Maja Klančnik Gruden

SOCIOLOŠKI VIDIKI POLOŽAJA IN VLOGE MEDICINSKIH SESTER V SLOVENIJI

ŠTUDIJA PRIMERA

UVOD

Položaj in vloga medicinskih sester v bolnišnici zrcali tradicionalni položaj in vlogo žensk v družbi. Zdravstveno nego stroka imenuje skrbstveni poklic, saj njena filozofija temelji na vrednoti skrbi za drugega (Šmitek 2001). Skrbstveni poklici, npr. medicinske sestre, socialne delavke, negovalke, učiteljice in vzgojiteljice, pa so tisti, za katere se zdi, da ustrezajo privzgojeni ženski identiteti. Saj - kot pravi Darja Zaviršek (1994b) - se ženske tudi danes, čeprav imajo možnost izbiranja med vsemi poklici, še vedno najpogosteje odločajo za omenjene poklice. Po podatkih Petre Kersnič (2001) je bilo 31. 3. 2001 med vsemi člani Zbornice zdravstvene nege - Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije - samo 5% moških. Zdravstvena nega je eden tipičnih skrbstvenih poklicev, ki zaposlujejo večinoma ženske. Skrbstveni poklici namreč ne nasprotujejo »naravnim lastnostim« žensk, saj - glede na v preteklosti ustvarjene družbene ideologije - edini ustrezajo primarnim ženskim vlogam: biti gospodinje in matere.

Kot študentka sem se srečala z vlogo medicinske sestre skoz izobraževalni proces. Tu so se mi najbolj vtisnili v spomin odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki. Kot ženska pa sem vzporedno s procesom oblikovanja lastne družine na lastni koži izkusila vso trpkost in zatiranost - kot se je izrazila Ann Oakley (2000) - družinskega skrbstvenega dela, ki je še vedno večinoma na ramenih žensk. Med omenjenima področjema so se začele risati podobnosti, ki sem jih želela proučiti. Z zaposlitvijo v ljubljanskem Kliničnem centru se je izoblikovala odločitev za izvedbo študije primera položaja srednjih medicinskih sester na Kliničnem oddelku za žilne bolezni v Ljubljani, ki mi je bil dodeljen kot matični oddelek.

Medicinske sestre opravljajo svoje delo v ustanovah, ki se v mnogih aspektih stikajo s totalno ustanovo; t. j., ustanovo, ki zajema vse vidike posameznikovega življenja (Goffman 1991). Življenje v instituciji pa ni travmatično samo za bolnike, temveč tudi za osebje, ki svoje delo opravlja ob tako ali drugače prizadetih posameznikih. Nenehno soočanje z bolečino in trpljenjem poraja pri osebju tesnobne občutke. Najbolj je izpostavljeno tisto osebje, ki je največ časa neposredno ob bolniku. To pa so medicinske sestre, zlasti srednje medicinske sestre in zdravstvene tehnice in tehniki.

RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Medicinske sestre se odločajo za svoj poklic v skladu z vzgojnimi in socializacijskimi procesi, ki so jih deležne v odraščanju.

Medicinske sestre pri svojem delu zaradi njegove narave (delo s trpečimi, umirajočimi, njihovimi svojci) doživljajo tesnobne občutke.

Medicinske sestre delajo v instituciji, ki s svojimi družbeno strukturiranimi obrambnimi mehanizmi in s posledično strukturo prostora in časa proizvajajo še dodatno mero sekundarno nastale tesnobe pri medicinskih sestrah.

Delo medicinske sestre je primerljivo z delom gospodinje in matere, ki na oddelku skrbi za bolnike in za zdravnika, ter je pri svojem delu v podrejenem položaju glede na zdravnika.

Medicinskih sester njihovo delo ne izpolnjuje v celoti, kot tudi samo gospodinjsko in materinsko delo ne izpolnjuje gospodinj in mater.

METODE ZBIRANJA IN ANALIZIRANJA PODATKOV

Uporabljala sem kvalitativno metodo zbiranja podatkov: študijo primera. To metodo sem uporabila zato, ker se raziskava osredotoča na doživljajski vidik proučevanega. Ta vidik je težko dostopen kvantitativnim metodam raziskovanja. Z raziskavo sem želela zajeti različne ravni povedanega. Pomembni so različni vidiki komunikacije. Med besedami in stavki igra pomembno vlogo tudi neverbalna komunikacija z vmesnimi postanki, mimiko, telesno držo ipd.

Različni avtorji so ugotavljali, da noben raziskovalec pri svojem delu ne more biti povsem nevtralen, saj na proučevano in zapisano vplivata njegova spolna identiteta in kulturna pripadnost (Okely, Callaway 1992). Kot raziskovalka sem v času študija večkrat prišla v stik z različnimi bolnišničnimi oddelki; to mi je oblikovalo določena stališča, predvsem pa mi je zbudilo zanimanje za proučevano temo. Z namenom izvedbe študije sem marca 2000 nastopila svojo prvo zaposlitev v Kliničnemu centru v Ljubljani. Kot redna študentka prej nisem imela poglobljenih stikov z bolnišničnim osebjem, kar mi je omogočilo objektivnejši pogled na predmet raziskave.

Na Kliničnem oddelku za žilne bolezni sem imela v času raziskave status raziskovalke in profesorice zdravstvene vzgoje - pripravnice, kar me je ločevalo od ostalih medicinskih sester. Ko sem se dogovarjala za intervjuje, sem opazila, da me vsi »poznajo«, čeprav jih sama nisem poznala. Z večino sem se prvič pogovarjala, ko sem z njimi opravljala intervjuje. Izvajala sem jih v svoji kletni sobi, ki je bila nekaterim znana kot »bivša« soba predstojnika klinike. Nekatere zanjo prej sploh niso vedele. Za intervjuje sem se dogovarjala osebno po prejšnjem dogovoru z glavno sestro oddelka in Kliničnega centra. Večino intervjujev sem opravila med delovnim časom intervjuvanih, in sicer v dopoldanskem času, ko je na oddelku največ osebja, saj je bil to po ocenah intervjuvank najbolj ustrezen čas.

Ker sem imela z večino intervjuvank malo ali nobenih poprejšnjih stikov, sem prvi del intervjuja zastavila tako, da so medicinske sestre pripovedovale o svoji poklicni poti in razlogih za izbiro poklica. S tem delom sem želela vzpostaviti stik in zaupanje. Vsem sem zagotovila anonimnost in jo še posebej poudarila, kadar so se v dialogu pojavila imena, ki jih niso želele omenjati.

S srednjimi medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnicami sem opravila polstrukturirane poglobljene intervjuje. Potekali so od julija 2000 do marca 2001. Izvedeni so bili na podlagi 13 odprtih vprašanj in so trajali od 35 do 75 minut. Z nekaterimi intervjuvankami sem se pogovarjala tudi večkrat.

Predmet kvalitativne analize so bili odgovori na odprta vprašanja v intervjuju. Pogovori z intervjuvankami so bili snemani in nato dobesedno prepisani in analizirani po metodi analize vsebine.

VZOREC

Število vseh zaposlenih srednjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na Kliničnem oddelku za žilne bolezni v Ljubljani je bilo v času raziskave 21. V študijo je bilo vključenih 16 srednjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnic z delovno dobo 2 leti in več. V raziskavi niso sodelovale: zdravstvena tehnica na porodniškem dopustu in dve zdravstveni tehnici, ki sta odklonili sodelovanje v raziskavi z razlogom, da se s takimi stvarmi ne ukvarjata. Realizacija vzorca je bila 81%.

DEMOGRAFSKE ZNAČILNOSTI VZORCA

V vzorec je bilo zajetih 46,2% medicinskih sester, starih od 25 do 34 let, 30,8% medicinskih sester, starih od 35 do 44 let, 15,4% medicinskih sester, starih od 45 do 54 let, in 7,7% medicinskih sester, starih od 18 do 24 let. 61,5% medicinskih sester je bilo poročenih, 23% je živelo v izvenzakonski skupnosti in 15,4% je bilo samskih.

SOCIALNI POLOŽAJ INTERVJUVANK

Partnerji intervjuvanih medicinskih sester so bili vsi zaposleni.

Od intervjuvanih medicinskih sester jih je imelo otroke 92,3%. Povprečno število otrok pri vseh intervjuvanih medicinskih sestrah je bilo 1,6, povprečno število otrok med medicinskimi sestrami rodnicami pa 1,9.

DELOVNE IZKUŠNJE INTERVJUVANK

Povprečna delovna doba intervjuvanih medicinskih sester je bila 14,7 leta.

REZULTATI

MOTIV ZA IZBIRO POKLICA IN POKLICNA POT

Kljub raznorodnosti odgovorov lahko strnemo motive medicinskih sester takole:

Arbitrarnost izbire: »To je pa hecno. Za to šolo sem se odločila, ker se je tako odločila sošolka. V osmem razredu nimaš kaj razmišljati, niti ne veš, zakaj se odločaš. Na medicinsko šolo sem šla zato, ker je šla sošolka. Vendar ona ni bila sprejeta, jaz pa.«

Specifična ekonomska situacija družine: »Drugače pa sem razmišljala tudi o gimnaziji in o študiju jezikov, vendar pa so mi tudi starši svetovali, naj grem raje na poklicno šolo, saj nikoli ne veš, kako ti bo šel študij od rok. Tako pa imaš po štirih letih poklic in si preskrbljen. Ko sem končala srednjo šolo, sem si želela še na višjo, vendar pa sta starša delavca. Pri hiši smo bili trije otroci. Denarja ni bilo. In tako sta mi rekla, da, če se bom šolala ob delu, lahko, drugače pa ne.«

Spolna pričakovanja: »Ne vem. Meni je bilo že od majhnega všeč, da bi bila sestra. Takrat sem si predstavljala, da se bomo malo z injekcijami igrali [...] pa take stvari. Vedno, vedno sem bila navdušena nad zdravstvom; da bi bila sestra. Vedela sem, da zdravnica ne bom, ampak sestra pa bom.«

