

MEDICINSKA SESTRA KOT PROFESIONALKA: DRUŽBENI POLOŽAJ IN ETIČNI PROBLEMI

Slaven Letica, Gordana Letica

UDK/UDC 614.253.5

NURSE AS A PROFESSIONAL

DESKRIPTORJI: sestre medicinske; privatna praksa

DESCRIPTORS: nurses; private practice

IZVLEČEK – Avtorja v sestavku v okviru sociološke analize razmišljata o vprašanju, ali delo, ki ga opravljajo medicinske sestre, lahko imenujemo profesija ali poklic in ugotavljata, da imajo vse prerogative profesije le tista dela, ki zadovoljujejo vitalne človekove potrebe, omogočajo avtonomijo pri odločanju in zagotavljajo prestiž ter skleneta, da se medicinske sestre približujejo temu cilju, a jih na poti čakajo številne ovire, med drugim tudi prenizka izobrazbena raven, ki je za zdaj pri nas dosegljiva za medicinske sestre.

ABSTRACT – In the present article the authors in the frames of sociological analysis reflect upon the question whether the work of nurses can be called profession or occupation; they state that only those works that satisfy vital human needs, enable autonomous decision making and assure prestige possess the prerogatives of a profession. Nurses are approaching this goal but their way will be full of obstacles, one of them being also a too low educational level, which is achievable for nurses in our country for the time being.

Morda se zdi nenavadno, a vprašanje, ali je «medicinska sestra dandanes profesionalka ali ne», je teoretično popolnoma umestno in upravičeno. Pojma «poklic» in «profesija» sta namreč ključnega pomena v analizi družbene in tehnične delitve dela, pri čemer pojem «poklic» zaznamuje katerokoli vrsto dela, ki jo nekdo stalno opravlja¹, medtem ko pojem «profesija» pomeni zelo ozko področje poklicev, ki imajo v tehnični in družbeni delitvi dela izjemen, najpogosteje privilegiran položaj. Ali ima sestrška profesija oziroma «profesija» pri nas tak izjemno privilegiran položaj?

O fenomenu profesije in profesionalizma razmišlja J. N. Moline takole: «Kdo je profesionalce? In kaj je profesija? V nogometu, glasbi, tenisu in spolnosti je profesionalce preprosto tisti, ki jemlje denar za nekaj, kar drugi počno brezplačno. Če naj nekdo postane v določenem smislu profesionalce, je potrebno in dovolj, da je za takšne dejavnosti plačan. V časnikih lahko najdemo celo ustaljene izraze za takšne poklice – običajna oznaka za enega od njih je «najstarejši poklic na svetu». Profesionalce je nekakšno nasprotje amaterja, ki pa denarja, ne glede na to, kakšen strokovnjak je, ne jemlje. Nič izjemnega ni biti profesionalce v tem neamaterskem pogledu. Poznamo celo izraz »profesionalni kriminalce« (1). Analiza profesij (najpogosteje tako imenovanih svobodnih profesij; različnih intelektualnih profe-

¹ Sociološki leksikon definira poklic takole: «Skupek enakih ali podobnih delovnih dejavnosti z naslednjimi temeljnimi sociološkimi in ekonomskimi značilnostmi: 1) pomeniti mora specializirano dejavnost, ki je jasno izločena v posebno celoto, v okviru obstoječe družbene in tehnične delitve dela in s tem ločena od drugih družbenih dejavnosti; 2) opravlja se na relativno trajen in ustaljen način, s pomočjo določenih sredstev, njen namen pa je proizvajati določene predmete ali koristiti drugim; 3) pomeniti mora edini ali vsaj poglobljen vir dohodka, s katerim si posameznik ali skupina zagotavlja ekonomsko existenco in družbeni položaj; 4) temeljiti mora na posebnem znanju, večini in izobrazbi, izpričani z določeno kvalifikacijo» (Sociološki leksikon, 1982, str. 750).

sij: umetniških, medicinskih ipd.) je postala v zadnjih dvajsetih letih pomembno področje sociološke analize. Še preden pa na kratko v socioloških okvirih analiziramo profesijo, moramo predvsem povedati, da ima naša družba do profesij in profesionalizma na različnih področjih delitve dela ambivalentno stališče.

