drugi pa ravno nasprotno. Danes se razlike manjšajo, saj so bolniki vse bolj informirani in manj pasivni. So pa skoraj vsi, za katere medicinske sestre skrbijo, bolni ali na neki način poškodovani in trpljenje je izhodišče, cilj pa je povrnitev zdravja ali mirna smrt. K temu težijo vsi vpleteni v procesu skrbi in v tem je enotnost (Tschudin 2004).

Od sedemdesetih let prejšnjega stoletja govorimo o 'novejši zdravstveni negi', ki temelji na medsebojnih odnosih. Pristop je orientiran k bolniku in ne toliko k nalogam. Medicinske sestre so se tako začele spraševati o oskrbi in odnosih z bolniki in zdravniki. Niso se več spraševali, kaj je medicinska sestra, temveč, kaj je zdravstvena nega. Gre za prehod od bolezni orientiranega modela do holistične zdravstvene nege. Ključno je, da se medicinske sestre vidijo kot partnerke, saj se le tako zmanjša potreba po moči in obrambi (Tschudin 2004). »Resnična skrb pomeni pomagati človeku poravnati zlomljeni ud in mu zatem pomagati, da svoje življenje prilagodi nastali situaciji /.../ medicinske sestre so za bolnika v bolnišnici ključna vez z zunanjim svetom« (Tschudin 2004, 21). Velikokrat je k bolniku orientiran pristop v praksi onemogočen, saj primanjkuje osebja, časa, dodatno pa ga otežuje še birokratizacija (Salvage v Tschudin 2004).

V zdravstveni negi je 90 % žensk in skozi skrbstveno delo afirmirajo 'naravne lastnosti žensk', torej, da so matere in gospodinje (Klančnik Gruden 2003, 1). V 'ženski naravi' naj bi bilo, da skrbi bodisi za družino, bodisi za bolnike. Medicinska sestra doma skrbi za družino, v službi pa za bolnike, kar pomeni, da opravlja skrbstveno delo tako v sferi plačanega kot v sferi neplačanega dela.

Zaviršek Darja (1994, 209 v Klančnik Gruden 2003, 4) ugotavlja, da kljub temu, da imajo danes ženske možnost izbire poklica in ni omejitev kot nekoč, izbirajo zlasti t. i. ženske poklice: medicinske sestre, socialne delavke, vzgojiteljice, učiteljice, negovalke ipd. Ženske

namreč gojijo prepričanja, ki jih pridobijo v procesu vzgoje, da je skrb za druge osnova njihove identitete in najpomembnejša stvar v njihovem življenju. Zaradi tega ženske niso smele opravljati poklicev, ki so temeljili na t. i. 'moških' lastnostih kot so racionalnost in intelektualnost. Tako so se ženske usmerile na področja, ki so temeljila na skrbi, negi in pomoči drugim, kar so naloge, ki so jih opravljale v družini. Darja Zaviršek (1994, 209) še ugotavlja, da konec 19. in začetek 20. stoletja pomeni začetek strogega ločevanja na 'ženske' in 'moške' poklice, kjer so ženski poklici temeljili na »altruizmu in humanosti«, medtem ko moški na »racionalnosti in učinkovitem tekmovanju.« Ločnica še danes velja in se prenaša tudi na ostale poklice. Če ženska dela v 'moških' poklicih, se od nje pričakuje, da bo delo opravljala bolj humano in z občutkom, njen kolega pa bo isto delo lahko opravljal bolj 'po moško'.

Neformalna pomoč in skrb v zahodnem svetu nimata družbene vrednosti in pomoč, ki je podobna »družinski in neformalni«, ima »manjše družbeno priznanje« (Zaviršek 1994, 211). Avtorica (Zaviršek 1994, 211) ugotavlja<sup>1</sup>, da bolj kot delo vsebuje altruizem, intuicijo in človeško spoštovanje, bolj se mu očita nestrokovnost oz. se ga ima za delo, ki ga lahko opravlja vsakdo.

Za skrbstvene poklice se običajno odločijo tisti posamezniki, ki so bili kot otroci v situaciji, da so si ljubezen pridobili na način, da so zadovoljevali potrebe in želje drugih. Predvsem deklice so tiste, ki so prisiljene sprejeti vlogo skrbnika staršev. Drugi razlog naj bi bil v moči, in sicer imajo ženske manjši dostop do pozicij moči, razen v družini, kjer je uporaba moči dovoljena in zaželena. Pri vsem tem boj za enakopravnost ne pomeni le, da bi ženske začele vstopati v sfero moških, ampak tudi, da vrednote, ki se jih pripisuje ženskam in tipičnim ženskim poklicem, dobijo ustrezno veljavo in spoštovanje; te pa so: »altruizem, humanost, sočutje« (Zaviršek 1994, 228). Darja Zaviršek (1994) ugotavlja, da nova skrbstvena kultura zahteva ustrezno vrednotenje skrbstvenega dela, ki je tudi produktivno.

V zahodnem svetu se deklice skozi socializacijo identificirajo z vlogo matere, ki predstavlja žensko identiteto. V tem procesu se skriva sporočilo, da so vse ostale aktivnosti in dejavnosti v življenju deklice manj pomembne (Zaviršek 1994, 27). Še vedno lahko govorimo o dveh moralah: moški in ženski. Ženska morala temelji na skrbi za druge, požrtvovalnosti, odpovedovanju svojim željam in potrebam na račun drugih, torej gre predvsem za

---

<sup>1</sup> Darja Zaviršek (1994, 211) slednje ugotavlja za socialne delavke, vendar je poklic medicinske sestre s tega vidika podoben, saj so komponente poklica prav tako altruizem, intuicija in človeško spoštovanje.

»usmerjenost k drugim«, moška morala pa temelji na »usmerjenosti nase« (Zaviršek 1994, 39). »Ženska morala je utemeljena v podobi matere, ki ničesar ne zahteva, temveč le daje in moška v konceptu očeta, ki se v stiku z drugimi bori za čim boljši položaj v hierarhiji delovnih mest in za čim večje plačilo« (Zaviršek 1994, 39). Ženska morala je skladna z likom Cankarjeve trpeče matere, ki se neprestano žrtvuje za svoje otroke in zanemarja svoje potrebe ter želje.

Ženske so v zahodnem svetu dvojno obremenjene, z delom doma, torej v zasebni sferi in delom v službi, torej v javni sferi. Pri medicinskih sestrah gre za dvojno obremenitev s skrbstvenim delom, kar je še posebej naporno.

Za skrbstveno delo v zasebni sferi je značilno, da je obravnavano kot dejavnost in ne-delo, ker ni plačano. Tako se ta logika prenese na skrbstvene poklice, tudi na poklic medicinske sestre, na katerega se gleda kot na poslanstvo in ne-delo, to pa preprečuje, da bi bilo pravično materialno ovrednoteno (Oakley 2000). Darja Zaviršek (v Klančnik Gruden 2003, 5) ugotavlja, da je dvojna obremenjenost žensk razlog, da slednje sprejemajo manj plačana in manj odgovorna dela. Ženske imajo občutek krivde, ko zapustijo zasebno sfero in delujejo v javni. Ti občutki krivde so temelj za to, da ženske sprejemajo drugorazrednost v sferi plačanega dela (Klančnik Gruden 2003, 5).

### **3.3 MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENA NEGA**

V različnih obdobjih so različno poskrbeli za bolne in čeprav zgodovina zdravstvene nege ni povsem jasna, obstaja delitev zgodovine zdravstvene nege v procesu izobraževanja na štiri obdobja:

1. *Intuitivno-empirična doba* (do 6. stoletja): verjeli so, da bolezen povzročajo zli duhovi, pomagali so si z intuicijo. Za bolne je poskrbela družina. V antiki se je medicina zelo razvila in mišljenje je od religioznega prešlo do znanstveno racionalnega. V bolnišnicah so priučeni negovalci opravljali negovalna dela.
2. *Doba organiziranega priučevanja poklica* (od leta 500 do 1859): v obdobju krščanstva sta skrb in nega bolnega potekali v okviru zavetišč in samostanov in imeli velik pomen.
3. *Doba modernega sestrinstva* (od leta 1860 do 1945): to je tudi obdobje moderne medicine. Bolnišnice so se vse bolj polnile z bolnimi, umirajočimi in zapuščenimi. To je bilo obdobje, ko je Florence Nightingale ogromno pripomogla k stroki. Pokazala je, kako pomembna je zdravstvena nega v procesu zdravljenja. Zdravstvena nega je postala stroka,

zato je zahtevala formalno izobraževanje. Florence Nightingale je leta 1860 ustanovila prvo civilno šolo za medicinske sestre v Londonu v okviru bolnišnice Sv. Tomaža. Delo medicinskih sester je postalo poklic in s tem plačano delo. Tako je Florence Nightingale pripomogla tudi k boljšemu položaju žensk, saj so se s tem odprla številna delovna mesta zanje.

4. *Doba sodobne zdravstvene nege* (od leta 1945 do danes): kakovost izobraževanja in organizacija so glavni cilji sodobne zdravstvene nege. Filozofija, izobraževanje, strokovno izpopolnjevanje, metodologija, organizacija, vodenje, kadrovanje in raziskovanje pa glavni elementi sodobne zdravstvene nege.

(Dolan 1968; Dolan 1973; Korenčan 2009; Štebe 1996; Štebe v Korenčan 2009)

Dejavnost medicinskih sester se imenuje zdravstvena nega. Medicinske sestre so nadaljevalke negovalne in zdraviteljske vloge žensk v družini, po drugi strani pa je na njihovo dejavnost močno vplivala »industrializacija zdravstvenega varstva« v 19. in 20. stoletju. Z njo se je skrb za bolne iz družine prenesla v bolnišnice, ki so bile organizirane podobno kot proizvodnja v tovarnah, ki temelji na delitvi dela in hierarhiji, kjer je medicinska sestra podrejena zdravniku. »Besede nega, nežno ravnanje, skrb, pomoč, naklonjenost, bližina, sočutje, dobrota so se umaknile v ozadje. Prevladal je institucionalni besednjak s pojmi pravila, standardi, nadzor, red, hierarhija, organizacija, kadri« (Pahor 2006, 7). Konec 20. stoletja pomeni prelomnico, saj se sprevidi, da sta obe komponenti nujni za optimalno zdravljenje (Pahor 2006).

Ravni zdravstvene nege (Pahor 2006, 16):

- *družbeno materinstvo*,
- *dejavnost samoorganiziranih žensk*, ki imajo lastno skupnost, svoja pravila in so ločene od moških, redovna skupnost,
- *dejavnost zasebnega in emocionalnega*, ki pa se odvija v sferi javnega, racionalnega in je delo ljubezni,
- *dejavnost v industrializiranem institucionalnem zdravstvenem varstvu*, kjer je medicinska sestra mezdna delavka.

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje poslanstvo zdravstvene nege kot »pomoč posameznikom, družinam in skupinam, da opredelijo, uresničijo svoj telesni, duševni in družbeni potencial, in sicer v okolju, v katerem živijo in delajo« (Salvage 1993, 47). Virginia Henderson (1957 v Pajnkihar 1999, 7) dodaja, da je medicinska sestra na svojem področju strokovnjakinja in ima zato pravico dajati pobude in izvajati nadzor.

Tri komponente zdravstvene nege oz. vsebina zdravstvene nege:

- *humanistična komponenta*: skrb, pomoč, zaščita, odnos,
- *strokovna komponenta*: profesionalno področje dela, znanstvena disciplina, način dela,
- *organizacijska komponenta*: proces, vodenje, sistem zdravstvene nege

(Pahor 2006, 126).

Zdravstvena nega ni neodvisna profesija in si niti ne prizadeva biti. Enakopravnost bi morala biti temelj profesionalne avtonomije. Vsi zdravstveni delavci in pacienti bi morali imeti enake pravice in nobena skupina ne bi smela dominirati (Tschudin 2004). Ključen je profesionalizem, kar pomeni, da bi se sestre morale videti kot kompetentne strokovnjakinje in govoriti o slabi oskrbi, če jo opazijo. »Uslužnost in pokorščina« v zdravstveni negi naj ne bi bili več zaželeni (Tschudin 2004, 133). Profesionalna avtonomija pa mora temeljiti na skupnem delovanju in ne delati izolirano in zase. Sodelovanje je pomembnejše kot zagovarjanje samostojnosti, saj je cilj profesionalne avtonomije boljša praksa (Tschudin 2004).

Bury (v Pahor 2003, 140) opredeli procese objektivizacije, racionalizacije in subjektivizacije, ki oblikujejo zdravstveno varstvo in s tem tudi zdravstveno nego kot njen del:

- *objektivizacija*: z industrializacijo in delitvijo dela postanejo opravila vedno bolj specializirana; nastane institucionalizirano zdravstveno varstvo, ki se prenese iz zasebne v javno sfero;
- *racionalizacija*: prinese ekspertno znanje, ki kolonizira vsakdanje življenje;
- *subjektivizacija*: je nastala iz objektivizacije in racionalizacije, vendar jima nasprotuje; povzroča stalne negotovosti in je povzročila nastanek skrbstvenih poklicev pomoči, ki usmerjajo življenje.

Zdravstvena nega je seveda šla skozi vse tri procese: sprva je temeljila na telesu in njegovi negi in higieni, čustva pacientov so bila spregledana. Nato so se začeli v zdravstveni negi od telesa premikati k celostni obravnavi osebe. V 70. letih je v Ameriki in Evropi prišlo do prehoda k subjektivizaciji, ki je zahteval transformacijo. Medicinska sestra se ne ukvarja več le s telesom, temveč tudi z občutki pacienta (Pahor 2003, 142). Majda Pahor ugotavlja, da je še vedno pogosto prisotno razmišljanje o zdravstveni negi, ki temelji le na telesu: »Poleg tega, da opravljajo svoje delo, se s pacienti večkrat tudi pogovarjajo« je izjava študentke tretjega letnika zdravstvene nege o delu medicinskih sestrar (Pahor 2003, 141).

Zdravstvena nega je postala plačana poklicna dejavnost v času, ko so bolnišnice postale osrednje institucije zdravstvenega varstva. Najprej so nastale v Franciji po francoski revoluciji leta 1789. Pred revolucijo so za bolne skrbeli bodisi doma, bodisi v samostanih (Pahor 2006). Bolnišnice pa so prinesle spremembe, saj so postale učno okolje za zdravnike, kar je omogočilo velike spremembe v medicini. Bolezni niso le zdravili, temveč analizirali in identificirali. Iz celega človeka se je pozornost usmerila na delovanje posameznih organov (Pahor 2006; Foucault 2009).

Ključno je bilo opazovanje, zato so rabili opazovalca, ki bi bil skozi prisoten pri bolniku. To so bili zdravnikovi učenci, vendar so se zelo menjavali, negovalke pa so bile premalo izobražene, zato je bilo nujno izboljšati izobrazbo, delovne razmere in pa ugled nekaterim negovalkam. Pojavile so se oddelčne sestre, ki so se na tak način ločile od ostalih. Zdravniki so potrebovali pomožno osebje in to je bil eden pomembnejših razlogov za rojstvo profesionalne in organizirane zdravstvene nege v bolnišnicah (Pahor 2006, 22).

Pred reformo Florence Nightingale je bil odnos med zdravnikom in negovalko: gospodar-slужabnik. Zdravstvena nega je bil ženski poklic, saj naj ženske ne bi imele dovolj intelektualnih sposobnosti za znanstveno zdravljenje, zato so bile primerne za negovanje. Florence Nightingale je prva postavila ločnico med medicino in zdravstveno nego. Negovalka ni več le izvrševala ukazov zdravnika, temveč je bolnika opazovala in poročala o simptomih (Nightingale v Klančnik Gruden 14).

Florence Nightingale (1820–1910) je bila pripadnica angleškega zgornjega razreda. Bila je izobražena, delovala je na področju statistike, socialne medicine, bolnišnične arhitekture, vojaške sanitete. Želela je najti javno priznan in moralno neoporečen poklic za ženske, tako je našla področje zdravstvene nege. Razvila je strategijo podrejenosti zdravstvene nege zdravnikom, torej zunanjo strategijo, navznoter pa je ohranila poklicno samostojnost z lastno hierarhijo (Pahor 2006, 23).

Elementi zdravstvene nege po Florence Nightingale (Pahor 2006, 23):

- zdravstvena nega je podrejena zdravnikom;
- stroga disciplina, ki je kombinirana z verskimi in vojaškimi načeli;
- bolnišnica je organizirana kot gospodinjstvo, kjer delujejo gospodinje (*lady nurses*), služinčad (*nurses*) oz. nižje negovalno in pomožno osebje in otroci (bolniki);

- notranja ženska hierarhija, kjer so nadrejene in podrejene medicinske sestre, ki so med seboj strogo ločene, kar je razvidno navzven (uniforme, prostori, hrana);
- nega bolnikov je predvsem higiena okolja in ne toliko higiena bolnika, kar je skladno z viktorijanskimi vrednotami.