Socializacijski vzorec »pomagati drugemu«: »Ne vem, že kot majhna sem želela biti medicinska sestra, zdravnica in tako. Veselilo me je delo z ljudmi, kot delo tako, da pomagaš. Vedno sem hotela nekomu pomagati.«

»Beg« od doma: »Na medicinsko šolo sem šla zato, da sem šla malo na svoje, od doma, v internat.« »Želela sem študirati izven domačega kraja.«

MED PRISILO IN IZBIRO

Motiv za izbiro poklica medicinske sestre lahko pojasnimo s pomočjo vzgoje in socializacije deklic. Povsod po svetu – tako v zahodnih kot v vzhodnih kulturah – so praviloma ženske tiste, ki skrbijo za dom in družino. V predindustrijski družbi so imeli otroci drugačno vrednost, kot jo imajo danes. To lahko opazimo tudi pri šibko strukturiranih družbah, kot so Samoanci. Samoanska vzgoja temelji na teoriji, da so majhni otroci nepomembni, agresivni člani skupnosti, ki potrebujejo disciplino in progresivno spremembo, skoz katero šele postanejo pomembni. Varstvo dojenčkov in majhnih otrok je tako prepuščeno otrokom, starim od pet do deset let (Mead 1978). Tudi v predindustrijski družbi otroci niso bili osrednja točka družine, »njen največji zaklad«, kot so to danes, temveč koristna pridobitev družine. Vključeni so bili v družinsko produkcijo, kolikor hitro je bilo to mogoče. Taka družbena naravnanost je ženski, ki ni imela toliko dela s skrbjo za dom in otroke, omogočala več časa za produktivna opravila. V predindustrijski družbi so se ženske ukvarjale s tkalstvom in drugimi obrtmi, samoanske ženske pa se ukvarjajo z delom na polju, ribolovom in pletenjem mrež. Ženske so tako produktivni člani družbe in imajo zato pomemben in priznan položaj v družbi (Oakley 2000).

Z vzponom kapitalizma, industrializacije in srednjega razreda se je položaj žensk spremenil. V tem obdobju se je začelo delo ločevati od družinskega življenja. Delo je postalo dejavnost, ki so jo zunaj doma opravljali za plačilo. Produktivne ekonomske dejavnosti so se začele odvijati v specifičnih institucijah, ki so bile ločene od doma. Z ločitvijo družine od ekonomije je prišlo do diferenciacije vlog v družini in delitve dela po spolu. S tem je bila ustvarjena podlaga za oblikovanje ideala delitve vlog po spolu, ki je ustrezal imetnikom moči. Pri tem je igrala aktivno vlogo cerkev, ki je z mistifikacijo materinstva oz. z razglašanjem materinstva kot primarne ženske vloge določila ženski mesto v zasebni sferi, doma pri svojih otrocih, ki v tem trenutku zavzamejo osrednje mesto v družini (Oakley 2000).

Spremembe v pojmovanju otroka in vloge ženske idealizirajo skrbstveno delo žensk doma. Spolno konstruirane družbene ideologije temeljijo na prepričanju, da je skrb za druge ena od osnovnih ženskih lastnosti (Baber, Allen 1992; Zaviršek 1994b). »Dobra« ženska je domesticirana

in brezspolna mati (Oakley 2000), ki v svoje življenje vplete skrb za druge, požrtvovalnost, zapostavljanje lastnih potreb z namenom zadovoljevanja potreb drugih ljudi (Zaviršek, *op. cit.*). V nasprotju z njo je »slaba« ženska tista, ki ni mati, a si jo vsi želijo, ker je spolno privlačna (Oakley 2000). Kot »slaba« ženska je pojmovana tudi intelektualka, ki zaradi kariere zavrže materinstvo. Njej se očita greh sebičnosti in pomanjkanje ženskosti (Baber, Allen 1992). Glede moških omenjene ideologije predpostavljajo, da so pogosteje usmerjeni v uresničevanje lastnih potreb in v razvijanje svojih sposobnosti ter individualizacijo (Zaviršek, *op. cit.*). Družba ženske zapira v večno ponavljanje kroga življenja, medtem ko moške usmerja v nenehno preseganje lastnih zmožnosti (Beauvoir 2000).

Čeprav ideal delitve dela po spolu, ki ga je srednji razred vključil v svojo kulturo v prvih desetletjih 19. stoletja, ni bil nikoli popolnoma realiziran, saj so ženske vedno bile in vedno bodo pomemben del delovne sile v javni sferi, se skrbstvena vloga žensk prenaša tudi na to področje. Družbena ideologija, ki se na deklice prenaša prek vzgoje in socializacije, idealizira zaposlovanje žensk na področjih, ki naj ne bi bila v nasprotju z njihovimi »naravnimi« lastnostmi. Upoštevajoč tako ideologijo lahko ostane ženska »zvesta sama sebi« in svojim vrednotam, samo če opravlja delo, v katerem se lahko izrazijo njene materinske skrbstvene sposobnosti. Spolna ideologija se na ta način kaže v poklicnem zapostavljanju žensk. Čeprav imajo ženske danes možnost izbire med vsemi poklici, ostajajo poklici socialne delavke, medicinske sestre, negovalke in vzgojiteljice še vedno ženski poklici (Zaviršek, *op. cit.*).

VPLIV EKONOMSKEGA STANJA IN DRUŽINSKIH ODNOSOV NA IZBIRO POKLICA

Kot je razvidno iz intervjujev, prispeva k odločitvi za poklic tudi ekonomski status družine. Družini študenta/študentke medicine in študenta/študentke zdravstvene nege se razlikujeta po izobraženosti, materialnem standardu, potrošnji kulturnih dobrin in načinu preživljanja prostega časa (Štebe 1987).

Medicinske sestre izhajajo iz družin z nižjo ali srednjo izobrazbo, v katerih otroke usmerjajo k čim hitrejši osamosvojitvi in neodvisnosti. Željo po vpisu v gimnazijski program so starši preusmerili v vpis na poklicno šolo, ki naj bi čim prej prinesla možnost zaposlitve. Željo posameznice, ki se je želela vpisati na tako imenovano »moško« pomorsko šolo, so starši transformirali v »ženski primerno« šolo za medicinske sestre.

Drugi dejavnik, ki je zanimiv za proučevanje, je želja bodočih medicinskih sester po zapustitvi domačega okolja. Zato jim je pomemben motiv pri izbiri poklica tudi sama lokacija šole, na kateri se izvaja izobraževanje medicinskih sester. Dovolj daleč naj bo od šole, da upraviči bivanje v študentskem domu. Ozadje takih motivov lahko nakazuje slabe odnose v družini in željo po neodvisnosti.

ŽIVLJENJSKI SVET MEDICINSKIH SESTER V INSTITUCIJI

DVOJNA KARIERA MEDICINSKIH SESTER

Z vstopom v javno sfero in zaposlitvijo se ženski oziroma medicinski sestri nič ne zmanjša obseg gospodinjskih in skrbstvenih obveznosti v zasebni sferi (Zaviršek, *op. cit.*). Medicinske sestre so tako s skrbstvenim delom dvojno obremenjene. Del dneva opravljajo negovalno delo za plačilo, drugi del dneva pa opravljajo gospodinjsko in materinsko delo brezplačno, ker je to – po obstoječem družbenem prepričanju – njihova dolžnost in poslanstvo.

> Težko je za ženske tako delo zraven družine. Težko je, če nimaš kakšne dodatne pomoči staršev ali moža.

> Glavna težava medicinskih sester je preutrujenost. Zdi se mi, da smo medicinske sestre že kar malo »zafrustrirane« zaradi prenatrpanega urnika. Dnevi se vlečejo iz tedna v teden brez prostih ur, ker jih med vikendom ne moremo imeti, med tednom pa jih ne želimo, ker takrat otrok in svojcev ni doma. Vendar bi jih nujno potrebovali.

Skrbstveno delo, ki v zasebni sferi ni plačano, se tako obravnava kot dejavnost in ne kot delo. Gledanje na poklic medicinske sestre kot na dejavnost ali poslanstvo – in ne kot na delo oziroma zaposlitev – preprečuje, da bi znali pravilno materialno vrednotiti zdravstveno nego (Oakley 2000).

Ne, mislim, da ni vsaka sestra primerna za to delo. V sebi moraš čutiti to poslanstvo. Delati z dušo in razumom.

Ženske zaradi dvojne obremenjenosti konkurirajo za manj plačana dela, dela s krajšim delovnim časom in manj odgovorna dela. Zato zasedajo slabše položaje v hierarhiji delovnih mest, imajo slabše dohodke in ostajajo v odvisnem položaju navkljub delu za plačilo (Zaviršek, *op. cit.*). Drugi aspekt odvisnega položaja žensk je produkcija občutka krivde pri ženskah, kadar zapustijo dom in družino zaradi delovanja v javni sferi. Splošno prepričanje v obstoj zlate dobe, ko so ženske skrbele samo za dom in družino, ki ga (kljub iluzornosti) ohranja vladajoči sloj, pri ženskah nenehno ustvarja predstavo, da delajo narobe, da grešijo, ker niso samo doma in ker so zaposlene. Nenehni občutek krivde pri ženskah ustvarja podlago za sprejemanje kakršnih koli pogojev dela ter za sprijaznjenje z drugorazrednim položajem v javni sferi plačanega dela (Jogan 1990). Iz tega izhaja tudi nizko plačilo medicinskih sester za fizično in psihično naporno troizmensko delo.

Osebno življenje včasih kar trpi. Jaz se kar čudim kakšnim sestram, ki so po možnosti poročene s kakšnim tehnikom, kako one vse to skoz vozijo čez življenje. Pa toliko noči v službi biti. Saj vsi trpimo včasih. Tisto malo dopusta, ki ga imaš, je kar premalo. Tako zelo trd ritem je. Zdravnikom je boljše, si mislim. Pride, pa gre, pa ga par dni sploh ni. Najbrž kaj drugega počne v tem času, pa ga ne vidiš. Ne vem, če se da še kaj dosti narediti. Tako je.