Profesionalizem je na nekaterih področjih družbeno (se pravi ideološko, politično) nezaželen; tako na primer velja, da naša družba ne potrebuje profesionalnih politikov, menedžerjev, športnikov (izjeme so nogometaši), medtem ko so drugod (v medicini, pravosodju, šolstvu ipd.) dobrodošli.

Katere prvine opredeljujejo profesijo in katere «etape» razvoj določene profesije pozna?

V odgovorih teoretikov na omenjeno vprašanje je precej skupnega.

E. Greenwood na primer navaja pet značilnosti vsakega profesionalnega modela:

1. osnova sistematične teorije,
2. avtoriteta, ki jo priznava klientela te profesionalne skupine,
3. družbeno sankcioniranje in odobravanje te avtoritete,
4. etični kodeks, ki opredeljuje odnose profesionalcev s klienti in kolegi,
5. profesionalna kultura, ki jo podpirajo formalna profesionalna združenja in drugi procesi (kakršen je na primer socializacija).

William Goode (1957, 1960) posebej poudarja dve temeljni značilnosti, pomembni za razlago profesionalizma (izločil je tri lastnosti poklica: prestiž, vpliv in dohodek): (1) podaljšano izobraževanje, namenjeno pridobivanju specializirane, abstraktnega znanja, in (2) opredelitev za opravljanje določenih storitev (ki jo spremlja občutek kolektivnosti – sožitja). Kakor hitro se profesionalna skupina – skupnost izoblikuje, se začne, kot trdi Goode, bojevati za večji vpliv s formalizacijo svojih družbenih stikov s klienti, kolegi in uradnimi agencijami zunaj profesije.

Goode je prepričan, da ima vsaka profesija poleg dveh že omenjenih temeljnih značilnosti še deset dodatnih:

1. Sleherne profesija določa lastne standarde za izobraževanje in usposabljanje.
2. Za študente profesije velja zahtevnejša specializacija kot za učence v drugih poklicih.
3. Profesionalna praksa je ponavadi zakonsko potrjena z določeno obliko dovoljenja (licenco).
4. Telesa, ki izdajajo dovoljenja in sprejemajo na delo, so sestavljena iz pripadnikov te profesije.
5. Večino predpisov (legislative), povezanih z določeno profesijo, oblikujejo njeni člani.
6. Določena profesija zagotavlja velik dohodek, vpliv in ugled, zato lahko zahteva zelo sposobne študente.
7. Praktik (profesionalni strokovnjak) je relativno neodvisen od laičnega vrednotenja in kontrole.
8. Predpisi sleherne profesije glede prakse so strožji od zakonske kontrole.
9. Pripadniki določene profesije se v primerjavi s pripadniki drugih poklicev s svojo profesijo bolj istovetijo in se tesneje navezujejo nanjo.
10. Profesija je pogosto končni poklic. Njeni pripadniki ne razmišljajo o tem, da bi jo zapustili. Mnogi celo trdijo, da bi si, če bi se morali še enkrat odločiti, ponovno izbrali prav tak tip dela.

Proces preobrazbe (razvoja) poklica v profesijo pri vseh poklicih-profesijah ni povsem enak, vendar določena pravila le obstajajo.

Wilensky in Lebeaux sta (1958) analizirala zgodovino razvoja 18 poklicev-profesij v ZDA in ugotovila, da obstaja pet etap uspešne profesionalizacije (se pravi uspešnih prizadevanj določenega poklica, da bi dosegel profesionalni status):

- opravljanje določenega poklica s polnim delovnim časom;
- vzpostavitev šolskega sistema, povezanega s fakulteto;
- utemeljitev profesionalnega združenja, najprej na lokalni in potem še na državni ravni;
- pravna zaščita monopola nad določenimi veščinami;
- razvit formalno-etični kodeks.