Florence Nightingale se je bolj kot z zdravstveno nego ukvarjala s higieno in prostorsko organizacijo bolnišnic, ki jo je sama načrtovala. V knjižici *Notes on nursing: what it is, and what it is not* je pisala o hrani, svetlobi, čistoči, higieni, prezračevanju ipd. v bolnišnici (Nightingale 1970). Vendar k organizaciji bolnišnic spada tudi hierarhija oziroma delitev dela, ki je pomemben del organizacije v ustanovi. Ženske naj ne bi bile primerne za medicino in moški ne za nego. Moški in ženske naj bi bili preveč različni; moške odlikujejo sposobnosti, ženske pa vrline (Dingwall 1991 v Pahor 2006, 23). Menila je, da formalno izobraževanje ni potrebno, saj je ključno bolnišnično usposabljanje (Pahor 2006, 23) in da je stroka medicinskih sester ločena od medicinske stroke in temu primerno zahteva različna znanja (Nightingale 1970).

Teorija Florence Nightingale je osnova zdravstvene nege, kljub temu, da so nekateri koncepti in pojmovanja zastareli. Vendar je pomembno razumeti kontekst: izhajala je iz verskih in načel viktorijanske dobe, torej v času sredi 19. stoletja, ko je bila vloga ženske drugačna. Tudi delo medicinske sestre je temeljilo na fizičnem okolju, saj takrat psihičnega in družbenega niso razumeli na tak način kot danes (Pajnkihar 1999). Še do nedavnega je bilo tudi zdravje pojmovano le kot odsotnost bolezni, danes pa Svetovna zdravstvena organizacija zdravje opredeljuje bistveno širše in celostno, in sicer kot »stanje popolnega telesnega, psihološkega in socialnega blagostanja« (World Health Organization).

Florence Nightingale je namenoma vpeljala podrejenost zdravnikom, saj je le tako omogočila ženskam vstop v sfero plačanega dela, ki je spodobna. Vendar so odnosi podrejenosti in nadrejenosti vseskozi prisotni in danes je to velik problem. Medicinske sestre so preveč poslušne in imajo slabo samospoštovanje in nizko samopodobo, zato so taki odnosi možni (Pahor 2006, 31). Medicinske sestre so razvile svoj obrambni mehanizem in to je pritoževanje. Turner (1995; Turner v Pahor 2006) govori o subkulturi pritoževanja. Medicinske sestre na praksi skozi proces neformalne socializacije sprejemajo ideologijo poklica, ki jim omogoča, da preživijo v sistemu, kjer so podrejene. Glavna značilnost te ideologije je pritoževanje nad zdravniki, vodstvom in bolniki. »Pritoževanje delegitimizira avtoriteto in jo hkrati ohranja, je varnostni ventil za frustracije, obenem pa ne izziva

obstoječih razmerij moči» (Pahor 2006, 32). Pritoževanje torej ohranja status quo in medicinskim sestram omogoča preživetje.

Profesionalna socializacija je pomemben del pri izobraževanju stroke. Poteka tako formalno kot neformalno. Poleg temeljnega znanja in veščin se študentje naučijo postati del stroke in prevzamejo temeljne norme in vrednote stroke (Gabe in drugi 2011, 168).

### 3.4 IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER

Ko je delo medicinskih sester postalo plačano, je to zahtevalo tudi institucionalizirano izobraževanje. Sprva je potekalo v bolnišnicah, nato pa se je preneslo v izobraževalni sistem (Pahor 2006, 38). Šola za babice je bila v Ljubljani ustanovljena že leta 1753 in je bila poleg celovške šole med prvimi v Evropi (Štebe 1996). Ustanovljena je bila na podlagi zakona Marije Terezije. Leta 1924 je začela delovati šola na področju zdravstvene nege pri Zavodu za socialnohigiensko zaščito dece v Ljubljani, naziv diplomantk je bil otroška zaščitna sestra in kasneje zaščitna sestra. Izobraževanje je trajalo eno leto in med učiteljicami in učenkami hkrati je bila tudi Angela Boškin, prva medicinska sestra in socialna delavka v Sloveniji in Jugoslaviji<sup>2</sup>.

Po drugi svetovni vojni<sup>3</sup> se je šola preimenovala v Šolo za medicinske sestre, naziv diplomantk pa je postal medicinska sestra. Leta 1954 je bila ustanovljena višja šola<sup>4</sup> in v 80.

---

<sup>2</sup> Angela Boškin (1885–1977) se je šolala na Dunaju, kjer je postala učenka sestrskega poklica. Navdih je dobila pri t. i. plavih sestrah, šolanih negovalkah. Med prvo svetovno vojno je delala v bolnišnici Mednarodnega Rdečega križa v švedski sanitetni ekipi. Leta 1917 je bila imenovana za glavno sestro v rezervni vojaški bolnišnici. Istega leta so na Dunaju ustanovili šolo za socialno-zdravstveno delo, ki je usposabljala za takrat novi poklic skrbstvene sestre in vpisala se je na tečaj. Leta 1918 je opravila tečaj in bila dodeljena za delo skrbstvene sestre v Trstu, vendar je ravno takrat razpadla Avstro-Ogrska, zato se je vrnila domov v Kraljevino SHS. V Ljubljani je iskala službo skrbstvene sestre, vendar žal neuspešno, saj v Ljubljani ni bilo socialno-zdravstvenih ustanov, ki bi zaposlovale tak profil, čeprav je bila velika revščina in pomanjkanje in bi tovrstne poklice potrebovali. Delo skrbstvenih sester so namreč opravljale redovnice. Kljub temu so ji le našli primerno zaposlitev, in sicer v delavskem centru na Jesenicah, kjer je leta 1919 prva v Kraljevini SHS začela opravljati delo skrbstvene sestre. Njena zadolžitev je bilo izobraževanje mater o higieni ob porodu in negi otroka. Nato je začela novorojenčke obiskovati na domu, prav tako pa socialno ogrožene družine. Srečevala se je s higienskimi problemi, neprimernimi stanovanjskimi razmerami, podhranjenostjo otrok in začela je izobraževati matere. Pripravila je predlog o ustanovitvi posvetovalnice za matere in dojenčke, ki je bil sprejet in v vrtcu na Jesenicah so ustanovili prvo posvetovalnico. To so bili temelji (socialno-zdravstvenega) dela patronažne medicinske sestre. Leta 1922 je delo nadaljevala v Ljubljani, kjer se je najprej lotila urejanja otroškega zavetišča in tako je leta 1922 Zavod za socialno higiensko zaščito dece dobil nove prostore, kjer je leto kasneje delala kot prva strokovno usposobljena sestra (Rožman 2007, Korenčan 2009). Angela Boškin se upokojila je med drugo svetovno vojno (Korenčan 2009).

<sup>3</sup> Med drugo svetovno vojno so v okviru OF potekali tečaji prve pomoči in nege ranjencev ter bolnikov. Organizirala jih je Cita Bole (1917–1986), ki je obiskovala šolo Rdečega križa za medicinske sestre v Beogradu. Po vojni se je posvetila socialnemu varstvu, zavzemala se je za dostopnost zdravstvenega varstva za vse, aktivna je bila pri ustanavljanju dispanzerjev za otroke, pripomogla je k znižanju umrljivosti dojenčkov. Leta 1954 je začela izhajati prva strokovna publikacija na področju zdravstvene nege »Medicinska sestra na terenu«, kar je

letih se je oddelek za medicinske sestre na Višji šoli za zdravstvene delavce preimenoval v Oddelek za zdravstveno nego. Od 90. let dalje se preneha uporabljati izraz sestrinstvo in stroka se imenuje zdravstvena nega, s tem pa se loči od nege v zasebni sferi in osebne poklicne nege (Pahor 2006, 16). Z usmerjenim izobraževanjem (1981–1987) so se srednje šole za medicinske sestre preimenoval v srednje zdravstvene šole, naziv maturantov pa je bil zdravstveni tehnik (Pahor 2006, 81; Slovenski šolski muzej).

Kot smo videli, se je skozi zgodovino izobraževanje za medicinske sestre precej spreminjalo in prav tako vsebina poklica. Sprva so bile medicinske sestre neposredno povezane s socialno-varstveno vlogo in so imele tudi vlogo socialne delavke.

Danes v Sloveniji izobraževanje na področju zdravstvene nege poteka na dveh ravneh, in sicer:

1. srednješolsko izobraževanje, kjer se izobražujejo srednje medicinske sestre in srednji zdravstveniki (Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, 2013a);
2. visokošolsko izobraževanje na visokih zdravstvenih šolah in zdravstvenih fakultetah (Pahor 2006; Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, 2013b; Univerza v Ljubljani 2013).

Na visokošolski ravni se pojavi problem pri financiranju, saj gre za najštevilčnejšo poklicno skupino v zdravstvu, ki je zato draga, visokošolska izobrazba pa bi jo še podražila. V ZDA so se medicinske sestre začele visokošolsko izobraževati že v 20. letih, v Veliki Britaniji na koncu 50. let, drugje v Evropi pa šele v 80. letih 20. stoletja, najhitreje v skandinavskih državah, v osrednji in vzhodni Evropi pa najpočasneje. Leta 2000 je bilo okoli 40 % vseh medicinskih sester v ZDA diplomiranih, v Evropi pa veliko manj (Pahor 2006, 8).

Mnogi nasprotujejo izobraževanju medicinskih sester na najvišjih ravneh in pa raziskovanju. Medicinske sestre imajo t. i. 'tiho' znanje, ki mora postati pomemben del v svetovni zakladnici znanja (Pahor 2007). Wilmot (2006 v Pahor 2007) ugotavlja, da odnosi medicinske sestre z

---

njena zasluga. Nato je revija prenehala izhajati, vendar je aktivno sodelovala pri zasnovi nove revije »Zdravstveni obzornik«, ki še vedno izhaja. Njeno delo na področju dispanzerskega in patronažnega varstva žensk in otrok je neprecenljivo, pomembno je vplivala na razvoj stroke. Nekatere koncepte so prevzele tudi skandinavske države (Šlajmer Japelj 2007b).

<sup>4</sup> Dina Urbačič (1914–1999) je bila pobudnica za ustanovitev višje šole za medicinske sestre in zavzemala se je za profesionalizacijo zdravstvene nege. Bila je prva učiteljica sodobne zdravstvene nege v Sloveniji. Poudarjala je obravnavanje bolnikov celovite osebnosti, torej holističen pristop in obsojala pristop, kjer je bolnik enačen s svojo boleznijo, ki jo je treba čim prej s tehničnimi ukrepi odpraviti. Menila je, da medicinske sestre niso le negovalke bolnikov, ki izvajajo naloge po naročilu, temveč delujejo na področju socialnega varstva in zato so socialno-zdravstvene vede pomemben del kurikulum na višji šoli (Šlajmer Japelj 2007a).

družbo vplivajo na zdravstveno varstvo in njegovo izvajanje in da je pomembno ugotavljati, kako se izvaja in kdo o tem odloča, saj so ta vprašanja pomembna z vidika uporabnikov storitev zdravstvenega varstva.

### 3.5 SAMOPODOBA MEDICINSKIH SESTER

Samopodoba predstavlja posameznikovo mnenje, predstave in čutenje sebe. Samopodobe ne moremo ločiti od posameznikovega značaja, ker je zanj ključna, saj vpliva na vedenje in odzivanje posameznika v različnih situacijah (Mrak 2001, 125).

Darja Kobal (2009, 25) samopodobo opredeljuje kot »organizirano celoto lastnosti, potez, občutij, podob, stališč, sposobnosti in drugih psihičnih vsebin.« Za slednje je značilno:

- posameznik jih pripisuje samemu sebi,
- ustvarjajo »referenčni okvir«, ki je podlaga za ravnanje posameznika, saj ga usmerja,
- tesna povezava z vrednotami posameznika in družbenega okolja,
- nenehni vpliv obrambnih mehanizmov.

Poklicno delo je za človeka zelo pomembno, saj človek tretjino dneva preživi na delovnem mestu. Z razvojem znanosti in tehnologije se spreminjajo tudi poklici, nastajajo novi ali pa se spremeni vsebina, v tem primeru gre za reorganizacijo in transformacijo poklica, ki je značilna tudi za zdravstveno nego. Spremembe v poklicu zahtevajo nova znanja, spretnosti, vedenjske vzorce. Medicinske sestre se morajo neprestano izobraževati, vzgajati in ponovno socializirati (Mrak 2001, 125). Osebnostna rast posameznika je zelo povezana s poklicem, ki ga ta opravlja in v poklicu medicinske sestre so poleg strokovnega znanja nujno potrebne še naslednje lastnosti: »samospoštovanje, spoštovanje drugih, sprejemanje, selekcioniranje, kritičnost, tolerantnost, prevzemanje odgovornosti, samozaupanje« (Mrak 2001, 125). Raziskava Zdenke Mrak (2001) je pokazala, da imajo medicinske sestre premalo spoštovanja tako do sebe kakor do drugih ter da tudi same niso vedno spoštovane (Mrak 2001, 126). Potreba po spoštovanju pa je ena izmed višjih potreb (glej Sliko 3.1) na piramidi potreb po Maslowu (1943, 1) in medicinske sestre imajo težave z zadovoljevanjem te potrebe. Potreba po spoštovanju pomeni tako potrebo po samospoštovanju kot potrebo po priznanju, ugledu in slovesu. Za potrebe je značilno, da morajo biti najprej zadovoljene nižje. Ko so nižje potrebe zadovoljene, se pojavi želja po zadovoljevanju višjih potreb (Varga 2003, 346). Medicinske sestre imajo težave s potrebo po spoštovanju in ta ni zadovoljena, zato je tudi potreba po samouresničevanju ogrožena.

**Slika 3.1: Piramida potreb po Maslowu**



Vir: Maslow (1943, 1); Maslow v Varga (2003, 346).

Raziskava (Mrak 2001) je pokazala, da medicinske sestre dobijo pohvale večinoma le od bolnikov, od ostalih sodelavcev in nadrejenih pa ne, čeprav pohvale in spodbude pomembno vplivajo na posameznika in njegovo motivacijo, samozavest ipd. (Mrak 2001, 127).

V zdravstveni negi se dogajajo spremembe v smeri samostojnosti, pozitivnega odnosa do sprememb in celostnega pristopa do bolnika, zato je pričakovati spremembe tudi na področju poklicne podobe in samopodobe. »Podrejena, poslušna, plaha in nesamostojna medicinska sestra, se bo spremenila v strokovnjakinjo na svojem področju, ki bo sposobna odločati in delovati v multidisciplinarnem timu, kjer je bolnik v središču dogajanja s svojo aktivno vlogo« (Mrak 2001, 128). Spremembe stališč, vrednot, vedenj se lahko spremenijo le z neprestanim izobraževanjem in vzgojo. Tako se spremenita tudi življenjski stil in samopodoba, vendar je zato potrebno ustvariti ustrezno okolje (Mrak 2001).

V okviru izobraževanja se razvija poklicna identiteta, zlasti v socialnih interakcijah kot so vedenje učiteljev in ostalih zaposlenih v okolju, kjer se študentje izobražujejo in so na praksi. Te interakcije vplivajo na »identifikacijo z bodočim poklicem«, bodisi, da jo povečajo ali zmanjšajo (Pahor 2001b, 53).

Poklicna identiteta je del družbene identitete, ki se razvija v interakciji z drugimi posamezniki, skupinami in institucijami. Razvije se občutek skupinske pripadnosti in delitve na 'mi' in 'oni' (Kirpal 2004, 278). Renata Zupančič (2001) se je ukvarjala z zadovoljstvom medicinskih sester na delovnem mestu. Ugotovila je, da so najbolj zadovoljne tiste, ki so zaposlene v ambulantah, sledijo zaposlene v zavodih, domovih starejših občanov, zasebnih ustanovah, najmanj pa so zadovoljne zaposlene v bolnišnicah, čeprav je večina medicinskih sester zaposlenih v bolnišnicah. Najbolj so zadovoljne tiste, ki delajo z otroki in mladostniki, nato s starostniki, najmanj tiste, ki delajo z odraslo populacijo in tiste, ki nimajo stika s pacienti. V delovnem okolju so zaposlenim najpomembnejši medsebojni odnosi in varnost zaposlitve. Pomembno jim je pa tudi to, da pomagajo drugim, uresničevanje svojih sposobnosti, to, da lahko delajo samostojno ter pripadnost delovni skupini. Med nepomembnimi lastnostmi so možnost napredovanja, ugled poklica, kreativnost, urnik dela, možnost izobraževanja in dober zaslužek (Zupančič 2001, 100–101).