Za mesec september, ko delam samo eno nedeljo, imam 25 nadur. To se računa, da bi morala biti vsaj še trikrat vmes prosta po sedem ur, vendar ne morem biti. To je najhuje, kajti če imaš doma družino, potrebuješ čas za družino, in da prideš v službo umirjen, potrebuješ tudi čas zase. Vidim, da se tempo čedalje bolj stopnjuje, da je čedalje manj zaposlenih, obseg dela pa vedno večji, in to ni prav.

Posebna skupina medicinskih sester so matere samohranilke. Družba deli ženske matere na tri hierarhične skupine. V prvi, hierarhično najvišji skupini, so »primerne matere«. To so poročene, heteroseksualne ženske, ki ustrezajo tradicionalni strukturi družine, na čelu katere je mož - oče. V drugi skupini so »marginalne matere«: matere samohranilke, najstniške matere, prizadete in rejniške matere. V tretji, najnižji skupini pa so matere, ki živijo v istospolnih skupnostih. Marginalne matere se od prvih razlikujejo po strukturi družine, slednje pa po seksualni orientaciji. Glede na omenjene kriterije imajo matere različne možnosti dostopa do moči in podpornih resursov (Baber, Allen 1992). Eden izmed manjkajočih resursov - velik problem za medicinske sestre samohranilke - je odsotnost organiziranega troizmenskega varstva za majhne otroke.

Težko je, če nimaš kakšne dodatne pomoči staršev ali moža, saj moraš otroke pravzaprav same puščat. Zato. Lahko bi organizirali dežuren vrtec - sam Klinični center -, pa bi bila zaposlena ena vzgojiteljica ali dve. Da lahko pripelješ otroka nekam spat. Zelo veliko medicinskih sester je samih.

PROSTOR IN ČAS V BOLNIŠNICI

Nedolgo nazaj so bolnišnice poleg zdravstvene opravljale tudi druge socialne funkcije (socialne ustanove, dom za ostarele). Bolnišnica Trnovo je bila še do nedavnega geriatrični oddelek Kliničnega centra in še danes, ko se je specializirala v Klinični oddelek za žilne bolezni, se je drži ta oznaka. Ljudje pričakujejo, da bodo te funkcije bolnišnice opravljale še danes. Zdravstveni delavci naletijo na skrbnike, ki želijo svojega varovanca hospitalizirati, da bi si lahko sami privoščili kratke počitnice, ali pa na skrbnike, ki postanejo nedosegljivi in na tak način onemogočajo odpust iz bolnišničnega varstva.

Stavba trnovske bolnišnice je zelo stara in je locirana na ograjenem zemljišču stanovanjskega predmestja Ljubljane, kar bi po teoriji totalnih ustanov ustrezalo komponenti *zapore prostora* (Flaker 1998). Za stavbo je majhen park, kjer se lahko bolniki v poletnem času sprehodijo. Grajena je bila za namene otroškega zavetišča ter šele pozneje preurejena v bolnišnico. Iz teh razlogov je prostorska in funkcionalna ureditev zastarela in neustrezna. Vendar pa so tu tudi prednosti - na primer manjša stavba, bolj domačno vzdušje, pogled na prijetnejše naravno okolje -, ki vodstvu bolnišnice otežujejo odhod v preveliko, neosebno, vendar modernejšo stavbo Kliničnega centra.

V pritličju bolnišnice so locirani sprejemna

pisarna, soba glavne sestre klinike, ambulantni prostori, enota za rehabilitacijo bolnikov, drugi prostori za izvajanje diagnostičnih postopkov in kuhinja z jedilnico za osebje. V prvem nadstropju bolnišnice so trije oddelki: moški, ženski in enota za intenzivno terapijo. Nekatere velike sobe so bile pozneje pregrajene iz higiensko-sanitarnih razlogov, tako je v nadstropju sedaj 5 moških in 5 ženskih sob in 4 sobe enote za intenzivno terapijo. Posteljni fond znaša 60 postelj. Sobe na »navadnih«, neintenzivnih oddelkih so brez umivalnikov in tekoče vode. Za bolnike sta urejeni dve kopalnici, ena na moški in ena na ženski strani, v katerih sta po dve kabini za tuš in po dva toaletna prostora s tremi stranišči. V osrednjem delu je dolg, prevelik hodnik, ki se v obeh koncih zaključi v jedilnici za bolnike. Enota za intenzivno terapijo ima pozneje vgrajene umivalnike in vodovodno inštalacijo, vendar pa prostorsko ne ustreza standardom za število bolnikov, ki jih ima. V drugem nadstropju - oziroma v mansardnem delu - se nahajajo zdravniške sobe in garderobne omarice za osebje. V medetažnem delu sta še večja večnamenska predavalnica in soba mladih raziskovalcev, nad njima pa so še tajništvo, knjižnica in soba predstojnika klinike.

Bolniki se zadržujejo v sobah, pokretni pa tudi na hodniku, v jedilnici ali na zelenem otočku pred vhodom v bolnišnico. Obiski na neintenzivnih oddelkih so dovoljeni vse popoldne, v enoti za intenzivno terapijo pa samo eno uro v zgodnjem popoldanskem času. Pri tem je osebje zelo natančno in le redkokdaj odstopi od napisanih pravil.

Osebje se - kadar nima dela neposredno ob bolniku - zadržuje v različnih prostorih in se ne meša z bolniki. To ustreza komponenti totalne ustanove, v kateri so ljudje *ločeni na osebje in na varovance oz. varovanke* ter med njimi ni prehodnosti ali zamenljivosti, pri čemer so medsebojni odnosi natančno urejeni (Flaker, *op. cit.*). Starejši, nadzorni zdravniki so prostorsko najmanj omejeni. Gibljejo se po celi bolnišnici in jih je dostikrat težko najti. V nujnih primerih jih medicinske sestre iščejo v zdravniških sobah, v tajništvu, v laboratorijih, v sprejemni pisarni, v računalniški sobi ipd. Mlajši zdravniki sekundariji so bolj omejeni. Večino časa prebijejo v oddelčnih zdravniških sobah ter v računalniški sobi, kjer pišejo anamneze, odpustnice, seminarje, vnašajo raziskovalne podatke, oblikujejo material za svoja predavanja ali za predavanja nadrejenih, ali pa brskajo po internetnih spletnih straneh.

Negovalno osebje je prostorsko veliko bolj omejeno od zdravnikov. Medicinske sestre zjutraj nastopijo delo točno ob določeni uri, saj mora drugače nočna sestra podaljšati svoj delavnik. Sestre morajo ob vsakem odhodu predati oddelek drugi sestri in jo prositi za nadomeščanje. Tudi zdravniki imajo bolnike, za katere so odgovorni, vendar so pooblastili medicinske sestre, da lahko v njihovi odsotnosti izvajajo postopke, ki so drugače v zdravnikovi domeni. Zdravnik lahko ima delo tudi izven oddelka, medtem ko mora biti medicinska sestra stalno prisotna, ali pa mora komu povedati, kje je in kdaj se vrne. Iskanje medicinske sestre po celi hiši, kadar jo potrebuje zdravnik, bi bilo nedopustno. Prostori zadrževanja medicinskih sester so poleg bolniških sob še sestrska soba in različni delovni prostori, ki se v žargonu osebja imenujejo »aseptična soba«, »moška priprava«, »ženska priprava« ipd.; medicinske sestre kadilke pa so si našle svoj prostor v kotu na zunanji strani vhodnega preddverja.

Pomembno vlogo v bolnišnici igra tudi pojem časa. V bolnišnici se po eni strani dogaja negacija časa, saj v njej osebje nikoli nima časa, po drugi strani pa se v njej producira čakajoča kultura. Z vstopom v bolnišnico se individualni čas posameznika spremeni v čakajoči, institucionalni čas. Posameznik postane bolnik, objekt biomedicinske prakse (številka, diagnoza, bolni organ). Bolnika začne obvladovati zakon čakanja. Frankenberg je hospitalizacijo poimenoval »čakajoči proces«, v katerem človek ne ve, kaj se dogaja, kdo odloča o njem in koliko časa bo hospitalizacija trajala. Bolnik je podvržen tudi institucionalnemu dnevnemu redu, ki ga določa bolnišnica. To je strogo strukturiran čas določenih dejavnosti, postopkov in ritualov. Za bolnike se ob vstopu v bolnišnico njihov čas ustavi. Preidejo v drugo okolje, kjer njihov čas postane nepomemben in se morajo podrediti bolnišničnemu času. Nestrukturiran čas v zahodni kulturi ni vrednota. Sprejemljiv je le kot čas med dvema časovnima strukturama, kot so na primer: odmor, počitnice, praznik (Zaviršek 1994a).

Potrebe bolnika so objekt dela medicine. Bolnišnični čas se je skoz zgodovino strogo strukturiral, da bi zagotovil bolniku »najboljšo« oskrbo. Bolnišnični čas v očeh medicinske sestre: 6:45 predaja službe, 7:00 merjenje temperature, jutranja nega (postiljanje, umivanje, obračanje), tehtanje, priprava na zajtrk, 8:00 zajtrk, hranjenje, »terapija« (delitev zdravil), urejanje sistemov za

kisik, urejanje vozičkov in omar, 9:30 malica, 10:00 prevezovanje ran, spremljanje varovancev na preiskave, 11:30 priprava na kosilo, terapija, 12:00 kosilo, hranjenje, 13:00 nega; 13:45 raport in predaja službe, 14:00 merjenje temperature in drugih vitalnih funkcij po naročilu, 15:00 nega, obračanje, 17:00 terapija, 17:30 priprava na večerjo, 18:00 večerja, hranjenje, 19:00 večerna nega, 20:45 predaja službe, 22:00 terapija, nega, 23:30 terapija, nega, obračanje, 2:30 nega in obračanje, 5:00 nega, obračanje, 6:00 terapija.