Pa se vrnimo k prvemu vprašanju: «Je delo medicinske sestre profesija ali poklic?» Zaradi narave tega sestavka ne bomo mogli narediti popolne analize po vseh navedenih socioloških modelih, bomo pa, v odgovor na zastavljeno vprašanje, uporabili poglobitve sociološke izpeljave. Prvič, že same medicinske sestre si niso edine glede tega, za kaj pravzaprav gre. Mnoge med njimi odgovarjajo negativno ali nevtravno, pa vendar je danes čedalje več takih, katerih odgovor je pritrdilen. Obstoj etičnega kodeksa, opravljanje del s polnim delovnim časom, strokovne revije (ena ali več), baza specifičnih znanj, fakultetna raven izobrazbe (po svetu in kmalu tudi v Sloveniji!), strokovna združenja itd., vse to so prvine, ki pričajo o profesionalizaciji. Kaj pa je z obema poglobitvima prvinama profesije, z javno avtoriteto in avtonomijo?

Narava dela mora biti torej takšna, da je za javnost temeljnega pomena in v družbi nepogrešljivo. Takšna dela, ki imajo vso prednost, morajo zadovoljevati temeljne človekove potrebe in biti za ljudi zares življenjskega pomena, kajti šele tedaj uživajo ugled in veljavo. Ti vitalni vidiki življenja so zakonski, izobrazbeni, verski in medicinski, medtem ko so vsi drugi manj pomembni. Le tiste skupine poklicev, ki zadovoljujejo vitalne človekove potrebe, imajo prerogative profesije, vse druge pa ne. Medicinska sestra v prvo skupino še vedno ne sodi.

To nas pripelje do druge ključne značilnosti profesije, do avtonomije pri odločanju. Poklici z najvišjo stopnjo avtonomije kontrolirajo svoje delovno področje in dominirajo nad vsemi poklici, s katerimi so povezani. V medicinski sferi obstajajo številne skupine poklicev, ki oblikujejo strogo hierarhično strukturo (2). Na vrhu piramide je zdravniška profesija. Zdravniki nadzorujejo bazo znanja in proizvodnjo medicinskih storitev. Pri tem uživajo velik ugled in imajo funkcionalno avtonomijo. Drugi zdravstveni poklici so organizirani tako, da zdravnikom «strežejo». Njihovi pripadniki opravljajo svoje naloge in igrajo svoje vloge pod neposrednim nadzorstvom zdravnikov. Le ti imajo namreč tisto teoretično in praktično znanje, na podlagi katerega je zdravljenje mogoče.

Na lestvici zdravstvenih profesij so medicinske sestre takoj pod zdravniki, pa vendar ne bi mogli z gotovostjo trditi, da je delo medicinske sestre profesija po vseh merilih, ki smo jih navedli². Medicinske sestre nimajo take funkcionalne avtono-

² Zaradi nekaterih značilnosti sestrskega, pa tudi drugih paramedicinskih poklicev bo, kot trdi Freidson, zelo težko odpraviti njegov podrejeni položaj glede na zdravnika. Te značilnosti so: tehnično znanje odkriva, razvija in potrjuje zdravnik; smisel profesionalnih nalog je pomagati zdravniku, ne pa nadomestiti njegovo temeljno sposobnost diagnosticiranja in zdravljenja; paramedicinski poklici so podrejeni zdravniškemu zato, ker pridejo v poštev šele «na zahtevo» zdravnika; v javnosti uživa delo sestre mnogo manj ugleda kot zdravnikovo (Freidson, 1970).

mije in družbene veljave, ki bi dopuščala trditev, da imajo enak profesionalni status in enako vlogo kot zdravniki. Pa vendar je popolnoma jasno, da so že krenile po poti, ki vodi k avtonomiji in prestižu.

V sociološkem pogledu ustreza sedanja faza sestrstva *fazi profesionalizacije*, katere pglavitne značilnosti bi lahko povzeli kot težnjo medicinskih sester, da poleg utemeljitve znanj in sposobnosti, značilnih za sestrstvo, prepričajo zdravnike in druge zdravstvene delavce, potem pa tudi bolnike in javnost o tem, da morajo njihov prispevek k zdravstvenemu varstvu obravnavati v profesionalnem pogledu enakopravno z zdravnikovim. Tako zunaj medicinskega okvira kot v njem samem obstajajo sile, ki zagotovo pospešujejo proces profesionalizacije sestrstva. Naj jih na kratko navedemo:

1. Spremembe v naravi bolezni v sodobnem svetu, se pravi prehajanje bolezni iz akutnih, kratkotrajnih in infekcijskih v kronične in dolgotrajne.