Jane Salvage (1993) ugotavlja, da imajo medicinske sestre zelo malo vpliva tudi v zdravstveni politiki, z vprašanji glede zdravstvene nege se ukvarjajo predvsem zdravniki. Medicinske sestre nimajo formalne moči, ne na mikro nivoju, npr. v bolnišnici, ne na makro nivoju v okviru odločanja o politikah. Ženske predstavljajo polovico svetovnega prebivalstva in po podatkih Združenih narodov opravijo dve tretjini vseh delovnih ur, zaslužijo desetino svetovnega prihodka in posedujejo manj kot odstotek svetovnega bogastva (Salvage 1993, 46). Slika v zdravstvu potrjuje podatke; medicinske sestre so najštevilčnejši kader, kar pomeni, da opravijo največ dela in ob bolniku, ki je središče zdravstvene nege, preživijo največ časa. Kljub temu pa so podcenjene in za svoje delo niso primerno nagrajene oz. to ni ustrezno materialno ovrednoteno.

V dobrobit bolnikov in napredka v zdravstvu se morajo spremeniti tradicionalne vloge, ki jih imajo medicinske sestre. Medicinska sestra mora postati dobro izobražena profesionalka in ne služabnica zdravnika in deklica za vse. Osrednje mesto medicinske sestre namreč ni ob zdravniku, temveč ob bolniku in v okolju in skupnosti z ostalimi strokovnjaki, ki si skupaj prizadevajo izboljšati zdravstveno stanje ljudi (Salvage 1993, 47).

Medicinske sestre opravljajo nevidno delo, so tiha večina, kar si nasprotuje. Zdravniki so v zdravstvenem sistemu privilegirani, kljub temu, da so v manjšini (Dracup in Bryan-Brown 1998).

Sebstvo je socialni konstrukt, je proizvod predstav. Kako posamezniki ustvarjajo in ohranjajo samopodobo pri drugih ljudeh, je odvisno od tega, kakšne možnosti »dostopa do strukturnih virov« imajo. Strukturni viri so: premoženje, izobrazba, telesna podoba, mladostnost, iznajdljivost, fleksibilnost, prilagodljivost (Goffman v Renner 2008, 2). Medicinske sestre imajo nizek ugled in nizko samopodobo, ker imajo pogosto malo možnosti dostopa do strukturnih virov.

K podobi medicinskih sester veliko prispevajo tudi mediji s svojo popačeno sliko, ki temelji na predsodkih. Najpogostejše podobe v medijih:

- *dobrohotni angel*,
- *battle-axe-dragon-matron* (debela, samovšečna in avtoritativna medicinska sestra na vodilnem položaju),
- *zdravnikova služkinja*,
- *nimfomanka*,
- *stavkajoča medicinska sestra*; ugotavljam, da mediji poročajo o medicinskih sestrah, le ko gre za zahteve, npr. najpogostejše plače. Tako se ustvari podoba, da bi medicinske sestre neprestano stavkale, kar pa se ne spodobi za pokorno, podrejeno in ponižno medicinsko sestro

(Bridges in Salvage v Klančnik Gruden 2003, 8).

Medicinske sestre neutemeljene predsodke in mite tudi same producirajo in jih gojijo, zato so del njihove samopodobe. Raziskava o medicinskih sestrah je pokazala, da se medicinske sestre najpogostejše vidijo kot »delovne roke« in »dobro srce«, na tretjem mestu »zdravnikove pomočnice«, na četrtem pa »strokovnjakinje« (Mrak v Klančnik Gruden 2003, 9). Medicinske sestre torej same sebe dojemajo kot pridne, delovne, ubogljive in dobrosrčne pomočnice zdravnikov, kjer suverenost na svojem poklicnem področju ni tako bistvenega pomena.

Razvijanje stroke zdravstvene nege je po mnenju javnosti in zdravnikov, pa tudi nekaterih medicinskih sester, nesmiselno. Medicinske sestre svoj poklic idealizirajo in podcenjujejo izobraževanje (Klančnik Gruden 2003). Medicinske sestre se namreč rodijo in ne vzgojijo, je temeljno prepričanje, ki podpira zgornje trditve. Andreja Kvas (2001, 95) ugotavlja, da so medicinske sestre v družbi premalo cenjene in niso prepoznane kot poklicna skupina, ki svojo dejavnost, torej zdravstveno nego, opravlja samostojno. Težava je tudi v tem, da so slabo izobražene in imajo zaradi tega slab družbeni položaj. Izobrazba namreč zelo vpliva na družbeni položaj ljudi (Kvas 2001, 95).

Medicinske sestre s končano fakulteto imajo večje profesionalne zahteve kot tiste brez fakultetne izobrazbe, prav tako so raziskave pokazale, da imajo medicinske sestre na začetku kariere več samostojnosti, kasneje pa sprejmejo svoj položaj in se z njim sprijaznijo ter se »prilagodijo ustaljenim pravilom igre« (Pajnikihar 1999, 14).

Zanimiv je odnos z zdravniki. Medicinska sestra je zdravnikova pomočnica, je uvidevna, spoštljiva in nesposobna za samostojno odločanje. To izhaja iz viktorijanskih vrednot in predstav »idealne žene 19. stoletja« (Pahor v Klančnik Gruden 2003, 13; Pahor 1989). Odnos med zdravniki in medicinskimi sestrami oz. pravila, ki jih je nadrejeni odnos zdravnikov izoblikoval, je Stein leta 1967 poimenoval 'igra med zdravnikom in medicinsko sestro', kjer medicinska sestra izkazuje spoštovanje, ne sme glasno postavljati vprašanj o diagnozi ali dajati priporočil, zanikati mora svoje lastno znanje, zdravnikovo pa poudariti, zdravniku ne sme ugovarjati ali se ne strinjati z njim (Stein in drugi 1990; Klančnik Gruden 2003; Pahor 1989). V igro so medicinske sestre same privolile in jo igrale, saj brez njihove privolitve ne bi bila mogoča. Gospodar se namreč vedno konstituira skozi hlapca in obratno. Medicinska sestra je tudi v zasebni sferi v takih odnosih, zato tudi v delovnem okolju oz. že z izbiro poklica teži k odnosom, ki so odnosi podrejenosti in nadrejenosti, saj je takih odnosov navajena.

Pomemben element identitete je tudi osebno ime, ki je celo osrednji »simbol naše celostne osebnosti« (Brečko v Mrak 2001, 126). Osebno ime in samospoštovanje sta zelo povezana, kar kaže tudi raziskava. Medicinsko sestro največkrat naslavljajo 'sestra' in ne z osebnim imenom, prav tako se same predstavljajo zgolj kot 'sestre' in ne z osebnim imenom, kar pomeni, da to dopuščajo. Razlog je v slabi samopodobi in samospoštovanju (Mrak 2001).

Naslavljanje ni tako samoumevno, kot se na prvi pogled zdi. Iz naslavljanja lahko razberemo odnose oz. družbena razmerja med skupinami ali posamezniki. Zdravnike se naslavlja z nazivi in priimki, obratno pa zdravniki medicinske sestre kličejo z osebnimi imeni in jih celo tikajo, one pa njih vikajo (Pahor 1989; Klančnik Gruden 2003). Tako se v sferi javnosti, ki je neosebna in tekmovalna, ustvarja »občutek topline in domačnosti.« Zdravnikom je tako dovoljeno prehajanje med javnim in zasebnim, medicinskim sestram pa ne. Do zdravnikov (sfera javnega) se morajo vesti distancirano in se izogibati morebitni prekoračitvi meje (Klančnik Gruden 2003, 14). Zadeve se počasi spreminjajo, nekatere medicinske sestre uporabljajo tudi priimek, prihaja tudi do klicanja po imenu zdravnikov s strani sester in

tikanja z obeh strani (Pahor 1989). Stein in drugi (1990) ugotavljajo, da se je igra med zdravniki in medicinskimi sestrami leta 1990 začela spreminjati.

Druga sprememba je ta, da se zdravniški poklic feminizira, kar bi lahko nakazovalo na drugačne odnose med strokama, čeprav – kot ugotavlja Majda Pahor (1989) – do takrat raziskave še niso tega pokazale oz. je bilo opravljenih le malo. Nekatere raziskave pa so pokazale ravno nasprotno, da je odnos še bolj napet. Višja medicinska sestra je povedala, da se zdravnice vedejo še bolj vzvišeno do medicinskih sester kakor zdravniki. Zdravnica o odnosu med sestrami in zdravnicami meni, da jih medicinske sestre »manj **ubogajo** kot moške« (okrepila J. R.), (Pahor 1989, 59). Četudi se zdravniški poklic feminizira, so bolnišnice organizirane patriarhalno in vloge temu primerne. Čeprav zdravniški poklic opravlja zdravnica, to samo po sebi ne pomeni drugačnih odnosov, če so zdravnice socializirane, da jih morajo medicinske sestre *ubogati* in se jim podrejati.

Vloge posameznih skupin oz. posameznikov v zdravstvu so strogo definirane: od posameznika se pričakuje, da jo bo sprejel, se ji podredil in se ji popolnoma predal in spoštoval pravila. Potrebna pa je tudi osebna in ne le poklicna identifikacija, torej morajo biti tudi misli in občutki skladni z vlogo. Glavna vloga v zdravstvenem sistemu seveda pripada zdravniku. Nadrejenost zdravnikov in podrejenost medicinskih sester izhaja iz spolne in slojne diskriminacije. Medicinske sestre običajno pripadajo nižjim socialnim slojem in so za razliko od zdravnikov ženske, zato so podrejene (Pahor 1989, 52).

Poklica sicer sodelujeta, vendar so med njima bistvene razlike v:

- *sistemu vrednot* (samostojnost, avtoriteta, odgovornost vs. podrejenost, prilagodljivost),
- *sistemu izobraževanja* (sistematična teorija vs. praktično izobraževanje),
- *različnem pristopu do bolnika* (biofizični vidik zdravljenja vs. čustvena podpora)

(Pahor 1989, 53).

Majda Pahor (1989) ugotavlja, da je problem tudi v tem, ker imata stroki druga o drugi popačeno in pomanjkljivo sliko glede vloge. Tu se odpira še druga dimenzija, in sicer ustrezna komunikacija med strokama (ki je očitno pomanjkljiva), ki je nujna, saj pomembno vpliva na zdravljenje. Medicinska sestra je tista, ki je blizu, zdravnik pa je od bolnika oddaljen, kar je značilno za odnose v bolnišnici, »kjer je višina statusa premo sorazmerna z oddaljenostjo bolnikov« (Pahor 1989, 55). Vendar pa so medicinske sestre tiste, ki večino časa preživijo ob bolnikih, zato imajo o njih vse potrebne informacije, ki jih zdravniki nujno

potrebujejo. Kljub temu, da zdravstveni sistem nujno potrebuje obe poklicni skupini in da morata sodelovati, da sistem funkcionira, se skupini zelo razlikujeta v pogledih na iste stvari; svojo samostojnost medicinske sestre vrednotijo kot napredek, zdravnikom pa samostojnost medicinskih sester predstavlja oviro, na drugi strani pa npr. podrejenost medicinskih sester, ki je pri zdravnikih zaželena, medicinskim sestram predstavlja breme in težave (Pahor 1989).

V zdravstvu prevladujejo hierarhični odnosi, ki se poudarjajo predvsem navzven in vse zasluge za zdravljenje se pripisuje zdravnikom. »Vse strokovne odločitve pripisujejo lastni dejavnosti, kar prispeva medicinska sestra (nega, informacije o bolniku) ni nič vredno«, ugotavlja višja medicinska sestra (Pahor 1989, 56). Problem ni v tem, da bi bila stroka zdravstvene nege manjvredna v primerjavi z medicino, temveč v tem, da je ženska vloga manjvredna. Medicinske sestre bi morale v procesu izobraževanja postati avtonomne strokovnjakinje, prav tako pa bi se moralo prenehati naslavljanje, ki kaže na hierarhične razlike (Klančnik Gruden 2003, 15).

Stereotipno moška področja, ki so »visoko tehnološka in orientirana k bolezni« imajo višji status kot stereotipno ženska področja, ki so usmerjena »na dolgotrajno nego, kvaliteto življenja in vzdrževanje zdravja.« Dokler bo stanje tako, je malo možnosti za »spremembe v medpoklicnih odnosih« (Pahor 1989, 53). Med izobraževalnim procesom se najbolj spreminjajo predstave o poklicni dejavnosti ter o lastni vlogi in o vlogi ostalih, ki so vključeni, kar so pokazale tuje raziskave (Witt; Klaich v Pahor 2006, 120). Slovenske medicinske sestre so se v raziskavi Majde Pahor največkrat videle kot zdravnikove pomočnice, prav tako so menile, da je takšna tudi podoba medicinskih sester v javnosti. Mnenje medicinskih sester se je v času študija spremenilo in vse bolj so razumele poklic, postale bolj razgledane, dobile ne le več znanja, temveč tudi idej, teoretičnih temeljev, organizacijskih in vodstvenih znanj in veščin ter zaradi vsega tudi dobile več spoštovanja in ugleda med sodelavci v službi (Pahor 2006). Nekaj kritičnih samorefleksij medicinskih sester, do katerih so prišle v času študija, potrjuje, da je med procesom izobraževanja prišlo do sprememb v razmišljanju: »zdaj se zavedam, da smo sestre premalo odločne, se premalo zavedamo, koliko naše delo bolnikom pomaga«, spet druga pravi tako: »na zdravstveno nego gledam čisto drugače, sem bolj žalostna, pri nas bolnik ni v sredini, ampak zdravnik, to večinoma sprejemajo vse medicinske sestre, prej sem tudi jaz tako razmišljala, tako sem bila vzgojena – da sem na primer odpirala vrata zdravnikom« (Pahor 2006, 123).

Pri oblikovanju poklicne identitete ima najpomembnejšo vlogo »delovno okolje in zadovoljstvo z izbiro poklica« (Mrak 2001, 108). Vsaka družbena vloga se mora ravnati po pravilih, ki veljajo zanjo, spoštovati mora norme, vrednote in vedenje, ki je predpisano. Vloga zdravnika in medicinske sestre sta primera, kjer vsak, ki opravlja en ali drug poklic, sprejme še »izrazito socialno stereotipno vlogo«, hkrati pa »se mora naučiti posebnih vzorcev obnašanja, da bi zadovoljil pričakovanja širšega okolja« (Mrak 2001, 109). Zdravstveni sistem je orientiran okoli zdravnika in medicina je veda, ki dominira. Medicinske sestre so zdravnikove pomočnice, zato so mu podrejene in morajo izvrševati njegove ukaze. »Negovalna sestavina zdravljenja je malone nevidna in nizko cenjena« (Mrak 2001, 109).

#### **4 USKLAJEVANJE POKLICNEGA IN DRUŽINSKEGA ŽIVLJENJA**

Ženske se vsakodnevno soočajo s težavami, strahovi in občutki krivde, ki jih prinaša dvojna obremenjenost in poskusi usklajevanja zasebnega in poklicnega življenja (Sedmak in Medarič 2007). Na drugi strani imajo moški običajno s tem manj težav in se zato lahko bolje posvetijo svoji karieri. Poleg tega danes velja prepričanje, da ženska z uspešno kariero ne more biti dobra mati, saj v tem primeru družina trpi. Vendar, kaj pravzaprav pomeni, da družina trpi? »Je to mož, ki mora prevzeti del (so)odgovornosti, ki se nanašajo na gospodinjenje in/ali starševske obveznosti? So to otroci, ki so izgubili žrtvujočo se in nezadovoljno mamo?« (Sedmak in Medarič 2007, 94).