Glavni dogodek dneva je zdravniška vizita, ki ni točno časovno definirana. Poteka v dopoldanskem času. Naloga medicinskih sester je, da so bolniki in njihova okolica (postelja, nočna omarica) do tega trenutka urejeni in pripravljeni. Čakanje ima v bolnišnici vlogo discipliniranja in nadzora (Goffman 1991). Na vizito gresta zdravnik in medicinska sestra skupaj. Na viziti so bolniki navadno tiho, ali pa odgovarjajo na vprašanja, ki jih zastavlja zdravnik. V tem času se bolniki ne obračajo na medicinsko sestro, temveč na zdravnika. Čas obravnave je zelo kratek, veliko krajši kot čas čakanja (Zaviršek, *op. cit.*).

Višje medicinske sestre so na oddelku stalno prisotne, medtem ko zdravniki pridejo, opravijo vizito in spet odidejo. Tako so tudi medicinske sestre podvržene procesu čakanja. Njihovo delo je povezano z naročili, ki jih poda zdravnik pri viziti. Vsak nadzorni zdravnik ima tudi svojega zdravnika sekundarija. Kadar opravljajo vizito samo zdravniki sekundariji, medicinske sestre ne prisostvujejo, kar kaže na upor medicinskih sester zoper institucionalni red, v katerem tudi same igrajo čakajoče vloge.

Zgodovina in čas v bolnišnici potekata linearno, notranja organizacija pa po vzorcu, ki ga zaznamujejo ciklusi: leto, teden, rotacijski sistem, dan in dnevne dolžnosti. Znotraj teh petih socialnih ciklusov se v bolnici odvijajo vse aktivnosti (Zerubavel 1979; prim. tudi Zaviršek, *op. cit.*). Ciklus leta se kaže v toku kariere posameznih članov osebja, ciklus rotacije je pomemben za študente in pripravnike zdravstvene nege in medicine, ciklus tedna je pomemben za tisto osebje, ki ob koncu tedna prestopi v zasebni čas. Medicinske sestre delajo troizmensko delo, zato imajo mesečno samo en prosti vikend, ostale proste dneve pa imajo razporejene med tednom. Mnogim razporeditev prostih dni ne ustreza, saj takrat njihovih svojcev ni doma. Ciklus dneva pa zaznamujejo časovno definirana opravila in sistem izmen.

Taka časovna struktura prinaša v linearno nemotečo bolnišnično strukturo veliko motenj (Zaviršek, *op. cit.*). Strategija bolnišnice je, da poskuša pred novoletnimi prazniki in letnimi dopusti zmanjšati število bolnikov na minimum, da omogoči počitnice čim večjemu številu osebja in razbremeni maloštevilno preostalo osebje. Posledica tega je, da sprejemajo čim manj bolnikov, oziroma, da hospitalizirajo samo res nujne primere. Specifika Kliničnega oddelka za žilne bolezni sta arterijska okluzivna bolezen in venska tromboza. Posredovanje je nujno, kadar strdek zamaši večjo žilo odvodnico - saj brez takojšnje vzpostavitve cirkulacije lahko pride do odmrtja tkiva - ter kadar pride do globoke venske tromboze, saj pri tem obstaja nevarnost pljučne embolije. Ne tako nujna stanja pa so zožitve perifernih žil odvodnic, ki povzročajo bolečine ob različnih klavdikacijskih razdaljah, s čimer se omejuje gibljivost posameznikov, in tromboze distalnih in povrhnjih žil dovodnic, zaradi katerih zastaja v okončinah venska kri, kar povzroča zatekanje udov, bolečine ter poškodbe tkiva (potromboticni sindrom). Vse to pa lahko vodi tudi v nastajanje bolečih razjed na goleni.

STIČIŠČA BOLNIŠNICE IN TOTALNE USTANOVE

Ustanove, kot so bolnišnice, domovi za ostarele, zavodi za telesno in duševno prizadete, zapori, vojašnice, tovarne, internati, imajo skupno značilnost, po kateri so te ustanove dobile tudi ime. To je »totalnost zajetja« (Goffman 1991) vseh vidikov posameznikovega življenja. Skoraj vse totalne ustanove so se oblikovale v 19. stoletju ali pa še pozneje. Njihov namen je bil in je še danes zapiranje marginalnih in deviantnih skupin prebivalstva (Flaker 1998). Po definiciji totalne ustanove bolnišnica ni totalna ustanova, saj se v določenih točkah bistveno loči od nje. Vendar pa bolnišnica določene značilnosti totalne ustanove ima, zato jih bom analizirala.

Kakor v totalni ustanovi se tudi v splošni bolnišnici vsi vidiki življenja odvijajo na istem kraju in pod isto oblastjo. Bolniki in bolnice na oddelkih spijo, jedo, se preoblačijo in umivajo, se zabavajo, učijo (otroci) itn. Druga značilnost totalne ustanove, da se vsaka faza dnevne aktivnosti odvija vpričo velikega števila drugih ljudi, ki so enako obravnavani in od katerih zahtevajo, da delajo

isto stvar skupaj, se kaže tudi v bolnišnici. Straniščnih vrat se v bolnišnici ne da zaklepati, terapija se odvija kar na bolniški postelji (intenzivna nega), brez varovanja zasebnosti bolnice oz. bolnika. Tretja lastnost totalne ustanove je, da za vse dejavnosti obstaja urnik, ki je vsiljen od zgoraj, s sistemom eksplicitnih formalnih pravil. Tudi v bolnišnici obstaja urnik, ki je vsiljen od zgoraj in na katerega bolnice oz. bolniki ne morejo vplivati. Prepuščeni so bolnišničnemu redu (bujenje in merjenje telesne temperature ob šestih zjutraj, preoblačenje postelj ob sedmih ipd.). Četrto značilnost totalne ustanove, da različne vsiljene dejavnosti sestavljajo enotni racionalni načrt, z namenom, da se zadovolji uradni cilj ustanove, tudi lahko pripišemo bolnišnici, z razliko, da so uradni cilji bolnišnic drugačni od uradnih ciljev totalnih ustanov. Cilji totalnih ustanov se nanašajo predvsem na varstvo svojih varovancev ali na zaščito okolja pred njimi, medtem ko se cilji bolnišnic nanašajo na izboljšanje zdravstvenega stanja populacije.

Tako v totalni ustanovi kot v bolnišnici se srečamo z birokratsko organizacijo večjih blokov ljudi. Za delo z ljudmi v totalni ustanovi je značilno nadzorovalno osebje, medtem ko imajo bolnišnice strokovno osebje, ki ga je prav tako manj in skrbi za večje število bolnic in bolnikov. V splošnih bolnišnicah bolnikov načeloma ne nadzorujejo na vsakem koraku, kot se dogaja v totalnih ustanovah, vendar pa so prav tako izpostavljeni določeni obliki socialnega nadzora (Pahor 1997). Enaka razlika, kot obstaja med osebjem in varovankami oz. varovanci v totalni ustanovi, obstaja tudi med osebjem in bolnicami oz. bolniki v bolnišnici. Varovanke in varovanci ter bolnice in bolniki v ustanovi živijo in imajo močno omejene stike z zunanjim svetom, medtem ko se osebje nahaja v ustanovi le med 8-urnim delavnikom, sicer pa živi normalno življenje znotraj družbe. Osebje in varovanke oz. varovanci se v totalni ustanovi zaznavajo v ozkih, sovražnih stereotipih. V bolnišnici tako močnih razlik med obema skupinama ni, vendar pa bolnice in bolniki, ki so zelo odvisni od osebja (intenzivna nega), ločijo osebje na »dobre« in »slabe«. »Dobro« osebje je tisto, ki vsaj deloma sočustvuje z bolnicami in bolniki, se odzove na njihove »klice« ponoči, pri tem ni slabe volje in ob tem ne negoduje. Sovražni stereotipi obstajajo med drugima dvema skupinama, med »slabim« osebjem in popolnoma oziroma delno odvisnimi bolnicami in bolniki. »Slabo« osebje dojema take bolnice in bolnike kot tečne, ki ponoči »nalašč« motijo osebje s svojimi »muhami«. Bolnice in bolniki pa »slabo« osebje dojemajo kot slabe ljudi, ki so nečloveški in brezčutni.

Tudi interpretacije intervjujev so pokazale, da medicinske sestre doživljajo nepokretne in nesamostojne bolnike kot »slabe«. »Slab« bolnik je tisti, ki za medicinsko sestro predstavlja veliko dela in časa. Medicinske sestre dojemajo bolnike glede na količino dela, ki jo ti zaradi svojega zdravstvenega stanja zahtevajo oziroma potrebujejo.

> Kadar se kaj zakomplicira, je tu delo zelo težko. Tudi standardi odpadejo, na vsak način. Gneča je, res grozljivo. Pa veliko slabih pacientov imamo. Pa vseeno nas je malo glede na toliko bolnikov, vsaj jaz tako mislim.

> Ja, saj tudi mi delimo bolnike na dobre in slabe. Eni so ubogljivi in vse, eni pa tečni in takole.

SAMOPODOBA MEDICINSKIH SESTER

Mediji močno prispevajo k oblikovanju mnenja javnosti o določenem poklicu. Jane Salvage (1983a) in Jacqueline M. Bridges (1990) sta ugotovili, da je podoba medicinskih sester v medijih popačena. Pri tem opisujeta pet glavnih stereotipov o medicinskih sestrah:

- *dobrohotni angel*: stereotip izhaja iz intuitivno empirične dobe, ko so religiozne ženske negovale bolne;
- *»battle-axe-dragon matron«* je opisana kot debela, avtoritativna in samovšečna vodilna medicinska sestra;
- *zdravnikova služkinja*: stereotip izhaja iz časov Florence Nightingale, ko je dodelila medicinskim sestram naloge, za katere so bile povsem odgovorne zdravniku;
- *nimfomanka*: stereotip medicinske sestre kot seksualnega objekta se je nenavadno oblikoval v času, ki so ga zaznamovala tudi naraščajoča ženska gibanja;
- *stavkajoča medicinska sestra*: ta podoba medicinske sestre v medijih in družbi vzpostavi nenavadno situacijo, saj politična aktivnost ni združljiva z ženskostjo, usmiljenjem in predanostjo.