Za poklic medicinskih sester je značilno, da je organizacija dela neprijazna do staršev, saj poteka v treh izmenah. Zaposleni imajo veliko nadur zaradi nadomeščanj, ker je veliko bolniških in porodniških odsotnosti (feminiziran poklic), prav tako pa si s tem nekoliko povišajo osnovno plačo (z nadurami). Zaposleni bi potrebovali vrtec, ki je prilagojen specifični organizaciji dela. Delodajalec naj bi po zakonu pomagal staršem, vendar je bistvenega pomena pomoč med sodelavci. Intenzivnost ter tudi zahtevnost dela sta se v preteklih letih zelo povečali, narašča število pacientov, hkrati pa je tudi njihova zahtevnost glede kakovosti storitev vse večja (Sadar-Černigoj in drugi 2007). Raziskava (Sadar-Černigoj in drugi 2007) je pokazala, da je starševstvo lahko ovira pri selekciji. V raziskavi so izvedli fokusno skupino, kjer so zaposleni (medicinske sestre in tehniki) brez otrok menili, da pričakujejo težave pri usklajevanju poklicnega in družinskega življenja in da pričakujejo partnerjevo pomoč. Udeleženci fokusne skupine so povedali, da se s partnerji vidijo poredko, pogosto se zgodi, da se tudi po nekaj dni ne vidijo. Velik pomen dajejo neformalnemu dogovarjanju in pomoči, brez tega bi bilo težko, saj delodajalci želj glede urnika pogosto ne

upoštevajo. Prav tako ugotavljajo povečano intenzivnost dela in več administrativnega dela. V fokusni skupini staršev so govorili o težavah z usklajevanjem in da so kot družina redko skupaj, nekaterim tudi sodelavci ne priskočijo na pomoč. Raziskava je pokazala, da si večina želi delati izven zdravstva, da bi lahko več časa preživeli z družino. Strah jih je, ko otroci zbolijo in morajo na bolniško. Moti jih hierarhija, predvsem kader s srednješolsko izobrazbo, in izražajo nezadovoljstvo, saj ne dobijo priznanja za svoje delo, kot menijo, da si ga zaslužijo. Delo v zdravstvu je zahtevno in vpliva na zasebno življenje, ne le oseb, ki imajo družino, posledice zaznajo tudi mladi brez otrok. S tem se strinjajo tako zaposleni kot vodstvo (Sadar-Černigoj in drugi 2007, 72).

Javnomnenjske raziskave kažejo, da imajo zaposleni, tako v tujini, kot pri nas, premalo časa za zasebno življenje (Kanjuo Mrčela in Sadar-Černigoj 2006). Večina žensk je zaposlenih, hkrati pa večino domačega gospodinjanskega dela opravijo ženske. To povzroča težave pri usklajevanju. Če imajo težave z usklajevanjem ženske, ki imajo 'običajen' delovni čas, torej opravljajo enoizmensko delo in so med vikendom proste, imajo medicinske sestre še toliko več težav.

Raziskave kažejo, da 2/3 gospodinjanskega dela opravijo ženske (Eurostat v Sedmak in Medarič 2007, 95). O udeležanju aktivnega očetovstva v praksi še ne moremo govoriti (Rener in drugi 2005 v Sedmak in Medarič 2007, 102). Ženske v Sloveniji so bolj obremenjene, ker imajo manj možnosti za opravljanje dela s krajšim delovnim časom, prav tako pa

namenjajo več časa za gospodinjstvo v primerjavi z ostalimi evropskimi državami. Zanimivo je, da velika večina žensk meni, da ji uspeva usklajevanje. Po rezultatih so preobremenjene, saj veliko časa namenijo skrbi za družino, vendar se ne počutijo tako. Vprašanje je, ali so tako dobro organizirane ali le ne priznajo, da so preobremenjene (Sedmak in Medarič 2007, 106).

Podatki Eurostata iz leta 2004 (v Sadar-Černigoj in Kanjuo Mrčela 2006) so pokazali, da ženske v Sloveniji za gospodinjstvo dnevno porabijo 4 ure in 57 minut, moški pa le 2 uri in 39 minut. Z otroki ženska na dan preživi 2 uri in 23 minut, moški pa le 56 minut. O večji obremenitvi ženske pri skrbi za družino govori tudi podatek, da dopust za nego in varstvo otroka koristijo večinoma ženske.<sup>5</sup> Raziskava je še pokazala, da imajo matere po rojstvu veliko več težav z napredovanjem v službi kot očetje. »Spolne vloge na področju dela in v

---

<sup>5</sup> Spremembe zakonodaje, ki se obetajo leta 2014 predvidevajo, da naj bi dopust za nego in varstvo otroka oz. po novem starševski dopust morali obvezno koristiti tudi očetje in sicer minimalno v obsegu 30 dni. Ta del dopusta bo neprenosljiv (Mlakar 2013).

družinah odražajo v družbi uveljavljeno pojmovanje dela, moškosti/ženskosti ter javnega/zasebnega« (Sadar-Černigoj in Kanjuo Mrčela 2006, 734). Še vedno se javno sfero pripisuje moškim, zasebno in skrb za družino in torej »ne-delo« pa ženskam in to se le počasi spreminja. Ženske so zaposlene na slabše plačanih delovnih mestih, poleg tega pa opravijo še večino neplačanega gospodinjskega in skrbstvenega dela v družini (Sadar-Černigoj in Kanjuo Mrčela, 2006).

»Ekonomske vplivi, stopnja družbenega razvoja in družbeni konsenz o delitvi dela« določajo oblike skrbstvenega dela in porazdelitev med različnimi akterji (Sadar-Černigoj in Kanjuo Mrčela 2010, 135). Iz feminističnih vrst so sicer prišle pobude o premisleku glede vloge skrbstvenega dela, vendar so bile žal preslišane. Danes imajo ženske v vseh zahodnih državah težave, ki se kažejo v preveliki preobremenjenosti. Odnos do nevidnega skrbstvenega ženskega dela se počasi spreminja, čeprav bistvenih sprememb še ni zaznati (Sadar-Černigoj in Kanjuo Mrčela 2010).

## **5 EMPIRIČNI DEL – ANALIZA BIOGRAFSKIH INTERVJUJEV**

Medicinske sestre v Sloveniji so v večini zaposlene v zdravstvenih ustanovah, več kot polovica v bolnišnicah (Pahor 2006, 7), zato sem intervjuje opravila v eni izmed slovenskih bolnišnic.

Izbrala sem šest intervjuvank iz treh različnih generacij:

- medicinske sestre rojene do leta 1965,
- medicinske sestre rojene med leti 1965 in 1979,
- medicinske sestre rojene po letu 1979.

Poleg starosti sem upoštevala še tip šolanja in področje zaposlitve. Tako sem iz vsake generacije opravila intervju z dvema sogovornicama, med katerimi je bila ena srednja medicinska sestra, druga pa diplomirana. Predstavnici srednje in najstarejše generacije sta tudi vodji oddelka, tako da sem upoštevala še področje zaposlitve. Srednja medicinska sestra najmlajše generacije je hkrati tudi študentka.

Intervjuje sem opravila 17. junija 2013, trajali so do 30 minut. Pred tem sem opravila poskusni intervju z upokojeno medicinsko sestro, da sem preverila, kako pogovor teče. Vnaprej sem si pripravila okvirna vprašanja, razdeljena po področjih, ki jih analiziram, vendar sem vprašanja prilagajala vsaki sogovornici. Pri nekaterih sogovornicah so se odprla tudi nova

področja, ki jih nisem predvidela. To so značilnosti **delno strukturiranega intervjuja** (Pope in Mays 2006), s katerim sem ugotavljala, kako se je doživljanje poklica spreminjalo v obdobju treh generacij (spreminjanje pomena, težišča posameznega področja raziskovanja in razmerij med njimi) ter kateri dejavniki vplivajo na oblikovanje poklicne samopodobe.

Vprašanja in področja, ki so relevantna za preučevanje in ugotavljanje poklicne samopodobe:

- razlogi za izbiro poklica in šolanje,
- pomen izobraževanja za zdravstveno nego,
- pomen in status poklica,
- odnosi na delovnem mestu:
  - avtonomija in samostojnost poklica,
  - odnosi z zdravniki,
  - odnosi z zdravnicami,
  - odnosi s pacienti,
  - sodelovanje in medsebojna pomoč ter odnosi med kolegicami,
  - odnos do moških poklicnih kolegov,
- usklajevanje poklicnega in družinskega življenja.

V nadaljevanju bomo predstavila analizo po področjih.

## **5.1 RAZLOGI ZA IZBIRO POKLICA IN ŠOLANJE**

Vse medicinske sestre so kot razlog za izbiro poklica navedle pomoč ljudem. Vse so na vprašanje odgovorile brez premisleka in suvereno. Poleg pomoči ljudem so sestre kot razlog navedle še veselje do dela z ljudmi.

Diplomirana medicinska sestra srednje generacije: »Zato, ker me je zmeraj veselilo delo z ljudmi. Nisem hotela postati pisarniški molj.«

Srednja medicinska sestra najstarejše generacije: »Zato, ker jaz rada delam z ljudmi in tako sem se odločila pač, da bom pomagala.«

Diplomirana medicinska sestra najmlajše generacije: »Od zmeraj me je veselilo delo z ljudmi, sem tudi večkrat prihaja v bolnišnico in me je zanimalo, me je pritegnilo, sploh kako je delati s pacienti, v glavnem biti z ljudmi in občutek, da lahko nekomu pomagaš, so mi enostavno v zadovoljstvo.«

Srednja medicinska sestra srednje generacije: »Moj prvi razlog, prav prvi prvi, ki mi je oče odsvetoval, 'ne, ker boš delala nočne', je bil: jaz hočem pomagati ljudem.«

Glede na to, da je za zdravstvo značilno, da se vse bolj oddaljuje od ljudi, je ugotovitev, da se medicinske sestre za poklic (še vedno) odločajo zaradi humanističnih razlogov, zelo spodbudna. Hkrati pa je to tudi breme, ki si ga medicinske sestre nalagajo, saj je posameznik v vse bolj dehumaniziranem sistemu pogosto nemočen.

### 5.1.1 Podpora doma

Pri srednji generaciji doma ni bilo preveč podpore, kot tudi pri najmlajši diplomirani. Razlogi, da starši odločitve niso podprli, so naporno delo ter neugoden delovni čas. Kljub temu so medicinske sestre vztrajale pri svoji odločitvi in se izšolale za ta poklic.

Srednja medicinska sestra srednje generacije je povedala, da ne, da ni bilo podpore, ampak bolj svarilo: »Zaradi nočnih, enkrat, ko imaš družino in se vse to obrne, ampak jaz sem vztrajala in šla in sem tukaj.«

Diplomirana medicinska sestra najmlajše generacije se je prekvalificirala iz drugega poklica in doma ni imela popolne podpore:

*Eni ja, eni ne. Na začetku so bili dokaj skeptični, ker sem šla iz ekonomske in sem se prekvalificirala. Tam sem takoj videla, da sem zgrešila in me je zmeraj zanimalo zdravstvo in sem si mislila, 'joj ne vem, če bom zmogla', nisem bila dovolj prepričana vase. Eni so rekli: 'bo naporno, ne boš zmogla', po drugi strani pa so videli nekaj v meni, da je, da si želim, tako da je bilo 'pol pol', pol podpore, pol pa je bila moja volja, da sem se odločila. In potem sem videla takoj, prvi letnik je bil sicer 'hud', ampak sem videla, da je prav, da sem se odločila.*

Diplomirana medicinska sestra srednje generacije: »Niti ne, ker so me opozarjali skozi na izmensko delo in pač na obremenitev, tako da niso bili.«

Ostale medicinske sestre so doma imele podporo, največ podpore je imela srednja medicinska sestra najmlajše generacije, ki je povedala, da jo je podpirala zlasti mama, ker je menila, da je poklic medicinske sestre še posebej primeren za ženske. Poleg veselja do dela z ljudmi in pomoč ljudem jo je zanimalo tudi delo z živalmi. Skupaj z mamo sta se odločili glede izbire poklica: »Glede na to, da si ženska, greš mogoče malo težje v smer pomoči živalim in tudi

nasvet je bil mamin, glede na to, da me je poznala, kakšna sem; ker ti se odločaš pri štirinajstih, kam in kaj boš šel, je rekla, da bi bil mogoče ta poklic res primeren zame.«

Kljub opozorilom in svarilom s strani družine so se medicinske sestre odločile za ta poklic in tako ostale zveste sebi in svojim željam, vendar stvar ni tako preprosta, saj se lahko ob težavah, do katerih slej, ko prej pride, pojavijo občutki krivde in očitki, zakaj so kljub opozorilom vztrajale. In tako morda niti ne pričakujejo podpore, ki bi jo potrebovale in so prepuščene same sebi.

## **5.2 POMEN IZOBRAŽEVANJA ZA ZDRAVSTVENO NEGO**

Srednji medicinski sestre najstarejše in srednje generacije nista nikoli razmišljali o tem, da bi se vpisali na fakulteto oz. višjo šolo, najmlajša pa je tudi študentka Zdravstvene fakultete, na katero se je vpisala kasneje, ob delu.

Najstarejša predstavnica srednjih medicinskih sester ni najbolj naklonjena višje izobraženim kadrom v zdravstveni negi: »Jaz mislim tako, da je tam samo papirologija, te višje delajo večinoma s papirji. To ni zame, jaz sem raje s pacienti.«

Ostali dve srednji medicinski sestre pa menita, da so ene in druge potrebne in da so ene z drugimi skladne. Med intervjuvankami prevladuje mnenje, da skupaj delajo kot dobra ekipa. Čeprav se zavedajo, da drugje morda obstajajo kakšna trenja, v njihovem delovnem okolju tega večinoma ne zaznavajo. Zavedajo pa se, da konflikt med njimi obstaja, četudi ga v njihovem delovnem okolju ne občutijo oziroma si ne priznajo. Le diplomirana medicinska sestra najstarejše generacije odkrito prizna, da 'konflikt' med srednjimi in diplomiranimi medicinskimi sestrami obstaja: »Srednji kader te gleda tako, zdravniki tako, pač takšno je tvoje delo in si mislijo, kaj bodo te. Je nek pritisk zagotovo; bi se zlagali, če bi rekli, da ga ni.«

Srce zdravstvene nege so vsekakor srednje medicinske sestre, saj največ časa preživijo ob pacientu. Diplomirane imajo namreč tudi druga opravila in se tega zavedajo.

Diplomirane medicinske sestre seveda menijo, da je visoko izobražen kader potreben, sicer se ne bi odločile za študij. Ena medicinska sestra je izpostavila problem plačila visoko izobraženega kadra in problem množičnosti; preveč visokega kadra je za delodajalca prevelik strošek in od tod razlaga, zakaj diplomirane ne bi bile potrebne.

Razlogi za nadaljevanje šolanja so bili v želji po pridobitvi novih znanj: »Želja po znanju, po večjem znanju« (diplomirana medicinska sestra najstarejše generacije). Pomemben dejavnik so bile tudi ocene na srednji šoli: »Po srednji šoli je bilo vse skupaj spet odvisno od ocen, jaz sem bila pridna« (diplomirana medicinska sestra srednje generacije). Študentka se je odločila za študij, ker meni, da je izobraževanje zelo pomembno: »Ker pač vidiš, da ne gre drugače, mislim, da je 'fajn', da malo napreduješ, da se izobražuješ. Čeprav je mnenja, da: »tudi brez srednjih ne bi šlo, to absolutno.«

Zadržanost in skepsa do diplomiranih medicinskih sester se (pričakovano) kažeta pri najstarejši predstavnici srednjih medicinskih sester. Mlajše se namreč bolj zavedajo, da visokošolsko izobraževanje pomeni pomemben prispevek k profesionalizaciji poklica. Čeprav so visoko izobražene medicinske sestre dokaz profesionalizacije dejavnosti, hkrati zbujajo odpor. Visoko izobražena medicinska sestra je 'sumljiva', saj se pričakuje, da v praksi ni dobra, ker naj bi želela le administrirati. Taka medicinska sestra je namreč pogosto označena kot »propadel zdravnik«, ki se ne zanima za paciente (Burnard in Chapman 1988 v Pahor 2006, 45). Glede na to, da so že med samimi medicinskimi sestrami deljena mnenja glede diplomiranih medicinskih sester in jim pogosto niso preveč naklonjena, je razumljivo, da slednje tudi navzven, izven svoje stroke, niso popolnoma sprejete.

Kljub temu, da imajo medicinske sestre najmlajše generacije in srednje generacije pozitiven odnos do visokošolskega izobraževanja za medicinske sestre, so kritične do kakovosti študija:

»Pred leti je bil kar večji poudarek na izbiri, ravno vsak ni mogel biti in v bistvu izbor je bil manjši in se mi zdi, da je bilo vseeno kvalitetnejše pred leti. To, da je zdaj v vsaki vasi ena visoka šola ne vem, koliko se mi zdi to dobro za v bodoče.« Tako meni diplomirana medicinska sestra srednje generacije.