Jane Salvage (1983a) ugotavlja, da so za širjenje in ohranjanje takih iluzij v veliki meri odgovorne same medicinske sestre. Določeni stereotipi, posebno o obstoju predane in požrtvovalne

medicinske sestre, jim laskajo. Raziskava »Medicinske sestre v Sloveniji« je pokazala, da se medicinske sestre najpogosteje vidijo kot »delovne roke« in »dobro srce«, na tretjem mestu se vidijo kot »zdravnikove pomočnice« in šele na četrtem kot »strokovnjakinje« (Mrak 2001). Tudi iz intervjujev je bilo mogoče razbrati, da se medicinske sestre trudijo pri bolnikih ohraniti status »dobre« medicinske sestre, čeprav jim to zaradi preobremenjenosti velikokrat ne uspe. Menijo, da je za bolnike pomembnejši njihov empatičen odnos kot njihova strokovnost. Na tako naravnanost vpliva tudi prepričanje, ki ga lahko najdemo v javnosti, da se medicinske sestre rodijo in ne vzgojijo, oziroma, da je delo medicinske sestre poslanstvo in ne poklic. Naravnanost, da zdravstvena nega nima nobene povezave z izobrazbo, menedžmentom ali politiko (Salvage 1983b), oziroma, da stroka zdravstvene nege ne presega praktičnega dela svoje dejavnosti, obstaja tudi med zdravstvenimi delavci. Znanstveno razvijanje stroke zdravstvene nege bi bilo tako po mnenju zdravnikov in nekaterih medicinskih sester nesmiselno in jalovo delo.

> Ena sestra je bila takrat zraven, zagovornica te fakultete za sestre in je ta zdravnik rekel: »Ja, saj tako je, ampak vizito dela zdravnik in jo vedno bo najbrž, a ne? Sestre bi že rade svoje nazive. To je vse lepo in prav, ampak kar se pa tiče odgovornosti, se pa ponavadi vsak, več ali manj, umakne. Odgovornost bi pa še vedno prepustile zdravnikom.« Tako je takrat rekel tisti zdravnik.

DOŽIVLJANJE BOLNIKOV IN VSAKDANJE DELO MEDICINSKIH SESTER

NARAVA TESNOBE, KI JO DOŽIVLJAJO MEDICINSKE SESTRE

Medicinske sestre so nenehno v stiku z bolnimi, poškodovanimi in umirajočimi. Negovanje bolnikov, ki imajo neozdravljive bolezni, je ena najtežjih nalog medicinske sestre. Medicinske sestre so soočene z grožnjo in realnostjo trpljenja in smrti pogosteje kot ostali ljudje. Paleta njihovih zadolžitev vsebuje tudi dela, ki so po običajnih merilih videna kot neokusna, gnusna in zastrašujoča (Lyth 1988). Tako zaznavanje del medicinskih sester izven bolnišnice jim otežuje, da bi se o svojem delu pogovarjale v zasebni sferi.

> Moj mož je zelo nežna duša. Da bi jaz njemu pripovedovala [...]. Da on pomisli na to - da jaz nekomu rit brišem, a ne, z istimi rokami, potem (pa) nam kuham kosilo - on zboli. Ne prenese vsega tega in jaz ne morem njemu vse to pripovedovati in ne želim. Ker si ne želiš kvariti svojega videza in mislim, glede na to [...]; moraš pa nekoga imeti.

Negovalna situacija vzbuja v medicinski sestri kaos občutkov: usmiljenje, sočutje in ljubezen, krivdo in tesnobo; sekundarno pa prebuja tudi sovraštvo in zamero do pacientov, ki v njej porajajo take močne občutke. Intenzivnost in kompleksnost občutkov tesnobe medicinskih sester lahko primarno pripišemo posebni lastnosti njene objektivne delovne situacije, da ponovno stimulira nezavedne in v preteklosti potlačene dogodke in strahove ter vzporedno nastale emocije (*ibid.*).

Direkten vpliv bolezni na medicinsko sestro je še intenzivnejši zaradi nalog, pri katerih se sooča z obvladovanjem stresa pri drugih ljudeh, vključno pri lastnih sodelavkah. Tudi če drugi ne doživlja podobnih stresnih situacij, kot jih doživlja sama, je take občutke težko tolerirati. Že dokaj kratki pogovori Lythove (*op. cit.*) z bolniki so pokazali, da je njihova predstava o bolezni in zdravljenju, bogata mešanica objektivnega znanja, logičnega sklepanja in fantazije. Stopnja stresa je močno odvisna od fantazijskih predstav, ki so se oblikovale v otroštvu. Medicinska sestra povezuje stisko bolnika ali svojcev s stisko ljudi v svojem fantazijskem svetu, kar povečuje njene občutke tesnobe in otežuje obvladovanje situacije.

Bolniki imajo do bolnišnice zelo zapletene občutke, ki se najmočneje in najbolj neposredno izražajo v odnosu z medicinsko sestro. Na eni strani lestvice občutkov bolniki izražajo hvaležnost, naklonjenost in spoštovanje, potolaženost z dejstvom, da se je v bolnišnici vse uredilo, uslužnost in zaskrbljenost do medicinskih sester in njihovega težkega dela, na drugi strani pa bolniki izražajo tudi ogorčenost nad svojo odvisnostjo, nejevoljo nad togo bolnišnično disciplino; medicinskim sestram zavidajo njihovo zdravje in veščine; lahko so ukazovalni, posesivni in ljubosumni. Zdravstvena nega vzbuja tudi pri bolnikih spolne nagone in erotične občutke, kar vpliva na njihovo vedenje na način, ki medicinskim sestram še otežuje delovno situacijo (*op. cit.*).

Od bolnišnice se pričakuje, da stori več, kot le sprejme bolnega. Pričakuje se, da bo skrbela za njegove fizične in psihične potrebe pri premagovanju stresa. S sprejemom bolnika v bolnišnico mora osvoboditi bolnika in njegove svojce določenih emocionalnih težav, ki izhajajo iz njegove bolezni. Bolnišnica in posebno medicinske sestre morajo dovoliti bolniku, da vanje projicirajo svojo depresivnost, tesnobnost in strah, nejevoljo zaradi bolezni in nujnih opravil zdravstvene nege. Bolniki in svojci manipulirajo z osebjem na način, ki zagotavlja, da omenjene občutke vsaj delno - namesto njih - izkušajo medicinske sestre, npr. s tem, ko zavračajo ali poskušajo zavrniti sodelovanje pri zanje pomembnih odločitvah, in tako prenašajo odgovornost in tesnobo nazaj na bolnišnico. Tako morajo medicinske sestre poleg svojih globokih in intenzivnih občutkov tesnobe prenašati še skrbi drugih. Ugotovljeno je, da nekateri hospitalizirani bolniki sploh ne bi potrebovali namestitve v bolnišnici, vendar so sprejeti zato, ker ne oni ne njihovi svojci niso bili sposobni prenesti stiske, ki jo je njihova bolezen sprožila doma (*op. cit.*).

SMRT IN UMIRANJE KOT POVZROČITELJA NAJŠTEVILNEJŠIH IN NAJMOČNEJŠIH OBČUTKOV TESNOBE

Praviloma medicinske sestre težje prenašajo umiranje in smrt mlajših bolnikov kot starejših. V ozadju omenjenega dejstva obstaja družbeno prepričanje, ki reproducira tako miselnost - *ageizem*. Smrt in trpljenje sta nasploh najpogostejša vira občutkov tesnobe. Izvirata iz tega, da se še večina ljudi ni soočila in presegla osnovnega človeškega strahu - strahu pred smrtjo.

> Hudo je, kadar so bolniki mlajši, brez perspektive. Ko veš, da bo umrl, pa ima majhne otroke, na primer. To te prizadene. Te tragedije. [...] To so ti naši bolniki s srčnim popuščanjem. Saj te tudi prizadene, vendar, če je star 70, 80 let [...]. Eno svojo dobo je že preživel, pa če ima urejene zadeve. Odvisno je tudi od bolnika. Eni so zadovoljni s svojim življenjem. Če pa ni zadovoljen, potem ni bil niti pri 20-tih in ni niti pri 70-tih.

Dandanes v procesu šolanja medicinske sestre seznanjajo s fazami umiranja, ki si sledijo od faze nevednosti, negotovosti, implicitnega in eksplicitnega zanikanja bolezni, odpora, pogajanja z usodo prek depresije do sprejetja smrti (Sporken 1975; prim. tudi Skoberne 1987). Medicinske sestre takega vedenja bolnikov pogosto ne razumejo in se mu zato izmikajo. Bolnikovo umiranje zdravstvene delavce boleče spominja na njihovo lastno umrljivost (Skoberne 1987). Poleg umiranja bolnika je pomemben stresni dejavnik za medicinske sestre tudi srečanje s svojci umrlega.

> Jaz čisto po pravici povem, da jih raje čim manj vidim, pa da čimprej gredo. Jaz ne vem. Težko je sočustvovat z nekom, če ti nisi osebno prizadet. Saj nekako si, ampak vseeno [...]. Saj ponavadi kar hitro gredo. To je težko prenašat. Dostikrat skoraj raje vidiš, da čim prej gredo. Sliši se grdo, ampak je res. Ali pa te spomnijo na kakšno podobno bolečino v tebi in potem te pa čisto iztiri.

Določena mera tesnobe, ki jo doživljajo medicinske sestre ob delu z bolniki, je povezana tudi z omejevanjem informacij, ki jih medicinska sestra sme posredovati bolniku oziroma njegovim svojcem. Čeprav je medicinska sestra v stalnem stiku z bolnikom, nima pravice ali možnosti sodelovati pri sprejemanju odločitev, ki opredeljujejo njeno ravnanje v zvezi z bolnikovo psihično in fizično oskrbo (Assell 1976; prim. tudi Skoberne 1987).