Najmlajša predstavnica diplomiranih medicinskih sester se prav tako zaveda omejitev glede izobraževanja in meni, da so izkušnje še pomembnejše kot izobrazba:

*Srednje sestre, ki so, jaz iskreno povem, zna marsikatera več. Teh šol je ogromno in ko narediš, ni tako kot nekoč, ko so bile ene šole in si res dobil znanje, jih je preveč in prideš s pomanjkljivim znanjem, ampak vsi pričakujejo, da boš vse obvladal. Je pa zagotovo kakšna srednja sestra, ki dosti bolj obvlada stvar in bi bilo dobro, da bi se na primer dalo stopnjevati; je srednja in potem glede na obdobje, na izkušnje, tako bi se nekako. Ampak*

*tak sistem kot imamo, ni odveč, zagotovo ne, ker je nadgradnja, ampak bi lahko to poenostavili, naredili vse v enem paketu in bi potem glede na izkušnje napredoval.*

Medicinske sestre se zavedajo, da fakulteta sama po sebi ni dovolj, vsekakor so pomembne izkušnje. Najmlajša diplomirana medicinska sestra celo govori o izkušenih srednjih medicinskih sestrah, ki imajo veliko več znanja kot ona, ki je sicer diplomirana, ampak še neizkušena. Tukaj se kaže 'konflikt', saj imajo diplomirane medicinske sestre s pomanjkljivim znanjem slabo vest, ker nimajo toliko znanja kot srednje medicinske sestre. Slednje pa verjetno preveč pričakujejo od mlajših kolegic in mislijo, da bodo takoj po končani fakulteti vse obvladale, kar pa ni mogoče, zato je tudi v tem razlog, da prihaja do razhajanj med njimi; srednje namreč mislijo, da diplomirane premalo vedo in zato so zadržane do visokošolskega izobraževanja.

### **5.2.1 Odnosi med srednjimi in diplomiranimi medicinskimi sestrami**

Že pri vprašanju naklonjenosti do visokošolskega izobraževanja se je odprlo vprašanje odnosov med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami. Hierarhija obstaja, vendar se ta različno kaže. Večinoma dobro sodelujejo, čeprav se zavedajo, da to ni samoumevno. Prav tako se zavedajo omejitev, saj ne morejo vse opravljati vseh opravil, predvsem srednje ne morejo opravljati dela diplomiranih medicinskih sester.

Diplomirana medicinska sestra o svojem delu in delu srednjih medicinskih sester: »Jaz sem tu zaradi pacienta in meni ni težko naredit od 'a' do 'ž' nič okoli pacienta. Je pa to, da če bom delala skozi 'ž', bo 'a' ostajal. S tem, da jaz lahko, moje delo je vse, one pa žal meni ne morejo vsega pomagati, ker pač nekje se njihovo podznanje konča.«

Srednja medicinska sestra o sodelovanju med njimi in diplomiranimi: »Jaz imam včasih malo več dela, pa njim pomagam, pa ona meni pomaga in obratno. Tudi odvisno od diplomirane. Saj pravim, če je njen odnos ignorantski, potem normalno se tudi ti malo zadržiš.«

Predstavnica najstarejše generacije diplomiranih medicinskih sester o sodelovanju med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami: »Jaz mislim, da sodelujemo v redu, jaz pač povem, kaj naj one naredijo, one pridejo k meni, imamo ta 'feedback' informacijo.« Meni, da sodelujejo v redu, čeprav nek dvom obstaja: »Kar je za hrbtom, pa ne vem (smeh).«

Zaznati je slabo vest med diplomiranimi, saj se zavedajo, da so (pre)malo s pacienti, ki so središče njihovega poklica: »Ker ravno to, kar počnem zdaj, nisem želela početi, ker ko prideš

sem, si avtomatsko pisarniški molj in zgubljaš stik z ljudmi. S tem, ko grem ven, ko grem po sobah, ko delam z ljudmi, pridem spet na tisto, kar sem si želela početi» (diplomirana medicinska sestra srednje generacije).

Ule (2009) opozarja na problem, da med samimi medicinskimi sestrami vlada hierarhija (v ZDA npr. tudi rasna in etnična) in sicer po izobrazbi; nekatere so srednje, druge višje, spet tretje imajo visoko izobrazbo. »Očitno pritisk k podrejanju ustvarja potrebo po nadaljnjem podrejanju in ta pritisk lomi profesionalno integracijo in samozavest medicinskih sester, da bi lahko izgradile svoj poklic kot enakovreden zdravniškemu poklicu« (Ule 2009, 215). Kljub temu, da medicinske sestre menijo, da med seboj dobro sodelujejo, je v medsebojnih odnosih zaznati polarizacijo in to preprečuje, da bi zgradile enotno identiteto, saj polarizacija pomeni, da se dojemajo na osnovi delitve mi-oni.

### **5.3 POMEN IN STATUS POKLICA**

Medicinske sestre menijo, da je njihov poklic več kot sredstvo, ki jim omogoča preživetje oziroma sredstvo ekonomske avtonomije. Menijo, da je njihov poklic tudi poslanstvo, ki jim daje občutek opravljanja družbeno koristnega dela.

»Meni to polni baterije, tako, ko vidiš, ko se ti zahvalijo pacienti. Saj imaš vsega, imaš tiste, ki ti jemljejo energijo in imaš tiste, ki ti dajejo in je hvala bogu zaenkrat še to razmerje 'tam tam', da mi je več kot samo: 'zdaj moram v službo, samo da imam'. Tako da je, je eno osebno zadovoljstvo« (diplomirana medicinska sestra najmlajše generacije).

Srednja medicinska sestra najstarejše generacije pravi, da ji danes poklic predstavlja le še sredstvo preživetja in da je včasih bilo drugače: »Sem rada hodila v službo, ni bilo problema. Samo zdaj so pa taki časi, ki te z vseh koncev bombardirajo.« Medicinska sestra, ki je nekaj let pred upokojitvijo, priznava, da je zgarana, hkrati pa poda tudi razloge in sicer v tempu dela, ki je vse večji. Pritiski na delovnem mestu so vse večji, vse več je pacientov, ki se zelo hitro obračajo in delo postaja vse bolj naporno. V mladosti je tovrstne napore vsekakor lažje premagovati, s starostjo pa je vse težje in toliko bolj izčrpavajoče.

Zanimivo je, da nobena medicinska sestra na poklic ne gleda kot na dobro opravljanje profesionalne dejavnosti in suverenost na svojem poklicnem področju, kar pomeni, da zahteve in pričakovanja od svoje dejavnosti niso profesionalno eksplicitne, temveč so potopljene v samoumevnosti. Na sploh je v njihovem poklicu veliko samoumevnosti in to potrjujejo in

afirmirajo tudi same. Iz tega izhaja nizek ugled poklica, saj je delo razumljeno kot samoumevno in se ga pogosto dojema, kot da ga lahko opravlja vsak, ki zato ne potrebuje posebnega znanja.

### 5.3.1 Ugled poklica

Glede ugleda svojega poklica so medicinske sestre mnenja, da ga ima premalo in da je podcenjen.

*Kaj pa vem, mogoče res ni tako cenjen, kolikor bi mi želeli. Ponavadi te vprašajo, kje delaš: 'ah, sestra si' tako, hmm, sestra (razočaran glas). Ne vem, kaj jaz vem. Zdaj eni cenijo, eni ne. Večinoma se mi zdi, da bolj: 'ah, sestra' (posmehljivo). Kaj jaz vem, saj ne vem, niti se ne obremenjujem s tem, po pravici povedano. Pač meni je vsak poklic v redu, vsak, ki ga opravlja, ga mora znati opravljati. No, mogoče pa res ni tako cenjen, kot bi lahko bil, ker je res odgovorno delo, tudi naporno (srednja medicinska sestra najmlajše generacije).*

Srednja medicinska sestra najstarejše generacije meni, da medicinske sestre pomembno prispevajo k zdravljenju, vendar ugotavlja, da njihovo delo navzven ni dovolj cenjeno: »Zagotovo, da ima pomemben faktor! Samo saj pravim, drugi ne mislijo tako.«

Kot najbolj pereč problem so izpostavile odnos z zdravniki in to, da so v njihovi senci, čeprav so one tiste, ki so ves čas s pacienti. Kljub temu, da so skozi prisotne, je njihovo delo največkrat nevidno.

Srednja medicinska sestra srednje generacije pravi, da je poklic premalo cenjen in navede razloge, zakaj bi moral biti bolj: »Glede na to, da smo res mi tiste, ki smo zmeraj z njimi, ki poznamo največ pacienta, res vemo že točno, kaj rabi, kaj ne, samo da te pogleda.«

Poklic medicinske sestre je feminiziran in za feminizirane poklice je značilno, da so podcenjeni; imajo nizek ugled, slabe pogoje dela in posledično so tudi slabše materialno ovrednoteni. Delo medicinskih sester je emocionalno in skrbstveno in je podobno delu, ki ga ženska opravlja v družini. Ženska namreč običajno skrbi za družino in neguje tiste, ki so potrebni nege, za kar pa ni plačana, zato to ni 'pravo delo', saj ne prinaša direktnega ekonomskega učinka, temveč je ne-deloz oz. delo iz ljubezni. Tovrstna logika se je prenesla v javno sfero in poklic medicinske sestre ima zato nizek ugled in vse ostale posledice, ki izhajajo iz tega.

## 5.4 ODNOSI NA DELOVNEM MESTU

### 5.4.1 Avtonomija in samostojnost poklica

Medicinske sestre so mnenja, da večinoma nimajo samostojnosti in da je to v zdravstveni dejavnosti težko, zato je niti ne pričakujejo. Izpostavile pa so pomembnost sodelovanja med vsemi deležniki.

Diplomirana medicinska sestra najmlajše generacije glede avtonomije oz. samostojnosti zdravstvene nege pravi tako: »Ne, samostojna težko, saj na oddelku moraš imeti tim, ki je boljše, da se čim boljše razume in čim boljše sodeluje. Zdaj je pa odvisno; imaš take sodelavce in imaš take, z enim se da zmeniti vse, z enim pa težko, pa čim bolj na kratko in greš čim bolj, kar lahko narediš sam in narediš sam.«

Diplomirana medicinska sestra srednje generacije: »Načeloma je vse povezano z vsakim. Ni, da smo ločeni. Za nobeno stvar. Ne glede zdravnikov, ne glede fizioterapije. Mi imamo, zagotovo, da imamo določene stvari, kjer smo samostojne, sploh pri sami negi, ampak vse, kar se navezuje na medicinski del, se navezuje, tako da en brez drugega ne moremo. Oni ne morejo brez nas in mi ne moremo brez njih. In je, sodelovanje je zelo pomembno in če tega ni ...«

Srednja medicinska sestra srednje generacije: »Uhh (*vzdihne*), tukaj je res odvisno. Prostih rok ravno nimamo. Zdaj je odvisno tudi od zdravnikov. Z leti jih spoznaš in veš, do katere meje lahko, kar je pa zdravil in to, pa absolutno nimamo prostih rok, to vse oni in mi samo naredimo, kar oni rečejo.« Izpostavila je zanimiv problem, in sicer, da samostojnosti načeloma ni, z leti pa si jo morda pridobijo, vendar je to odvisno od zdravnika in njegove volje ter koliko si medicinska sestra 'upa' zahtevati. Kar pa pomeni, da avtonomija ni zagotovljena, temveč boj zanjo poteka neprestano.

Diplomirana medicinska sestra srednje generacije ima podobne izkušnje:

*Spet je odvisno od posameznika. Jaz, saj vidite, da sem dokaj odprt tip, da nimam težav s tem, tudi meni zdravnik ne predstavlja boga. Mogoče preden ga spoznaš, ko prideš na novo delovno mesto, greš z eno rezervo, potem pa, ko ga spoznaš, jaz sem tak tip, ko povem, nimam zadržkov, da zato, ker je zdravnik, da ne bi mogla mu povedati svojega mnenja. In to je ne glede na to, kje sem bila - prej na intenzivni. Samo je pa tako, na začetku je, sploh pa mogoče za nas, ki smo taki ljudje, da na začetku predstavlja stres, ker*

*ne moreš izraziti svojega mnenja in si previden. Potem pa, ko spoznaš, ko veš, koliko lahko nekomu poveš in na kakšen način, se da. In na oddelku tu in na intenzivni, vedno sem vzpostavila z zdravniki dober odnos.*

Srednja medicinska sestra najstarejše generacije, ki meni, da je delo diplomiranih oz. višjih medicinskih sester zgolj administriranje, meni da so zato one bolj podrejene zdravnikom: »Mi srednje imamo bolj svoje, te višje imajo bolj kot pomoč zdravnikom.«

Srednja medicinska sestra najmlajše generacije, ki je tudi študentka, je drugačnega mnenja in se ji zdi, da imajo diplomirane medicinske sestre malo boljši status:

»Skoraj, da imajo te diplomirane mogoče malo več pravic, mogoče je res 'malček', čeprav ni nekaj 'ful', ampak je. Tudi so več z njimi, ker mi, karkoli je, so terapije, damo diplomirani in potem se diplomirana zmeni, čeprav gremo tudi srednje včasih do njega in rečemo: 'poglejte, tukaj je to pa to'. Ampak one imajo mogoče malo več stika z njimi, malo več delajo z njimi.«

Srednja medicinska sestra najmlajše generacije, ki je tudi študentka, o medicinski sestri in njeni vlogi v zdravstvu: »Meni se zdi še zmeraj tako podrejena, vsaj tukaj. Čeprav ravno na visoki šoli te učijo, da si ti samostojen, da ne se podrežati, da nisi ti dekla zdravniku, samo se mi zdi, da se vse vrti okoli zdravnika. Zdravnik je glavni in to je to, tako je. Ti moraš svoje delo pustiti, karkoli si opravljal in narediti to, kar je on rekel. Še zmeraj je on tisti.«

Dojemanje avtonomije poklica je tesno povezano z odnosi z zdravniki, o čemer bom pisala v naslednjem poglavju. Poklica sta namreč prepletena in povezana in kot je dejala ena izmed sogovornic, ne morejo en brez drugega. Problem se pojavi, ker odnosi, ne le med zdravniki in medicinskimi sestrami, temveč tudi med samimi medicinskimi sestrami, torej odnosi v zdravstvu, ne temeljijo na enakopravnosti, temveč hierarhiji, kar pomeni, da povečanje avtonomije ene poklicne skupine, pomeni poseganje v drugo in zmanjšanje njene avtonomije. Diplomirana medicinska sestra najstarejše generacije to potrjuje: »Imamo avtonomijo 'da in ne' bi rekli. Moraš kaj narediti, čeprav ni to tvoje delo in je kar dvorezen meč.«

#### 5.4.2 Odnosi z zdravniki

Zanimivo je naslavljanje, ki veliko pove o odnosih, čeprav se zdi najbolj vsakdanja in samoumevna stvar.

Zdravniki medicinske sestre naslavljajo 'sestra', če poznajo ime, dodajo še ime, vendar ga velikokrat ne poznajo.

Srednja medicinska sestra najmlajše generacije o naslavljanju in o svoji negativni izkušnji: »Sestra, po navadi. Niti ne po imenu, ker niti ne vedo imen. Mogoče ti naši na oddelku ja, ampak ti drugi, mislim, da niti ne poznajo imen, bolj sestra. Se je pa tudi zgodilo, da je bilo: 'ej', (zažvižga), 'oj'. Je bilo pa tudi to že. En mlad zdravnik, kar čez hodnik, pač malo je požvižgal, tudi to je bilo že.«

Medicinske sestre menijo, da je zdravnik v središču, tudi za paciente. Morda je to najbolj boleča točka. Čeprav največ pohval dobijo ravno od pacientov in to jim veliko pomeni. Svojo podrejenost zdravnikom pa so sprejele skupaj s svojim poklicem in menijo, da se tega ne da spremeniti.