DRUŽBENO STRUKTURIRANI OBRAMBNI MEHANIZMI BOLNIŠNICE

Visoka raven tesnobnih občutkov, ki jih doživljajo medicinske sestre, je vodila institucijo oz. službo zdravstvene nege v oblikovanje družbeno strukturiranih obrambnih mehanizmov, ki naj bi ščitili njihove člane pred soočanjem s tesnobo. Družbeni obrambni sistem se je skozi čas razvijal kot rezultat zarotniških interakcij in sporazumov - pogosto nezavednih - med člani organizacije. Tile obrambni mehanizmi v instituciji delujejo simultano, med seboj sovpadajo in se podpirajo (Lyth 1988):

- *Razcep odnosa medicinska sestra - bolnik.* Sestrska služba je organizirana tako, da mora ena medicinska sestra skrbeti za veliko število bolnic in bolnikov, za katere pa opravlja le določena opravila in ne vseh. Tako delovanje preprečuje, da bi prišla v globlji stik s pacientom in njegovo

boleznijo, ter tako preprečuje porajanje občutkov tesnobe, ki bi jih lahko vzbudil pristen stik z bolnikom ali bolnico.

• *Depersonalizacija, kategorizacija in zanikanje pomena individualnosti.* Depersonalizacija osebja se kaže z uporabo uniform, ki govorijo o njihovih dolžnostih; kategorizacija se kaže z razvrščanjem in poimenovanjem bolnikov po različnih kriterijih (glede na številko sobe, diagnozo, oboleli del telesa ipd.); zanikanje pomena individualnosti pa se kaže s tem, da je vsaka medicinska sestra zamenljiva z drugo, če je to potrebno.

• *Odcepitev in zanikanje čustev.* Strokovni odnos zahteva nadzorovanje čustev. Pri tem se mora medicinska sestra naučiti odcepiti čustva od konkretnih delovnih nalog. Prerazporejanje medicinskih sester po oddelkih je ena od nezavednih strategij institucije za zmanjšanje tesnobe zaposlenih.

• *Poskus odstranitve odločitev z ritualnim opravljanjem dolžnosti.* Delovni čas medicinske sestre se vrti okoli ritualnih ponavljajočih se opravil (pospravljanje postelj, hranjenje, dvigovanje), do katerih se zahteva skrajno resnost in odgovornost. S temi opravili se osebje izogiba sprejemanju individualnih odločitev v zvezi z bolnikovim zdravjem.

• Zmanjšanje odgovornosti pri sprejemanju odločitev s preverjanji in ponovnimi preverjanji: Medicinske sestre tudi pri sprejemanju manjših odločitev vpletejo v proces več ljudi, da zmanjšajo lastno odgovornost. Služba zdravstvene nege je organizirana tako, da preprečuje sprejemanje hitrih in učinkovitih odločitev.

• *Prikrita socialna razporeditev odgovornosti in neodgovornosti.* Cilj medsebojnega obtoževanja znotraj službe zdravstvene nege je zmanjševanje notranje psihične napetosti. Starejše in višje rangirane medicinske sestre pogosto obtožujejo mlajše, da so neodgovorne. Pritožbe so posledica lastnega prikritega sistema kulturnih zanikanj, razcepa in projekcij.

• *Smiselna nejasnost pri formalni porazdelitvi odgovornosti.* Pri medicinskih sestrah so dolžnosti in odgovornosti samo navidezno jasno določene. Najrigidneje so določene pri medicinskih sestrah z najkrajšim stažem, najobskurneje pa pri tistih z najdaljšim.

• *Zmanjševanje teže odgovornosti z delegiranjem na nadrejene.* Posledica tega je, da opravljajo medicinske sestre danes bistveno manj kvalitetna opravila, kot bi jih zaradi svoje izobrazbe lahko.

• *Idealizacija in podcenjevanje osebnih razvojnih možnosti.* Medicinske sestre gojijo prepričanje, da mora biti človek »poklican« za medicinsko sestro. Po eni strani pomeni to izjemno idealizacijo poklica, po drugi strani pa podcenjevanje procesa izobraževanja za ta poklic. Sam proces izobraževanja pa je sestavljen predvsem iz učenja formalnih postopkov in le malo iz učenja vsebin za osebno rast.

• *Izogibanje spremembi.* Vsaka večja sprememba bi pomenila tudi spremembo socialnega sistema obrambe. Le kriza celotnega socialnega sistema institucije bi v sistemu dopustila spremembo.

Namen opisanega družbenega sistema obrambe je pomagati posamezniku, da se izogne občutkom tesnobe, krivde, dvomov in negotovosti. Ti obrambni mehanizmi torej delujejo na način, ki v največji možni meri odpravlja situacije, dogodke, zadolžitve, dejavnosti in odnose, ki povzročajo tesnobne občutke, povezane s primitivnimi psihološkimi ostanki v osebnosti. Pri tem se je v razgovorih z medicinskimi sestrami izkazalo, da je v pozitivni smeri - v smislu pomoči posamezniku oziroma posameznici za soočenje s prebujajočimi se tesnobnimi občutki in pri razvoju sposobnosti za uspešnejše spoprijemanje s tesnobo - narejenega zelo malo.

MEJA MED STROKOVNOSTJO IN SKRBJO

V odnosu med medicinsko sestro in bolnikom obstaja recipročnost, ki je - poleg odvisnosti bolnika skupaj z altruizmom - pomemben del skrbniškega odnosa (Baber, Allen 1992). Bolnice in bolniki sprašujejo medicinske sestre o bolezni. Naloga medicinskih sester je tudi zdravstveno vzgojno delo. Medicinska sestra uči bolnika oz. bolnico o zdravih življenjskih navadah in o življenju človeka z boleznijo. Med njima obstaja dialog. Vendar informacije niso vedno usmerjene samo enosmerno. Prav tako je pomembna vloga medicinske sestre kot aktivne poslušalke. Na ta način medicinska sestra bolnici ali bolniku pomaga, da izrazi svoje strahove in bolečino. Iz omenjenega pogovora se bogati tudi medicinska sestra.

Ena sestra je na vprašanje, ali ji je neprijetno poslušati o bolnikovih težavah odgovorila: »Ne, poslušaš. Včasih se še kaj naučiš.«

Nenehno prehajanje med plačanim in neplačanim skrbstvenim delom medicinskim sestram otežuje postavitev jasne meje med zasebnim in

javnim. Poleg plačila medicinske sestre od svojih pacientov zahtevajo tudi hvaležnost za njihovo skrb in trud.

> Rada delam z bolniki. Samo ne s takimi, ki medicinske sestre izkoriščajo, jih nenehno nadlegujejo. S takimi pa ne delam rada. Predvsem s takšnimi, ki so hvaležni, rada delam.

V omenjeni situaciji medicinske sestre - matere - istovetijo bolnika z otrokom. Od njega pričakujejo ubogljivost in hvaležnost. Vsak bolnik, ki izraža glasno nestrinjanje s postopki zdravstvene nege ali medicine, je hitro označen kot »bolnik, ki ne sodeluje« pri procesu zdravljenja. Roland Littlewood (1991) je v svojem članku izhajal iz primerjave narave odnosov zdravnik-medicinska sestra-bolnik z naravo odnosov v nuklearni družini. Pri tem je zdravnik oče, medicinska sestra mati in pacient otrok. Slednja dva preživita večino časa na oddelku (doma). Zdravnik (oče) obiskuje oddelek v rednih, vendar kratkih intervalih, saj preživi večino časa izven »zasebne sfere« oddelka v »javni sferi«, kjer izvaja predavanja ali prisostvuje na sestankih. Zdravnik se vrača na oddelek, da preveri, če je z bolnikom (otrokom) vse v redu ter da vidi, ali medicinska sestra (mati) obvladuje situacijo.

Od medicinskih sester se pričakuje, da v svoje delo vnesejo »srce«, da bolnike ljubijo in zanje skrbijo, kot skrbijo matere za svoje otroke. Skrb je oboje, ljubezen in delo. Pri tem ideologija pravi, da mora biti skrbstveno delo opravljeno raje iz ljubezni kot zaradi denarja, zato naj zaposleni skrbniki ne dobijo plače (*wage*) temveč plačilo (*payment*) (Walmsley 1993). Po prehodu v kapitalistično družbo pripada osrednje mesto v družini otroku, ki postane neprecenljiva dragocenost (Oakley 2000). V bolnišnici, v organizaciji službe zdravstvene nege zavzemajo osrednje mesto bolnik in njegove potrebe, katerih zadovoljevanje je osnovna naloga medicinske sestre, kot je zadovoljevanje potreb otroka osnovna naloga matere. Prehajanje med omenjenima vlogama in vnašanje »ljubezni« v odnos z bolnikom daje medicinskim sestram občutek, da si poleg plačila zaslužijo tudi »hvaležnost« svojih varovancev.

DOBRI ODNOSI V NEGOVALNEM TIMU KOT DEJAVNIK RAZBREMENJEVANJA TESNOBE

Medicinske sestre v intervjujih opredeljujejo dobre medsebojne odnose med njimi samimi kot pomemben člen zadovoljstva pri delu. Delo doživljajo veliko manj stresno in obremenjujoče, kadar ga opravljajo v ozračju razumevanja in medsebojne pomoči.

Čeprav ta dejavnik deluje močno razbremenilno, medicinske sestre medsebojne odnose opisujejo kot slabe oziroma kvečjemu še kar dobre. Po Lyth (1988) eden izmed družbenih obrambnih mehanizmov službe zdravstvene nege deluje kot *prikrita socialna razporeditev odgovornosti in neodgovornosti*, katerega cilj je zmanjšanje notranje napetosti. Posledično se znotraj negovalnega tima ustvarjajo manjše enote, ki se nenehno medsebojno obtožujejo. Skupinice se ponavadi oblikujejo glede na starost ali delovno dobo. Tudi raziskave o odnosih med medicinskimi sestrami v svetu kažejo, da je med njimi zelo prisotno horizontalno nasilje ter da se je taka oblika nasilja med njimi samimi udomačila kot nekaj naravnega (Farrell 1997; prim. tudi Pahor 1999).