Srednja medicinska sestra najstarejše generacije: »Ja za paciente je zdravnik bog, to je bilo in bo. Mi kar naredimo, ni toliko vredno.«

Srednja medicinska sestra najmlajše generacije: »Tudi pri pacientu je zmeraj zdravnik tisti. Imajo tudi strah do zdravnika, morda je tudi to, si ti bolj tako pri roki, bolj si z njimi, ti bolj zaupajo morda. Ampak zmeraj, tudi če preberete, ko gredo stran, kakšne razglednice, je zmeraj najprej zdravnik: 'se zahvaljujemo najprej njemu in vsemu osebju ostalemu'. Tako da ja. Samo dobro, to se pač sprijazniš.«

Diplomirana medicinska sestra najmlajše generacije:

*Nekje se čuti precej, da je ta hierarhija: 'jaz sem doktor in zdaj vse, kar rečem, vi morate narediti'. Ja, na žalost je, se čuti precej. Tako kot oni, tudi mi nimamo časa, samo oni tega ne razumejo. Tudi dobiš kdaj direktno to povedano, da 'zakaj bi jaz, če lahko ti'. Nekje, zdaj spet odvisno s kom, je pa: 'dajmo si pomagat, bom jaz to, boš ti to'. Ampak je v glavnem, jaz to iskreno, kot jaz čutim, je dosti tega, da se nalaga vse nam. Pač je sestra deklica za vse, nekje nam pomagajo, nam poskušajo olajšati, nekje pač ne.*

Diplomirana medicinska sestra srednje generacije se zaveda, da je za pacienta zdravnik središče. O hierarhiji meni, da se je ne da spremeniti, čeprav se zaveda, da je veliko odvisno od samih medicinskih sester. Pravi, da je močna samopodoba ključnega pomena:

*To je zato, ker to je ukoreninjeno že leta. Zdravnik je bog in vse ostalo je nič, sicer je pa tako, da se pacienti vse bolj zavedajo, da kdo je zraven, se počasi zavedajo ... Moraš se tudi sam ceniti; če pač se daješ v nič in povzdiguješ tudi ti zdravnika, potem avtomatsko je tako, samo če imaš svojo močno samopodobo, tudi pacient to vidi. Je pa tako, če so zahvale in pohvale, vedno ne leti na kolektiv, zagotovo so vedno oni prvi, zato ker je hierarhija taka. Vedno, tudi ko pišejo listke ali pa dajo 'čokolatine' ali kavo, bodo napisali: 'v zahvalo zdravniku temu in temu' in potem bomo sestre. Ampak to je hierarhija, ki se počasi ... ki je bila in bo, no.*

Taista sestra se zaveda, da je veliko odvisno od njih samih:

*Če se ti čutiš pomemben, to pacient tudi občuti in ti tudi vrne. Ampak mu daš tudi vedeti, na primer: 'zdravnik, zdravnik, zdravnik', sem rekla, če mislite, da je zdravnik, izvolite in mu povejte. Ali pa zdravnik je tisti, ko reče kaj negativnega, ko kaj naroči, ko pacientu ne odgovarja, ampak bo naročil medicinski sestri. 'Zakaj mi jemljete vsak dan kri?' 'Oprostite, jaz sem tista, ki izvaja po naročilu zdravnika, ker je to naročil zdravnik, imate pa vso pravico, da ugovarjate in poveste zdravniku, da ne želite. Potem pa reče: 'ne ne, njemu pa ne.'*

Delo medicinske sestre je podrejeno zdravnikom, pogosto je nevidno in samoumevno. Diplomirana medicinska sestra najmlajše generacije o pohvalah in samoumevnostih: »Dosti je samoumevnosti; 'to morate vi vse znati, najdete se'. Vseeno se kdaj, tu pa tam, sliši bolj posredno kakšna pohvala, prav direktno, da bi kdo rekel, no tudi, so tudi pacienti, odvisno kdo.«

Srednja medicinska sestra srednje generacije o pohvalah, ki so redke: »Tu pa tam in z leti se prav navadiš, da si tukaj itak zaradi pacienta in sploh se ne obremenjuješ, ali te pohvalijo ali ne.«

Medicinske sestre na odnose z zdravniki gledajo kot na samoumevne in nesprejemljive in tako igrajo 'igro z zdravniki' (Stein in drugi 1990). Vendar si želijo sprememb, želijo si, da bi bilo drugače in tožijo, da se jim ne zdi prav, da zdravnik pobere vse zasluge.

Ravno pritoževanje ohranja odnose takšne kot so; omogoča jim, da sprostijo svoje frustracije, hkrati pa ne ogroža hierarhičnih odnosov in ohranja status quo (Turner 1995, Pahor 2006). Medicinske sestre so govorile tudi o odnosu pacientov do zdravnikov, do katerih imajo pacienti strahospoštovanje. Središče v zdravstvu naj bi bili pacienti, vendar tudi sami pacienti v središče postavljajo zdravnika.

#### **5.4.3 Odnosi z zdravnicami**

Medicinske sestre ne opažajo razlik med odnosom z zdravniki in zdravnicami, le srednja medicinska sestra najmlajše generacije ugotavlja, da zdravnico lažje kaj vpraša: »Kaj pa vem, mogoče malo lažje jo vprašam, no tako mogoče samo ta del, drugače pa se mi zdi, da je podobno. Da imajo vseeno tisto: 'mi smo zdravniki, vi ste pa to, kar ste'.«

Zdravniki in zdravnice v procesu profesionalne socializacije prevzamejo temeljne vrednote poklica in se naučijo, kje je njihovo mesto; v zdravstvu vsekakor v ospredju, zato v tem pogledu ni razlik. Je pa medicinska sestra povedala, da zdravnico morda lažje kaj vpraša, torej meni, da je kot ženska bolj človeška, dostopna, sočutna. V teoretičnem delu sem ugotavljala, da se znotraj istega poklica od žensk pričakuje več topline, podpore, humanosti ipd. Zdravnice imajo verjetno precej težav s svojimi kolegi zdravniki, vendar to ni tema naloge. Hkrati pa, kot sem v prvem delu naloge pisala, podrejanje (v tem primeru zdravnic zdravnikom), ustvarja potrebo po nadaljnjem podrejanju (Ule 2009) in zato so morda odnosi med medicinskimi sestrami in zdravnicami lahko še bolj napeti (Pahor 1989).

#### **5.4.4 Odnosi s pacienti**

Medicinske sestre pravijo, da pacienti opazijo trud, čeprav imajo tudi zahtevne paciente, ki ne cenijo ničesar, vendar se s tem ne obremenjujejo.

Diplomirana medicinska sestra najmlajše generacije: »Jaz bolj gledam tako, ne čutim, 'aha jaz imam tukaj avtoriteto, jaz sem sestra, jaz vam bom zdaj tu pomagala, jaz zdaj pričakujem, da boste ... Ampak je bolj odnos človek človeku. Jaz sama zase vem, kaj sem naredila dobro in je v redu. Ampak, če pa slišim še od pacienta, ko reče: 'joj sestra, koliko sem vam hvaležna, koliko ste vi prijazna, je to meni 'uau', še toliko bolj, zato pravim, da je to ta poklic, kjer se najdem.«

Medicinske sestre opravljajo emocionalno delo, ki je čustveno in psihično naporno. Problem so meje in prehodi; biti preblizu in biti predaleč. Gre za nenehno iskanje ravnovesja in

postavljanje mej. Sogovornice težav z vzpostavitvijo distance večinoma nimajo, vendar pacientom ne pustijo preblizu in se s tem zavarujejo, kar pa ni vedno najboljše za pacienta. Distanca lahko izpodrine empatijo in osebni stik. Distanca postane zid in preprečuje vdor, kar pa lahko tudi razčloveči.

Srednja medicinska sestra srednje generacije o vzpostavitvi distance: »To je z leti čisto samoumevno. Sploh niti ne razmišljam.« Meni pa, da pacienti večinoma cenijo njihovo delo: »Zelo pohvalijo. Saj to je tisto verjetno, kar te potem toliko bolj žene delati ta poklic, veliko jih pohvali, tudi v knjigo jih napiše, tudi nam osebno pove. Dobro so ljudje, ki itak ne cenijo niti, *hmm*, kar dobro narediš.«

Srednja medicinska sestra najmlajše generacije:

*Čisto odvisno tudi od pacientov. Znajo biti tudi zahtevni, pa zvonijo za eno malenkost, da vprašajo, koliko je ura na primer, ponoči seveda, take banalne stvari. Ali pa 'me zebe v tisto nogo, pa dajte me pokrit', tako no, mogoče rabijo samo malo, ne vem, pač se mu ne spi in bi potem nekaj, da se dogaja. Sicer pa jaz mislim, da če imaš dober odnos s pacientom, že ko stopiš v sobo, se nasmeješ, lepo pozdraviš, se mi zdi, da že tukaj se začne eno dobro vzdušje in potem gre samo iz sobe v sobo, vzdušje iz ene sobe v drugo in malo na hec in malo bolj, da ti zaupa, začneš kakšen pogovor, seveda z eno rezervo, se ne smeš preveč spuščat. Dobiš pa tudi koga, ki te nadere, samo da vstopiš noter.*

Srednje medicinska sestra najstarejše generacije pravi, da ji uspeva držati distanco in profesionalni odnos: »Jaz vem, kje je meja in treba tako, ker čim prideš preveč blizu, potem znajo to izkoriščati.«

Diplomirana medicinska sestra najstarejše generacije: »Jaz imam zelo lep odnos, zaenkrat me imajo zelo radi ... imam zelo tak korekten odnos, rada jih poučujem, vsako jutro se nasmejemo 'malček', vsako jutro gremo en 'giro', en obhod naredit, kakšno rečemo, vprašam, če vidim potrebo, da se usedem, se usedem, pokličem v kakšen intimen kot, da se kaj pogovorimo tudi, če bi imeli kaj ...« in ugotavlja, da pacienti cenijo trud: »Ja, opazijo tudi dosti.«

Diplomirana medicinska sestra srednje generacije pove, da imajo v bolnišnici dve vrsti pacientov in zanimivo, prizna, da ne vidi težav, če paciente, ki se vračajo, pusti blizu in z njimi ne ohranja več tako strogo profesionalnega odnosa:

*Kar se tiče pacientov, mi imamo dve vrsti pacientov. Imamo paciente, ki prihajajo na operacije, to so pacienti pač, ki se tudi hitro obračajo in z njimi je enostavnejše zdržati en profesionalni stik. Potem imaš pa paciente, kjer se kakšna stvar kje zakomplicira in so mogoče dlje časa ležeči. Z njimi žal, ne žal, avtomatsko, ker smo ljudje, preide bolj na domač, kako bi rekla, pristop je malo drugačen, se zbližaš. Še vedno je vikanje, je tisti profesionalni, ampak vseeno, tistega pacienta imaš več časa in je mogoče en bolj domač pristop z obeh strani. Potem imaš pa ljudi, ki prihajajo vsako leto na fizioterapijo. To so pa stari znanci, ki že pridejo po tolikih letih: 'ooo sestra', pa pokličejo pa hočejo prav to sestro. Samo žal je zato, ker je taka narava dela, da se ljudje vračajo in potem te poznajo že toliko let, da te oni potem sprejmejo za svojega in ne moreš, ne moreš ti zdaj bit odrezav in držat strogo ta profesionalni odnos, ker je težko. Medtem ko s temi, ki so pa na operacijah, ki se obračajo hitro, pa ja, saj imaš, je enostavnejše držati distanco. Ta profesionalni odnos je enostavnejše ga zdržat, distanca pri pacientu, ki je krajša ležalna doba kot pri temu, ki je dlje. Tako da tudi drugače tretiraš to težavo, ima večjo težavo, saj odnos nehote rata: 'pikica' pa 'kokica'. Fizioterapija, ki se pa obrača vsako leto, pa smo od 'rožice', 'kokice', to pa ni več ..., ampak jaz to pustim, ker v tem ne vidim nič slabega, ker oni se te potem dotaknejo, te objamejo. Do zdaj še nisem imela težav, da bi iz tega hoteli kaj več. Ker te že poznajo, te sprejmejo, postaneš del njihovega življenja, ker se vračajo. In v temu ne vidim nič slabega.*

#### **5.4.5 Sodelovanje in medsebojna pomoč ter odnosi med kolegicami**

Zaradi specifičnega poklica medicinske sestre pravijo, da je sodelovanje nujno, glede urnikov si pomagajo, kolikor lahko, čeprav je zaradi administrativnih ovir to včasih težko.

Srednja sestra najstarejše generacije: »Zdaj s tem urnikom, ki ga imamo, ker zdaj imamo to razliko, ko moraš 12 ur imeti vmes in zdaj si zelo težko lahko zamenjaš kaj, včasih smo delale recimo zjutraj in ponoči isti dan ali pa si bil popoldan pa naslednji dan zjutraj in se je dalo, zdaj pa ne moreš. Zdaj si recimo danes popoldne in jutri ne moreš bit zjutraj, moraš bit popoldne, tako da se ne da. Težko, težko.«

Diplomirana medicinska sestra najmlajše generacije:

*Tako, da če imaš pa res kakšen opravke, da moraš kdaj zamenjati s kolegicami, tukaj ni problema po navadi. Odnosi med nami so super, moram povedat. Glede na drugje, kjer sem bila. Je pa odvisno. Zmeraj je eden ali pa dva, to itak, drugače pa moram povedat, da še zmeraj tako, držimo skupaj. Jaz na kratko lahko rečem, da pomembno, kar je najbolj na delovnem mestu, so odnosi, tim. Če to 'štima', je več kot pol. Da rad prideš v službo. To je največji del po mojem. Če so odnosi, potem bo tudi drugo šlo. Pride tudi dan, ko si zanič, ko si slab, takrat se umakneš oziroma karkoli, ne iščeš konfliktov. V glavnem je pa ok, če so odnosi v redu.*

Srednja medicinska sestra najmlajše generacije glede menjav urnika in odnosov:

»Dobro, možnosti so res slabe, ker mora biti ta 12 urni razmak vmes in iz popoldanske v dopoldansko ne moreš, je malo težko, tako da potem si po navadi zamenjamo kar cel teden, jaz vzamem njen teden, ona vzame moj. In še tu moramo gledati dan prej, kako je in dan potem, po tem tednu.« Pravi, da si med seboj pomagajo: »Ne vsi, ampak mislim, da velika večina kar gre. Se da. Včasih moraš na druge oddelke, ne gre tukaj. Ampak vse je. Ponavadi že veš, koga klicati, si že tako zverziran, da že veš, kdo bo rekel ja, kdo ne more.« O odnosih na delovnem mestu: »Se mi zdi, da tako, odnosi tukaj so še kar, proti drugim, kolikor sem slišala.«

Srednja medicinska sestra srednje generacije: »Mislim, da je vsega več. Je je, je tudi naporno, to itak da je, samo kaj, kot pravim, če se sodeluje, odtehta, gre. Kar se da, si gremo na roko, res, ker so tukaj tudi družine.«

Diplomirana medicinska sestra najstarejše generacije pravi, da si med seboj pomagajo in menjavajo urnike in da je to nujno: »Ja, 'uff, buhviri', da ne (*smeh*).«

Diplomirana medicinska sestra srednje generacije pravi, da običajno ni težav pri menjavi urnikov: »Jaz mislim, da je spet odvisno tudi od posameznika. Jaz ne vem, jaz sem taka, meni ni problem, če jaz nimam nič, če me nekdo vpraša, jaz ga zamenjam. In tudi priznam, da tudi nimam predsodka potem tudi vprašat, v takem primeru.«

Ena medicinska sestra (diplomirana srednje generacije) je odprla zanimivo temo in sicer žensko rivalstvo. Dejala je, da se ga da čutiti v odnosu med medicinskimi sestrami in zdravniki oziroma zdravnicami ter tudi med samimi sestrami, vendar predvsem mlajšimi.

*Kar se tiče dela z zdravniki na oddelku, jaz sicer ne morem čez nobenega nič kaj povedat. So pač trenutki, ko se pojavi kakšna konfliktna situacija oziroma nestrinjanje v bistvu, se ga reši, ampak na oddelku ni večjih težav med medicinskimi sestrami in zdravniki. Zdravniki med sabo, to so njihove stvari, ni da se ravno ljubijo, ampak me z njimi osebno nimamo, imajo dokaj spoštljiv odnos, je pa tu pa tam, potem ko pa smo v dežurstvu, ko pa ravno nisi z zdravniki, s katerimi sodeluješ dnevno, se pa pojavljajo ja, mogoče težave, mogoče zato, ker ti ne zaupajo. Čeprav niti ne kakšno žensko rivalstvo, ker mislim, da smo to že prerasle. Če bi mogoče kakšna mlajša govorila ja, ampak z mano, jaz ne čutim več tega, da bi bilo kakšno rivalstvo, zato ker smo že v letih, je malo drugače. Saj mogoče kakšne mlajše imajo tudi s sestrami kakšno težavo, jaz ne. Je, se pa da čutiti. Tudi kakšen krat njihovo, da tudi sami sebi ne zaupajo, če nastane napaka. Niti ne napaka, ampak težava, iščejo v bistvu težavo, rešujejo preko zdravstvene nege. Večkrat se rešuje težava preko zdravstvene nege, ker smo, je enostavnejše. Tudi krivda se hitro prenese na zdravstveno nego, tudi na oddelku se je kdaj pojavilo na primer, če se je nekaj zgodilo, niti ne napaka, ampak težava recimo, da se je potem hitro iskalo krivca med vrstami zdravstvene nege, bodisi srednje, bodisi diplomirane. Prej kot poiskati sam pri sebi. Ampak to je odnos vedno in mislim, da ga ne bomo izkoreninili.*

#### **5.4.6 Odnos do moških poklicnih kolegov**

Glede moških poklicnih kolegov so vse povedale, da ni težav, se dobro razumejo in se jim zdi, da je poklic enako primeren za ženske in moške. Izbrane medicinske sestre torej ne producirajo predsodkov, da bi bil poklic primernejši za ženske. Le ena je izpostavila, da moški kolegi nekaterih stvari ne opazijo takoj in da rabijo malo več časa.