Klinični oddelek za žilne bolezni slovi po izredno izobraženem in ambicioznem kadru. Zdravniki med seboj skoraj tekmujejo za prestižne nazive, kar pa ne velja za medicinske sestre. Se sicer udeležujejo internih strokovnih izpopolnjevanj, a ta prinašajo zelo nizko vrednotene točke. Medicinske sestre ne izražajo potrebe po dodatnem usposabljanju in izobraževanju, ker so zaradi odsotnosti možnosti napredovanja nemotivirane. Poleg tega so medicinske sestre skoraj praviloma ženske, ki zaradi dualne kariere zasedajo slabše položaje v hierarhiji delovnih mest (Zaviršek 1994b) in so zaradi preobremenjenosti s fizičnim skrbstvenim delom nezainteresirane za dodatno študijsko delo.

INTERAKCIJA MED SVETOM ZDRAVNIKOV IN SVETOM MEDICINSKIH SESTER

BOLNIŠKI ODDELEK KOT DOM

Medicinska sestra na oddelku (v javni sferi) opravlja podobna skrbstvena dela, kot jih opravlja tradicionalna žena v družini (v zasebni sferi). Bolniški

oddelek bi lahko primerjali s tradicionalnim družinskim bivališčem, katerega idealizirana oblika razmerij je projicirana v večino ženskih skrbstvenih poklicev današnje družbe. Razmerja na bolnišničnem oddelku so zaznamovana s trikotnikom (Littlewood 1991) zdravnik (oče), medicinska sestra (mati) in bolnik (otrok). Pri tem zdravnik prevzame vlogo očeta, ki gospoduje, medicinska sestra vlogo matere in gospodinje, ki skrbi za red, in bolnik vlogo otroka, ki ni sposoben odločati o lastnem zdravju.

> S pacienti si, kadar jih pripelješ v jedilnico. Pri meni so ob 17:50 vsi v jedilnici. Ker morajo biti. In takrat se pogovarjam, z vsemi, ko čakajo v jedilnici. Jaz pravim, da moramo paciente me počakati v jedilnici - gospodinje, da čim prej razdelimo večerjo, potem gremo pa lahko ven.

Vloga medicinske sestre v odnosu do zdravnika je vloga tehničnega asistenta (Walmsley 1993). Je zdravnikova »desna roka«. Od nje se pričakuje, da brezpogojno uboga in izpolnjuje zdravnikove ukaze. Ta odnos se popolnoma pokriva z odnosom moža do žene. Je poslušna in požrtvovalna, pripravljena na najglobljo uvidevnost in samoodrekanje, hkrati pa nesposobna za samostojno odločanje (Pahor 1989; Smoyak 1987). Saj - kot pravi Ronald Littlewood (1991) - se od žensk pričakuje, da raje delujejo skoz druge in raje živijo za druge kot zase. Vloga medicinske sestre je nastala po viktorijanskem obrazcu »idealne žene« 19. stoletja in vanjo sodi skoraj vse, kar od nje zahtevata tradicionalni dom in družina (Pahor, 1989). Medicinske sestre zagotavljajo red na več načinov. Najprej tako, da sodelujejo v ritualih in ravnajo na način, ki poudarja zdravnikovo glavno vlogo (na primer ob viziti), pa tudi, da prenašajo na bolnike navodila z vrha in da otežujejo komunikacijo navzgor. So kot družbena pregrada, ki prepušča do zdravnika samo izbrance. Gospodinjska vloga medicinske sestre v odnosu do zdravnika se kaže v izvajanju skrbstvenih opravil zanj: kuhanje kave, tekanje za njih po opravkih; kirurgom pa dejansko celo pomagajo pri umivanju in oblačenju (Littlewood 1991).

Obliko odnosa med zdravnikom in medicinsko sestro bi lahko poimenovali tudi »igra med zdravnikom in medicinsko sestro«. Fraza *»the doctor nurse game«*, ki jo je leta 1967 prvič oblikoval Stein, opozarja na dvojna pričakovanja in na dvojnost obnašanja, ki se zahteva od medicinskih sester (Keddy in sod. 1986). Zdravniki dobivajo podatke iz številnih virov, ki jim pomagajo pri odločitvah o bolnikovih potrebah; eden izmed teh virov so tudi medicinske sestre. Pri tem morajo medicinske sestre ustreči dvema vrstama pričakovanj: po aktivnem in po pasivnem obnašanju. Pri dajanju specifičnih priporočil morajo biti podjetne, iniciativne in odgovorne, hkrati pa morajo delati vtis pasivnosti.

Stein (1967; prim tudi Keddy in sod. 1986) je oblikoval tri pravila, po katerih se morajo ravnati medicinske sestre v odnosu do zdravnika: zdravniku je treba vedno izkazovati spoštovanje, medicinske sestre ne smejo glasno postavljati diagnoz ali dajati priporočil zdravnikom, odkrito nestrinjanje ali ugovarjanje medicinske sestre zdravniku je nedovoljeno. V igri med zdravnikom in medicinsko sestro ima medicinska sestra vlogo, da vodi mlade in neizkušene zdravnike tako, da ohranjajo videz nadzora nad situacijo. Pri tem je pomembno, da prepričajo in pomirijo bolnika, da je vse v najlepšem redu in da se nimajo česa bati, saj zdravnik vedno ve, kaj dela (Mackay 1993). Vloga zdravnikov pa je, da izpolnijo »slepo« zaupanje bolnikov. Zdravnik, predvsem mlajši, mora dajati vtis, da točno ve, kaj dela, da ima situacijo pod nadzorom. V prid bolnikovih interesov mora medicinska sestra zanikati lastno znanje, medtem ko mora zdravnik pretirano poudariti svoje »neprecenljivo« znanje.

Igra med zdravnikom in medicinsko sestro se zdi na nek način smiselna, saj se igra z »določenim« ciljem: zmanjšati bolnikove strahove. Njen dejanski cilj pa je prikazati razlike v moči in statusu med medicinsko sestro in zdravnikom (*op. cit.*). Igra med zdravnikom in medicinsko sestro je »zapleten družbeni ritual, ki omogoča učinkovito komunikacijo na način, ki ne ogroža privilegiranega statusa zdravnika«. Vendar pa so dejanski rezultati take hierarhične ureditve odnosov nezadovoljstvo in frustracije, ki se prenašajo po hierarhični lestvici navzdol in najbolj prizadenejo najnižjega v hierarhiji. Nezadovoljne in neizpolnjene medicinske sestre, ki imajo v odnosu z zdravnikom podrejeno vlogo, prenašajo svojo jezo in tesnobo na bolnike. Bolnik, ki v zdravstvenem sistemu simbolično predstavlja otroka, je tako tarča ponižanj, ki jih medicinska sestra doživlja ob zdravniku.

NASLAVLJANJE MED MEDICINSKO SESTRO IN ZDRAVNIKOM KOT ZUNANJI IZRAZ NJUNEGA POLOŽAJA V BOLNIŠNIČNI HIERARHIJI

Medsebojno naslavljanje je eden izmed kazalcev družbenih razmerij med posamezniki ali skupinami. Medicinske sestre naslavljajo zdravnike z nazivi in priimki, s čimer jim izkazujejo dolžno spoštovanje. Nazivanje z osebnimi imeni bi ogrozilo avtoriteto zdravnika in s tem njegovo moč. Ugovarjati zdravniku - osebi, ki poseduje »mano« in je tabu - pomeni dvom v njegovo svetost in poklicanost (Knight 1996). Zdravniki pa lahko uporabljajo za naslavljanje medicinskih sester njihova osebna imena. S tem ustvarjajo - v sferi javnosti, neosebnosti in tekmovalnosti - občutek topline in domačnosti. Zdravniki lahko prehajajo med javnim in zasebnim, medtem ko medicinske sestre tega ne smejo. Do sfere javnega, do zdravnika, morajo ohranjati distanco in se strogo izogibati prestopu meje.

> Meni se zdi boljše, da sem jaz Betka, kot pa [da me kličejo] po priimku. Sploh si ne predstavljam in me sploh ne moti. Meni je bolj všeč, da sem Betka. Sploh si ne predstavljam, da bi kakšnega zdravnika poklicala po imenu. Čeprav smo vsi ljudje. Tudi drugi ljudje ne bodo zdravnika klicali po imenu, vedno bodo rekli »doktor« in priimek. Zdravniki tudi pacientu malo več pomenijo kot sestre, a ne? Zdravnik napiše, kaj je treba narediti, sestre pa naredimo.

> Mene to čisto nič ne moti, res. Zame je zdravnik doktor ta pa ta. Če pa on meni reče Cvetka, mene to nič ne moti. Tako je. Jaz še rajši vidim, kot pa da me tam vikajo, ker potem se pa še staro počutim, kar tudi ni fino. Ne vem, mene ne moti. Mogoče še bolj prijazen občutek dobiš, kaj pa vem, ali pa bolj domač, a ne?

Vendar vedno so in vedno bodo obstajale medicinske sestre, ki se ne držijo pravil te igre. Te so nepriljubljene pri zdravnikih, deležne niso nobene podpore sodelavk in imajo težave na delovnem mestu (Mackay 1993), ker rušijo družbeno konstrukcijo realnosti, ki ustreza vladajočemu moškemu svetu, ki v zameno obljublja varnost in zaščito (pred lastno moško jezo v primeru ženske neposlušnosti) poslušnim in ubogljivim ženskam - medicinskim sestram.

Samo ena medicinska sestra je menila, da bi se tudi sestre lahko nazivalo s priimki:

> Jaz sem na to navajena, ker je tako že vsa leta, vendar pa bi se lahko tudi sestre klicalo po priimku. Isto bi lahko.

POKLICNO OPREDELJENA PODREJENOST MEDICINSKIH SESTER ZDRAVNIKOM

Pred reformo, ki jo je uvedla Florence Nightingale, je odnos med zdravnikom in negovalko temeljil na odnosu gospodar-služabnik. Negovalka je bila obravnavana kot služabnik, ki je zaposlen v bolnišnici. Zdravniki so zdravstveno nego utemeljevali kot ženski poklic, s predpostavko, da ženske nimajo dovolj intelektualnih in čustvenih sposobnosti, da bi se ukvarjale z znanstvenim zdravljenjem, in narobe, da bi bilo razsipavanje njihovih nedvomnih organizacijskih, materinskih in vzgojnih sposobnosti, če bi se morale zaposliti kjer koli drugje, razen v vlogi medicinskih sester (Doyal 1984).