»Jaz kar sem imela izkušenj tukaj, mogoče na začetku rabijo malo več časa, da vidijo stvari, kaj je za narediti. Ne vem, on ne bo videl, da je tam brisačka na tleh in je ne bo pobral. Ali pa ne vem, da je vzglavnik že malo rjavkast od las in da ga je treba zamenjati, kakšne take stvari. Mogoče tega ne vidijo takoj na začetku, saj potem se mi zdi, da ja. Malo več časa mogoče rabijo. Če ne pa meni je super delati z njimi, nimam nobenih slabih izkušenj« (srednja medicinska sestra najmlajše generacije).

So pa medicinske sestre, razen ene, ki pravi, da so tudi pacientke zadovoljne, povedale, da je med starejšimi, zlasti pacientkami, občutiti nelagodje, če jih neguje zdravstveni tehnik.

*Imamo sodelavca zdravstvenega tehnika, nimam pripomb. Normalno, on je zame sodelavec, spoštuje kolegice, to da je moški, mogoče tu pa tam se pojavi kakšna težava, ko nekdo od pacientov, sploh te starejše gospe, ga omenijo: 'joj sestra', ampak takrat, to se gleda, če sta v službi kolegica in kolega, v tem primeru na primer urinski kateter bo šla uvest kolegica. Zdaj, če bo pa za kahlico odnest, pa tudi pacienti postanejo dokaj razumljivi, pač on je zdravstveni delavec in neguje, tako moškega kot žensko. In do sodelavk ima profesionalni pristop, ni težav, da bi bilo kakšno nadlegovanje in podobno.*

Diplomirana medicinska sestra najmlajše generacije: »Čisto ok. Pridni, delavni, pač ni razlik. In jih je vedno več in moram povedat, da sem zelo zadovoljna, da so prav ok, ker bi rekel: 'ah moški, to da jih ne briga', so čutni, empatični, vse. Čeprav se vidi pri kakšnih pacientkah, da jim ni najbolj ok, kakšnim pa ja. Kar se tiče pridnosti in to, sploh ni razlik.«

V zahodnih državah bolniško nego opravlja 90 % žensk, le 10 % moških. Vlogo medicinske sestre lahko povežemo s tradicionalno vlogo ženske. V ZDA imajo vselej v mislih 'njo', pacienti bolničarje naslavljajo zdravniki in ko jim povedo, da so bolničarji, odvrnejo, da so za njih zdravniki. Tako ni postavljena pod vprašaj le njihova poklicna identiteta, temveč tudi spolna identiteta. »Obstaja niz mentalnih enačenj, ki gredo takole: ženska+negovalna vloga=medicinska sestra, moški+negovalna vloga=homoseksualec« (Oakley 2000, 89). Kot ugotavljajo medicinske sestre, je nekaterim pacientom, zlasti starejšim pacientkam neprijetno, ko jih neguje moški. To izhaja iz njihovega prepričanja, da je medicinska sestra lahko le ženska.

## **5.5 USKLAJEVANJE POKLICNEGA IN DRUŽINSKEGA ŽIVLJENJA**

Delo medicinske sestre je fizično in psihično naporno, poleg tega pa imajo neugoden delovni čas, srednje medicinske sestre triizmensko delo, diplomirane pa dežurstva, kar vpliva na družinsko življenje. Potrebna sta podpora in pomoč doma, ki ju velikokrat ni, saj ima velika večina žensk na skrbi še družino in celotno gospodinjstvo. V primeru, da gre za mamo samohranilko, pa je sploh težko. Med intervjuvankami so bile tudi samohranilke, zanimivo pa je, da obe medicinski sestri najmlajše generacije še nimata družine oziroma otrok. Značilnost postmoderne so namreč rodnostne spremembe in starost matere ob rojstvu prvega otroka se viša (Švab 2001).

Srednja medicinska sestra najmlajše generacije o usklajevanju poklicnega in družinskega življenja:

*Jaz zaenkrat nimam družine, nimam otrok in ni s tega vidika, da ni noben obremenjen zaradi tega, ker že tako je preobremenjenost; šola, služba, praksa še za šolo, mislim, da bi bilo kar težko. Vsaj kolikor vidim te moje sošolke, kar so hodile. So pa imele vse boljše zorganizirano, ker jaz na primer nimam. Jaz imam službo in potem imam cel dan in mogoče ni moj dan tako zorganiziran kot je njihov. One točno vedo: 'to to to', jaz ne. Edino to je ena slabost, da nimam družine.«*

Ista sestra še o napornem delu: »Ja, vse je in še triizmensko delo. Imaš zmešane vse dneve, nočne, popoldanske, nimaš nobenega ritma. Dobro, potem na koncu prideš zadovoljen, da sploh imaš poklic oziroma službo sploh, da dobiš denar. Ko gledaš, kakšne uboge trgovke, ali dobijo plačo ali ne, tam 400 evrov in potem vidiš, da ti ni tako slabo, lahko bi bilo slabše.«

Srednja medicinska sestra najstarejše generacije: »Naporno, zelo je naporno. In z leti je še bolj, nisi več tako v 'muvingu', kot ko si bil mlad, ne moreš več toliko, a je vedno več dela, vedno več nalagajo.« Pravi sicer, da doma lahko odklopi, ampak »prvo, ko pridem domov je to, da se spočijem.« In doma jo čaka še ena služba. Potoži, da je 24 ur obremenjena.

Diplomirana medicinska sestra najmlajše generacije nima družine, zato s tega vidika nima težav, vendar neugoden delovni čas vseeno vpliva na njeno socialno življenje: »Zdaj, ko je tako vreme, se trudim vikend čim bolj izkoristiti in včasih je pač moteče, ampak tako je, tukaj nimaš kaj.«

Diplomirana medicinska sestra srednje generacije:

*Potem ti postane po določenem času način življenja. Jaz pač se zavedam, da pač tako je. 'Ta mala', zdaj bo končala drugi razred, pojama: 'mami kaj spet boš čez vikend, pa ostali starši niso', ampak ji razložiš, da služba je taka in po dvajsetih letih delovne dobe postane to en tak način življenja. Meni je razumljivo, da sem vikend tu, da sem dežurstvo tu, da sem praznik tu, sicer bi mi bilo lepše bit doma, ampak to sem si izbrala in mi ne predstavlja to nekega stresa. Ah, sem glasna, se jezim: 'pa kaj spet?', kar je čisto človeško, ampak mi to nek stres v življenju ne predstavlja.*

Diplomirana medicinska sestra najstarejše generacije: »Zdaj, ko sem starejša, zdaj niti ne, ampak, ko so bili otroci majhni, je bilo to kar. Jaz sem imela sicer starše, ampak kdor nima staršev. Pa tudi z možem moraš imet družinsko podporo, sicer v tem poklicu hitro pride do kakšnih kriznih situacij.«

Srednja medicinska sestra srednje generacije, sicer mati samohranilka, pravi, da ji usklajevanje nekako gre, čeprav je naporno, predvsem je bilo težko, ko sta bila otroka majhna, zdaj sta najstnika in je lažje: »Z muko, ampak gre. Itak je muka 'folgat' tukaj, 'folgat' tam, varstva in tako, ampak ni druge. Služba je služba, lahko smo srečni, da jo imamo.«

Povedala je, da je razmišljala o menjavi delovnega mesta: »Večkrat sem razmišljala, predvsem odkar imam težave s hrbtenico tudi jaz, večkrat. Samo se bojim, ker sem sama z otroci, da bi šla nekam, kjer ni varno. Sem pa razmišljala, samo zaradi tega. Ne ker mi delo, daleč od tega, lepo mi je to delat, samo res zaradi enoizemskega dela. Samo to.«

Kljub napornemu delu in neugodnemu delovnem času, ki vsekakor vplivata na družinsko življenje, medicinske sestre rade opravljajo svoje delo. Zavedajo se odgovornosti, saj so si same izbrale poklic, nekatere tudi doma niso imele podpore. Starši so jih svarili in sedaj se soočajo s posledicami. Morda ravno zaradi tega ne priznajo, da jim je težko. Usklajevanje vsekakor zahteva partnerjevo pomoč in pogosto je zaradi otrok nujno potrebna še dodatna pomoč v obliki varstev, ki so običajno dodaten finančni zalogaj. Vrtci namreč niso prilagojeni specifičnem urniku in s tega vidika so družine še dodatno oškodovane. Te družine tako uživajo manjšo podporo s strani države, saj vseh ugodnosti ne morejo koristiti. Res je, da se pričakuje partnerjeva pomoč, vendar podatki kažejo, da je skrb za otroke pretežno na ramenih mater. Druga težava je ta, da večino gospodinjskih del opravijo ženske, ena medicinska sestra je tudi priznala, da jo doma čaka še ena služba, ki je hkrati zelo podobna. In morda je ravno v tem poklicu še več samoumevnosti, da medicinske sestre doma opravijo gospodinjsko delo in skrb in nego za družino, saj to že tako počno v službi in je tako (za nekatere) *samoumevno*, da to delo opravijo še doma.

## 6 SKLEP

Namen magistrskega dela je bil preučiti in analizirati poklicne samopodobe medicinskih sester v Sloveniji in spremembe, ki so nastale v času treh generacij. Zanimali so me dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje poklicne samopodobe.

Analiza je pokazala, da so se vse medicinske sestre za poklic odločile, da bi pomagale ljudem. Prevladujejo torej humanistični razlogi. Podpora doma je bila deljena, nekatere so starši opozarjali na ovire in sicer delo v treh izmenah ter psihični in fizični napor, ki so značilni za ta poklic. Ena intervjuvanka je doma imela podporo, saj je mama menila, da je ta poklic še posebej primeren za ženske. Lahko rečem, da na tem področju ni razlik med generacijami. Vse medicinske sestre si namreč želijo pomagati ljudem in to je bil glavni razlog za izbiro poklica.

Glede izobraževanja so mnenja deljena. Analiza je pokazala, da so mlajše generacije bolj naklonjene visokošolskemu izobraževanju. Obstaja ločnica med srednjimi in diplomiranimi medicinskimi sestrami in ta hierarhija po izobrazbeni osi preprečuje ustvarjanje enotne identitete. Srednje medicinske sestre so tiste, ki so več ob pacientu, diplomirane se od pacienta oddaljujejo in tega se tudi same zavedajo. Srednje medicinske sestre jim ravno to očitajo. Visokošolsko izobraževanje, ki naj bi pripomoglo k profesionalizaciji, kot kaže, tega še ni prineslo, predvsem je zaznati polarizacijo med sestrami in hierarhijo, ki iz tega izhaja.

Medicinske sestre svoj poklic dojemajo kot prispevek k družbi in se zavedajo, da opravljajo družbeno koristno delo. Svoj poklic vidijo predvsem v tej luči. Ne predstavlja jim le sredstva za preživetje, razen predstavnici najstarejše generacije, ki ugotavlja, da so v poklicu prisotni vse večji pritiski, zaradi česar ji poklic daje vedno manj zadovoljstva. Medicinske sestre prav tako niso omenjale profesionalnega vidika, kar pomeni, da poklica v prvi vrsti ne dojemajo v smislu razvoja in izpolnjevanje svojih strokovnih sposobnosti in suverenost na svojem področju, temveč je dojemanje pomena poklica povezano z razlogi za njegovo izbiro; pomoč ljudem. Medicinske sestre namreč vidijo pomen in smisel poklica v pomoči ljudem.

Odnosi na delovnem mestu so zelo kompleksni. V teoretičnem delu sem pisala o triadi in prenosu psihosocialne dinamike patriarhalne družine v zdravstvo: zdravnik-oče, medicinska sestra-mati in pacient-otrok (Pahor 2006). Žal sem opazila, da je ta vzorec še vedno prisoten. Zaznavajo ga tako mlajše kot starejše medicinske sestre in tako diplomirane kot srednje. Študentka sicer opozori na to, da jih na fakulteti učijo, naj se ne podrejajo, ampak opaža, da v

praksi ni tako. Zdravnik je v zdravstvu še vedno središče in čeprav se danes vse več govori, kako je pacient središče, opažam, da je zdravnik še vedno tisti, okoli katerega se vse vrti in na podlagi tega so zgrajeni odnosi, ki so strogo hierarhični.

Medicinske sestre se zavedajo, da je sodelovanje v zdravstvu nujno in da popolna avtonomija ni mogoča, temveč je ideal timsko delo. Problem je, da je to v današnjih pogojih neuresničljivo, saj naj bi tem temeljil na enakopravnih odnosih, ki pa niso značilni za zdravstvo. Tako ostaja le ideal. Zdravstvo temelji na hierarhičnih odnosih, tako med zdravniki in medicinskimi sestrami, kot med samimi medicinskimi sestrami. Gre za model Florence Nightingale, ki je sredi 19. stoletja postavila osnove zdravstvene nege. Takrat je bil tak model skladen z viktorijanskimi načeli in je predstavljal način, da so se ženske začele zaposlovati v zdravstvu in se tako finančno osamosvajale. Žal je ta model še vedno prisoten, kljub temu, da smo v 21. stoletju, kar pomeni, da je zastarel.

Nadaljnje opažam, da se medicinske sestre zavedajo, da dobijo premalo priznanja za svoje delo in da je njihovo delo nevidno. Priznanja in pohvale dobijo predvsem od pacientov, kar jim največ pomeni, čeprav se pritožujejo, posredno in neposredno, da bi priznanj moralo biti več in da je zdravnik tisti, ki prvi pobere zasluge, nato pa so one. Zaskrbljujoče se mi zdi, da vse menijo, da se tega ne da spremeniti in da tako pač je in s tem ohranjajo status quo. Medicinske sestre so svojo podrejenost sprejele skupaj s poklicem.

Medicinske sestre s pacienti in vzdrževanjem profesionalnega odnosa nimajo težav, to se jim zdi samoumevno, kar pomeni, da se niti same ne zavedajo, da to ni samoumevno. Gre namreč za emocionalno delo, ki je izjemno zahtevno in kljub vsemu nima ustrezne veljave. Odnosi s pacienti so tisti, ki dajejo medicinskim sestram moč in energijo in so njihova notranja motivacija.

Medicinske sestre imajo z zdravniki in zdravnicami podoben odnos in razlik v odnosu ne opažajo.

Za moške poklicne kolege se vse strinjajo, da delo opravljajo dobro in da je spol nepomemben, pričakovano pa opažajo nelagodje pri nekaterih pacientih, zlasti starejših pacientkah, ki so navajeni, da je medicinska sestra ženska.

Opaziti je, da obstaja solidarnost in medsebojna pomoč, saj običajno nimajo težav s tem, da si med seboj najdejo zamenjave urnika. Vodstvo ima vse večje omejitve in vse več je

birokratskih ovir, ki otežujejo že tako neugoden delovnik, zato so primorane med seboj še toliko bolj sodelovati in si pomagati. Tu gre za sodelovanje znotraj istega kadra. O odnosu med diplomiranimi medicinskimi sestrami in srednjimi sem pisala že na začetku in ugotovila, da se zaznajo trenja.

Medicinske sestre priznavajo, da je usklajevanje poklicnega in družinskega življenja zelo naporno, vendar jim to ne predstavlja take težave – neugoden delovnik so sprejele skupaj s poklicem in zadovoljstvo z delom, ki ga kljub temu čutijo, odtehta negativne posledice napornega usklajevanja in dela. Občutek, da so koristne in nekomu pomagajo, je notranja spodbuda in motivacija, ki jih žene naprej.

V magistrski nalogi sem ugotovila, da so odnosi v zdravstvu izredno težavni in kompleksni ter vplivajo na oblikovanje poklicne samopodobe medicinskih sester. Kot najbolj boleča točka so se izkazali odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami. Medicinske sestre so kljub napornemu delu, težavnemu usklajevanju družinskega življenja, kjer imajo običajno na svojih plečih še skrb za celotno družino, zadovoljne s svojim delom in poklicem, vendar jih bremenijo odnosi z zdravniki. Medicinska sestra je namreč še vedno deklara za vse in pomočnica zdravnikov, namesto da bi bila suverena strokovnjakinja na svojem področju. Tega se vse zavedajo in menijo, da spremembe niso možne, hkrati pa si želijo, da bi bilo drugače in pričakujejo, da se bodo zgodile neke spremembe same od sebe. To pa je žal nemogoče. To prepričanje, za katerega ocenjujem, da ima v zdravstvu osrednjo vlogo in vpliva na vse ostale odnose, gojijo vse sestre ne glede na izobrazbo in starost oz. generacijo, ki ji pripadajo. Bolj kot ti dejavniki, je pomembna pozitivna samopodoba in samospoštovanje, kar je izpostavila le ena sogovornica.

Glede na to, kako zakoreninjeni so vzorci, samoumevnosti in odnosi nadrejenosti in podrejenosti, menim, da bo pot do sprememb še dolga

## 7 LITERATURA

- Banjanac, Lubej Saša. 2013. Z vlado Bratuškove se rojeva tudi ženska vlada v senci. RTVSLO, 8. marec. Dostopno prek: <http://www.rtvsl.si/mmc-priporoca/z-vlado-bratuskove-se-rojeva-tudi-zenska-vlada-v-senci/303895> (5. april 2013).
- Beck, Ulrich. 2001. *Družba tveganja. Na poti v neko drugo moderno*. Ljubljana: Krtina.
- Boh, Katja. 1986. Ženska in preobrazba družine v industrijskih družbah. V *Ženske in diskriminacija*, ur. Maca Jogan, 130–137. Ljubljana: Delavska enotnost/Človek družina družba.
- Braidotti, Rosi. 2000. *Feminizem/mi za začetnike/ce*. Ljubljana: Založba/\*cf.
- De Beauvoir, Simone. 1999. *Drugi spol. Prva knjiga*. Ljubljana: Delta.
- Dolan, A. Josephine. 1968. *History of nursing*. Philadelphia, London, Toronto: Saunders.
- ---- 1973. *Nursing in society: a historical perspective*. Philadelphia, London, Toronto: Saunders.
- Dracup, Kathleen in Christopher W. Bryan-Brown. 1998. The invisible profession. *American Journal of Critical Care* 7 (4): 250–252.
- Ferligoj, Anuška, Tanja Rener in Mirjana Ule. 1990. *Ženska, zasebno, politično ali »ne vem, sem neodločna«*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Foucault, Michel. 2009. *Rojstvo klinike*. Ljubljana: Študentska založba.
- Gabe, Jonathan, Mike Bury in Mary Ann Elston. 2009. *Key concepts in medical sociology*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage.
- Hvalec, Špela in Klavdija Kobal Straus. 2012. Emocionalno delo v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege* 46 (3): 219–228.
- Javornik Krečič, Marija. 2007. Proučevanje učiteljevega profesionalnega razvoja z metodo poklicne (avto)biografije. *Pedagoška obzorja = Didactica Slovenica: časopis za didaktiko in metodiko* 22 (1/2): 3–27.

- Kanjuo Mrčela, Aleksandra. 1996. *Ženske v menedžmentu*. Ljubljana: ČZP Enotnost.
- Kirpal, Simone. 2004. Work identities of nurses: Between caring and efficiency demands. *Career development International* 9 (3): 274–304.
- Klančnik Gruden, Maja. 2003. Sociološki vidiki položaja in vloge medicinskih sester v Sloveniji: študija primera. *Socialno delo* 42 (1): 1–17.
- Klemenc, Darinka. 2001. Uporaba kulturnih dobrin kot kazalec kakovosti življenja medicinskih sester. V *Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s Strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, dne 4. decembra 2001*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 166–181. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Kobal, Darja. 2009. *Temeljni vidiki samopodobe*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- Korenčan, Andreja. 2009. *Življenje in delo Angele Boškin prve šolane medicinske sestre na slovenskem*. Gorica: Goriška Mohorjeva družba.
- Kvas, Andreja. 2001. Stališča medicinskih sester do izobraževanja. V *Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s Strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, dne 4. decembra 2001*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 84–95. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Maslow, Abraham Harold. 1943. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review* 50 (4): 370–396.
- Milharčič Hladnik, Mirjam. 1995. *Šolstvo in učiteljice na Slovenskem*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport. 2013a. *Informacije o vrstah programov, splošnih in posebnih vpisnih pogojih, rokih za prijave in vpis ter merilih za izbiro za programe nižjega in srednjega poklicnega izobraževanja, srednjega strokovnega oziroma tehniškega izobraževanja in gimnazij v šolskem letu 2013/2014*. Dostopno prek: [http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/ss/Razpis\\_13-14/Popravek3/PRILOGA\\_I\\_razpisana\\_mesta\\_s\\_kazalom\\_regij.pdf](http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/ss/Razpis_13-14/Popravek3/PRILOGA_I_razpisana_mesta_s_kazalom_regij.pdf) (2. avgust 2013).

- --- 2013b. *Razpis za vpis v dodiplomske študijske programe 1. Stopnje Univerze na Primorskem v študijskem letu 2013/2014.* Dostopno prek: [http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/Visoko\\_solstvo/Do\\_razpis\\_\\_13\\_javni/UP\\_13\\_](http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/Visoko_solstvo/Do_razpis__13_javni/UP_13_) (2. avgust 2013).
- Mlakar, Petra. 2013. Oče obvezno na porodniški dopust! Dnevnik, 2.julij. Dostopno prek: <http://www.dnevnik.si/slovenija/v-ospredju/oce-obvezno-na-porodniski-dopust> (1. avgust 2013).
- Mrak, Zdenka 2001. Samopodoba medicinskih sester. V *Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s Strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, dne 4. decembra 2001*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 108–129. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Nightingale, Florence. 1970. *Notes on nursing: what it is, and what it is not.* London: Duckworth.
- Oakley, Ann. 2000. *Gospodinja.* Ljubljana: Založba/\*cf.
- Pahor, Majda. 1989. Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. *Zdravstveni obzornik* 23 (1/2): 43–64.
- --- 1999. Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa* 36 (6): 1014–1026.
- --- 2001a. Teoretična in metodološka izhodišča raziskave o medicinskih sestrah v Sloveniji. V *Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s Strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, dne 4. decembra 2001*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 19–26. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- --- 2001b. Medicinske sestre v očeh študentov zdravstvene nege. V *Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s Strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, dne 4. decembra 2001*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 53–60. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

- --- 2003. Moč za pomoč. Družbene okoliščine etičnega odločanja medicinskih sester. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor in Jana Šmitek, 139–147. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljane.
- --- 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Založba Izolit.
- --- 2007. Možnosti raziskovanja prihodnosti poklicne skupine medicinskih sester v okviru »sociološke futurologije«. V *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri, --- : ob 80-letnici delovanja medicinskih sester v ljubljanski regiji: zbornik, Ljubljana, 27. novembra 2007*, ur. Andreja Kvas, Darinka Klemenc, Irena Keršič in Peter Požun, 189–193. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- Pajnkihar, Majda. 1999. *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.
- Peternelj, Klavdija in Majda Pahor. 2001. Medicinske sestre v Sloveniji v luči nekaterih dosedanjih raziskav. V *Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s Strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, dne 4. decembra 2001*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 27–52. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Pope, Catherine in Nicholas Mays. 2006. *Qualitative research in health care*. Malden, Mass: Blackwell Publishing Ltd.
- Renner, Tanja. 1991. *Spolna struktura vsakdanjega življenja. Raziskovalno poročilo*. Ljubljana: RSS.
- --- 2008. Goffman: o spolu in spolni razliki. *Dialogi* 44 (10): 41–51.
- Rožman, Irena 2007. Angela Boškin (1885–1977): prva medicinska sestra in socialna delavka v Sloveniji in Jugoslaviji. V *Pozabljena polovica. Portreti žensk 19. in 20. stoletja na Slovenskem*, ur. Alenka Šelih, Milica Antić Gaber, Alenka Puhar, Tanja Renner, Rapa Šuklje in Marta Veginella, 202–206. Ljubljana: Založba Tuma.
- Sadar-Černigoj, Nevenka in Aleksandra Kanjuo Mrčela. 2006. Starši med delom in družino. *Teorija in praks.* 43 (5–6): 716–736.

- --- 2010. V iskanju ravnotežja med plačanim delom in skrbstvenim delom v družini. *Teorija in praksa* 47 (1): 123–138.
- Sadar-Černigoj, Nevenka, Aleksandra Kanjuo Mrčela, Nada Stropnik in Barbara Žaucer. 2007. *Delo in družina: s partnerstvom do družini prijaznega delovnega okolja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Salvage, Jane. 1993. Ocena položaja zdravstvene nege: izziv za medicinske sestre v 21. stoletju. *Zdravstveni obzornik: strokovno glasilo Zveze društev medicinskih sester Slovenije* 27 (1/2): 45–52.
- Sedmak, Mateja in Zorana Medarič. 2007. Vpliv zaposlitve na družinske odločitve in družinsko življenje. V *Med javnim in zasebnim. Ženske na trgu dela*, ur. Mateja Sedmak in Zorana Medarič, 75–109. Koper: Založba Annales.
- Slovenski šolski muzej. Dostopno prek: <http://www.ssolskimuzej.si/slo/exhibits.php?item=22> (2. avgust 2013).
- Statistični urad Republike Slovenije. 2011. *Mednarodni dan medicinskih sester 2011*. Dostopno prek: [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=3892](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3892) (2. avgust 2013).
- --- 2012. *Mednarodni dan medicinskih sester 2012*. Dostopno prek: [https://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=4681](https://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4681) (3. avgust 2013).
- Stein, Leonard I., David T. Watts in Timothy Howell. 1990. The doctor-nurse game revisited. *The New England Journal of Medicine* 322 (8): 546–549.
- Šadl, Zdenka 2002a. We are out to make you smile: Emocionalno delo v storitvenih organizacijah. *Teorija in praksa* 39 (1): 49–80.
- --- 2002b. Emocionalno delo strokovnjakov med skrbjo in sterilizirano predstavo. *Socialno delo* 41 (6): 311–315.
- Šlajmer Japelj, Majda 2007a. Dina (Dominika) Urbančič (1914–1999): medicinska sestra, prva učiteljica sodobne zdravstvene nege. V *Pozabljena polovica. Portreti žensk 19. in 20. stoletja na Slovenskem*, ur. Alenka Šelih, Milica Antić Gaber, Alenka Puhar, Tanja Renner, Rapa Šuklje in Marta Veginella, 542–545. Ljubljana: Založba Tuma.

- --- 2007b. Cita Lovrenčič-Bole (1917–1986): medicinska sestra, ena od začetnic zdravstvene preventive. V *Pozabljena polovica. Portreti žensk 19. in 20. stoletja na Slovenskem*, ur. Alenka Šelih, Milica Antić Gaber, Alenka Puhar, Tanja Rener, Rapa Šuklje in Marta Veginella, 550–553. Ljubljana: Založba Tuma.
- Šmitek, Jana. 2001. Etika in etična razmišljanja v zdravstveni negi. V *Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov s Strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, dne 4. decembra 2001*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 66–83. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Štebe, Vera. 1996. *Zdravstvena nega. Repetitorij zgodovine zdravstvene nege*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za zdravstveno nego.
- Švab, Alenka. 2001. *Družina: od modernosti k postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Tomšič, Vida. 1976. *Ženska delo družina družba*. Ljubljana: ČZP Komunist.
- Tschudin, Verena. 2004. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy.
- Turner, Bryan S. 1995. *Medical power and social knowledge. Second edition*. London: Sage.
- Ule, Mirjana. 1993. Kontekst ženskih študij v Sloveniji. V *Od ženskih študij k feministični teoriji. Posebna izdaja Časopisa za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, ur. Eva Bahovec, 119–124. Ljubljana: Študentska organizacija Univerze v Ljubljani.
- --- 2003. Etične posledice novih ideologij zdravja in bolezni za zdravstveno nego. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor in Jana Šmitek, 131–138. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljane.
- --- 2009. *Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.

- Univerza v Ljubljani. 2013. *Število vpisnih mest v magistrske študijske programe 2. stopnje v študijskem letu 2013/2014.* Dostopno prek: [http://www.unilj.si/files/ULJ/userfiles/ulj/studij\\_na\\_univerzi/studij\\_2\\_stopnje/razpis\\_2013/Tabela\\_razpis\\_2013\\_14\\_31\\_5\\_2013.pdf](http://www.unilj.si/files/ULJ/userfiles/ulj/studij_na_univerzi/studij_2_stopnje/razpis_2013/Tabela_razpis_2013_14_31_5_2013.pdf), (2. avgust 2013).
- Varga, Renata. 2003. Teorija motivacije Abrahama Maslowa v humanistični psihologiji. *Socialna pedagogika* 7 (3): 339–360.
- Zaviršek, Darja. 1994. *Ženske in duševno zdravje – o novih kulturah skrbi.* Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Žnidaršič Žagar, Sabina 2007. Historična perspektiva – aktualni položaj žensk na trgu dela v Republiki Sloveniji. V *Med javnim in zasebnim. Ženske na trgu dela*, ur. Mateja Sedmak in Zorana Medarič, 11–41. Koper: Založba Annales.
- World Health Organization. Dostopno prek: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (2. avgust 2013).

## **PRILOGA: VPRAŠANJA ZA INTERVJU**

### **RAZLOGI ZA IZBIRO POKLICA IN ŠOLANJE:**

- Zakaj in na podlagi česa ste se odločili za poklic medicinske sestre?
- Kako je družina gledala na to odločitev? Jo je podpirala ali nasprotovala? Je morda družina vplivala na odločitev?
- Lahko na kratko opišete svoje šolanje? Kaj se vam je vtisnilo v spomin, kaj bi izpostavili? Vas je ustrezno pripravilo na delo?

### **POMEN IZOBRAŽEVANJA ZA ZDRAVSTVENO NEGO:**

- Kakšno mnenje imate o visokošolskem izobraževanju za medicinske sestre?
- Menite, da je visokošolsko izobraževanje potrebno ali menite, da za zdravstveno nego zadostuje srednješolsko izobraževanje?
- Bi lahko rekli, da obstaja tekmovanje in zavist med srednjimi in visokimi sestrami?
- Diplomirane medicinske sestre: Zakaj ste se odločili za študij? Kaj menite, da vam je študij dal?
- Srednje medicinske sestre: Ste kdaj razmišljali o študiju?

### **POMEN IN STATUS POKLICA:**

- Opišite, kako dojemate svoj poklic.
- Kaj vam poklic predstavlja?
- Poklic ali poslanstvo?
- Je zdravstvena nega za vas samostojna dejavnost? Se vam zdi, da od nadrejenih dobite dovolj priznanja za svoje delo in da pomembno prispevate k uspešnemu zdravljenju?
- Nekateri pravijo, da je delo sester precej nevidno, kaj se pa vam zdi?
- Se vam zdi, da se zasluge za uspešno zdravljenje pripisuje v glavnem zdravnikom ali tudi sestre dobite ustrezno priznanje?
- Kakšen pomen ima vaš poklic za družbo, skupnost, medčloveške odnose, solidarnost? Se vam zdi, da je to dovolj cenjeno?
- Kaj menite o ugledu, ki ga ima vaš poklic?

#### ODNOSI NA DELOVNEM MESTU:

- Se vam zdi, da imate dovolj avtonomije pri svojem delu?
- Se vam zdi, da ste pod velikim stresom na delovnem mestu? Se vam zdi, da ste preobremenjeni?
- Se vam zdi, da je timsko delo pomembno pri vašem poklicu ali je bolj pomemben individualizem?
- Odnos do moških kolegov: se vam zdi, da je poklic medicinske sestre primeren za moške? Menite, da moški enako dobro opravljajo ta poklic kot ženske?
- Odnos medicinskih sester do zdravnikov in zdravnic: Kako naslavljate zdravnike in kako oni vas? Se vam zdi delo medicinske sestre manjvredno v primerjavi z delom zdravnika? Kakšen odnos imate do zdravnic? Je ta drugačen? Lažje delate z njimi ali z zdravniki?
- Odnosi s pacienti: imate težave z distanco in empatijo? Pustite pacientom blizu? Imate težave z mejami: biti blizu in hkrati daleč? Vam je težko ohranjati profesionalno distanco? So vam čustva pacientov v breme in ali težko upravljate z njimi?

#### USKLAJEVANJE POKLICNEGA IN DRUŽINSKEGA ŽIVLJENJA:

- Pogosto nosite delo domov? Vam uspeva preklapljati med zasebno in poklicno sfero?
- Imate pri skrbi za družino pomoč, podporo ali je to predvsem v vaši domeni?
- Bi lahko dejali, da družina trpi zaradi vašega dela?
- Vam usklajevanje poklicnega in družinskega življenja predstavlja težave?
- Ste kdaj razmišljali, da bi zaradi težavnega usklajevanja poklicnega in družinskega življenja zamenjali delovno mesto?
- Vas delo v treh izmenah zelo omejuje, imate morda kakšno zunanjo pomoč (varuške, starši ...)?
- Vam gredo v službi na roke pri oblikovanju urnika? Ali upoštevajo vaše potrebe, želje? Si med seboj sodelavke pomagata ali ste prepuščene same sebi? Težko najdete zamenjavo?