Florence Nightingale je bila prva, ki je opredelila ločnico med medicino in zdravstveno nego. Podrejenost medicinskih sester zdravnikom je definirala kot strokovno podrejenost zdravstvene nege medicini, zato ker je bil to takrat edini način, da je bil novi poklic sprejet v bolnišnični sistem in da je postala zaposlitev žensk družbeno sprejemljiv plačan poklic. Poleg izvrševanja ukazov zdravnika je postala njena specifična naloga opazovanje bolnika in poročanje o simptomih (Nightingale 1969).

Podrejenost zdravstvene nege in medicinskih sester medicini in zdravnikom stroka zdravstvene nege opredeljuje kot povsem strokovno. Njun medsebojen odnos naj bi temeljil izključno na tehniki delitve dela. Dejansko pa so zdravniki pri argumentiranju zdravstvene nege kot izključno ženskega poklica uporabili za opredelitev jasnih meja ženskih zadolžitev v zdravstvu koncept ženskosti. Izključna pravica medicine do postavljanja diagnoz in predpisovanja zdravil tako ni utemeljena samo na temelju večjega znanja in sposobnosti, temveč tudi na posplošeni pravici moških do ženske ubogljivosti. Priznavanje take primarne podrejenosti medicinskih sester zdravnikom znotraj stroke zdravstvene nege se kaže v tem,

da je medicinskim sestram svetovano, naj ubogajo svoje nadrejene in hkrati za dosego svojih ciljev uporabljajo svoje ženske manipulativne taktike. Medicinske sestre so na interpersonalni ravni spolno opredelile svojo poklicno podrejenost, da so lahko uporabile sebi dostopno tradicionalno moč žensk - manipuliranje z močnejšimi za dosego ciljev šibkejših. Tako so medicinske sestre vnesle koncept spola v zdravstveno nego na dva zelo različna načina. Prvi način je bil v tem, da so uporabile svojo pozitivno »ženskost« za utemeljitev spolne delitve dela v zdravstvu in tako upravičile vstop žensk v javno sfero. Drugi način pa je bil, da so neravnovesje moči med zdravnikom in medicinsko sestro opredelile kot povsem poklicno in pri reševanju iz tega izhajajočih problemov dovolile uporabo manipulativne ženske moči (Gamarnikow 1991).

(NE)ZADOVOLJSTVO MEDICINSKIH SESTER

Medicinske sestre na vprašanje o zadovoljstvu v poklicu, ki so si ga izbrale, večinoma odgovarjajo pritrdilno. Delati dobro in pomagati je medicinskim sestram vrednota, zaradi katere bi se še enkrat odločile za ta poklic. Taka vrednostna orientacija je, kot sem že navedla, pogojena z vzgojo in socializacijo (Oakley 2000; Zaviršek 1994b). Medicinske sestre menijo, da so se pravilno odločile, saj so izpolnile pričakovanja družbe.

Hkrati jih na vprašanje, ali bi kaj spremenile v primeru, da bi se imele še enkrat možnost vrniti v mladost, v obdobje odločanja za poklic, več kot polovica odgovarja pritrdilno. Medicinske sestre bi se večinoma še enkrat odločile za enak poklic, vendar bi šolanje nadaljevale na visoki strokovni šoli, saj predpostavljajo, da se višje izobraženim medicinskim sestram »bolje godi«, da njihovi pogoji dela niso tako težki. Omenjena želja kaže na dejstvo, da medicinske sestre s svojim položajem niso povsem zadovoljne.

Tudi Ann Oakley (2000) je v svoji raziskavi navedla izjave, da gospodinje rade opravljajo večino gospodinjskih del (medtem ko jih nekatere tudi sovražijo) ter da so rade matere svojim otrokom. Vendar te izjave velikokrat skrivajo globlje nezadovoljstvo in neizpolnjenost gospodinj. Pri tem je avtorica postavila tezo, da je tradicionalno vlogo ženske v zahodni kulturi mogoče povezati z vlogo medicinske sestre. Iz neizpolnjenosti gospodinj v njihovih vlogah torej lahko sklepamo na neizpolnjenost medicinskih sester v njihovih. Enolično skrbstveno delo in podrejen položaj nasproti zdravnikom - ki ne temelji na strokovni podrejenosti stroke zdravstvene nege medicini, temveč na atributu ženske manjvredne vloge - ne moreta dati zadovoljstva in izpolnitve, ki ju človek doživlja ob preseganju in razvijanju lastnih zmožnosti v poklicih, ki zahtevajo nenehen strokovni razvoj in pridobivanje novih znanj in izkušenj.

PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE POLOŽAJA MEDICINSKIH SESTER

Izobraževanje medicinskih sester je treba prenesti na univerzitetno raven, saj edino zadostna raven splošne razgledanosti omogoča človeku prepoznavanje družbeno konstruiranih spolnih ideologij, ki usmerjajo posameznike in posameznice v smeri interesov imetnikov družbene moči namesto v razvijanje lastnih kvalitet in sledenje lastnim interesom.

V procesu izobraževanja je treba medicinske sestre oblikovati v avtonomne strokovnjakinje na lastnem področju dela, ki se bodo zavedale svojih pristojnosti na področju zdravstvene nege njihovih varovank in varovancev ter bodo pripravljene prevzeti iz tega izhajajoče odgovornosti.

Medicinske sestre se pri svojem delu nenehno soočajo s trpečimi in umirajočimi varovankami in varovanci, kar v njih sproža tesnobno. Pri tem bi morala služba zdravstvene nege ponujati zaposlenim kontinuirano strokovno pomoč in podporo za konstruktivno soočanje s takimi občutki.

Treba bi bilo urediti področje naslavljanja v zdravstvenem sistemu, saj je to eden izmed kazalcev družbenih razmerij med posamezniki ali skupinami. Obstoječa oblika naslavljanja v zdravstvu kaže na velike hierarhične razlike med zaposlenimi, ki rezultirajo v nehumanem odnosu do končnih uporabnikov zdravstvenih storitev na najnižjem mestu v zdravstveni hierarhiji. Za področje odnosov medicinskih sester do varovank in varovancev do drugih zaposlenih v zdravstvu in do zunanjih uporabnikov je pristojna stanovska organizacija medicinskih sester.

LITERATURA

K. M. Baber, K. R. Allen (1992), *Women and Families: Feminist reconstructions*. New York, London: The Guilford Press.

S. Beauvoir (2000) *Drugi spol.* Ljubljana: Delta.

J. M. Bridges (1990), Literature review on the images of the nurse and nursing in the media. *Journal of Advanced* Nursing, 15: 850-854.

L. Doyal (1984), *Politična ekonomija zdravja.* Ljubljana: Knjižnjica revolucionarne teorije.

V. Flaker (1998), *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov.* Ljubljana: Založba /*cf.

E. Gamarnikow (1991), Nurse or woman: Gender and professionalism in reformed nursing 1860–1923. V: P. Holden, J. Littlewood (ur.), *Antropology and Nursing*. London, New York: Routledge (110-29).

E. Goffman (1991), *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates.* London etc.: Penguin Books.

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

B. Keddy, M. Jones Gillis, P. Jacobs, H. Burton, M. Rogers (1986), The doctor-nurse relationship: an historical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 11: 745-753.

P. Kersnič (2001), Število članov po društvih na dan 31. 3. 2001. *Utrip*, IX, 5: 6-16.

C. Knight (1996), *Taboo*. V: A. Barnard, J. Spencer (ur.), *Encyclopedia of Social and Cultural Antropology*. London and New York: Routledge (542-544).

R. Littlewood (1991), Gender, role and sickness: The ritual psychopathologies of the nurse. V: P. Holden, J. Littlewood (ur.), *Antropology and Nursing*. London, New York: Routledge (148-70).

I. M. Lyth (1988), *Containing Anxiety in Institutions: Selected essays.* Volume 1. London: Free Association Books.

L. Mackay (1993), *Conflicts in Care: Medicine and nursing*. London etc.: Chapman and Hall.

M. Mead (1978), *Sazrevanje na Samoi: Psihološka studia mladeži u primitivnom društvu, namenjena ljudima zapadne civilizacije.* Beograd: Prosveta.

Z. Mrak (2001), *Samopodoba medicinskih sester.* V: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. Medicinske sestre v Sloveniji, *Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana (108-29).

F. Nightingale (1969), *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover Publications.

A. Oakley (2000), *Gospodinja*. Ljubljana: Založba /*cf.

J. Okely, H. Callaway (ur.) (1992), *Antropology and Autobiography.* London, New York: Routledge.

M. Pahor (1999), *Nasilje v zdravstveni negi - contradictio in adiecto?* V: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, *Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji: Zbornik člankov s strokovnega srečanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

M. Pahor (1989), Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. *Zdravstveni obzornik*, 23: 43-64.

- (1997), *Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani.* Ljubljana: Pedagoška fakulteta (doktorska disertacija).

J. Salvage (1983a), Distorted images. *Nursing Times*, 79: 13-15.

- (1983b), Ocena položaja zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 27: 45-52.

H. Samuelson (1991), Nurses between disease and illness. V: P. Holden, J. Littlewood (ur.), *Antropology and Nursing*. London and New York: Routledge (190-200).

M. Skoberne (1987), Zdravstvena nega umirajočega. *Zdravstveni obzornik*, 20, 3-4: 187-210.

S. A. Smoyak (1987), Redefining roles. *Nursing Times*, 28: 35-37.

J. Šmitek (2001), Hierarhija znanja v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*, 35: 163-174.

V. Štebe (1987), *Vpliv socialnega izvora na vključevanje in uspešnost izobraževanja*. Ljubljana: Filozofska fakulteta (diplomska naloga).

D. Zaviršek (1994a), *Zdravje kot sistemski del societalnosti*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede (doktorska disertacija).

- (1994b), *Ženske in duševno zdravje*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

J. Walmsley (1993), It is not what you do but who you are: Caring roles and caring relationships. V: J. Walmsley (ur.), *Health, Welfare and Practice: Reflecting on roles and relationships*. London, Newbury Park, New Delhi: Sage Publications (25-31).