2. Staranje svetovnega prebivalstva, se pravi vse večje število starih ljudi s kroničnimi zdravstvenimi težavami, ki so povezane z biologijo staranja.

3. Naraščanje števila ljudi z dolgotrajnimi, za zdaj še neozdravljivimi boleznimi.

4. Težnja po medikalizaciji vsakdanjega življenja, se pravi po medicinskem nadzoru nad malone vsemi naravnimi življenjskimi pojavi (rojevanjem, umiranjem itn.).

5. Povečano povpraševanje po zdravstvenem varstvu, ki ga spremlja strahovita rast stroškov. Svetovna zdravstvena organizacija priporoča uvajanje tako imenovane poceni delovne sile v zdravstvo.

6. Povečanje števila visoko specializiranih zdravstvenih storitev.

Te nove prvine in potrebe bodo vsekakor izziv za zdravstveno varstvo in najboljšo perspektivo bodo imeli tisti poklici, ki bodo svoje znanje in delo osredotočili predvsem na zdravje in ne na bolezen, predvsem na socialno, politično in fizično okolje, in ne na mikroorganizme, na bolnika in ne na njegov bolni organ ali na same bolezenske procese. Medicinskim sestram se tu nedvomno obeta prihodnost (2).

Navesti pa moramo tudi ovire na poti do profesionalizacije dela medicinskih sester. Te ovire so dvojne narave: ene so v samem poklicu medicinske sestre, druge pa zunaj njega, vendar so prav tako resne in nevarne.

Največja ovira za doseganje funkcionalne avtonomije sestrskе profesije so medicinske sestre same, ker so socializirane tako, da igrajo «ženske» vloge, da spolnjujejo ukaze drugih, da pomagajo in ničesar ne zahtevajo, da niso agresivne³. Raziskave in izkušnje so pokazale, da imajo največje profesionalne ambicije medicinske sestre s končano fakulteto za zdravstveno nego, z opravljenim diplomskim študijem ali doktoratom. V vsej Jugoslaviji (razen v Sloveniji) medicinske sestre ne dosegajo višje izobrazbene ravni, kot je višja šola, zato se med njimi še ni mogla razviti akademsko izobražena elita, ki je drugod po svetu pobudnik

³ To, da je sestrstvo skoraj izključno ženska profesija, ima svoje socialne vzroke in svoje socialne posledice. To je s sociološkega stališča izredno zanimivo dejstvo, ki si zasluži podrobnejšo analizo. Sestre opravljajo profesionalno vlogo v sistemu družbenih odnosov, ki so izrazito stratificirani po spolu. Spolna delitev dela se prenaša tudi v prostore medicinskih sistemov in pojavljajo se tradicionalni stereotipi: zdravnik kot figura očeta (celo deda, kadar gre za zdravnico!) in sestra kot figura matere. Tako stereotipizirane vloge oblikujejo sestro žensko kot človeka, ki požrtvovalno streže, podpira in ščiti dominantnega zdravnika moškega in ki svoj uspeh sestre istoveti s svojih uspehom ženske (Cockerham, 1978). Socializacija spolnih vlog, ki v družbi na splošno obstaja in narekuje tudi ženski, da je «drugačna» in podložna moškemu, se ponavlja in prenaša tudi v sestrstvo.

izražanja profesionalnih ciljev in načrtov. Medicinske sestre z nižjo stopnjo izobrazbe imajo nižje profesionalne ambicije, opravljajo dela, ki so neposredno povezana z bolnikovo posteljo in ne razmišljajo o kakih višjih intelektualnih ciljnih. Poleg tega so medicinske sestre prevzele velik del administrativnih opravkov pri katerih praviloma nikoli ne dosežejo funkcionalne avtonomije, temveč so vselej podrejene.

Medicinske sestre pri profesionalnih potezah pogosto omejuje tudi njihov socialni izvor – čeprav seveda izhajajo iz vseh socialnih slojev, jih vendarle večina izhaja iz družin, kjer starši nimajo fakultetne izobrazbe, njihov materialni status pa je nižji. Zato raven srednje izobrazbe zadovoljuje njihove izobrazbene težnje in v zvezi s tem tudi profesionalne cilje. Za primer bomo navedli ZDA: sestre, ki dosežejo na svojem področju magisterije in doktorate, prihajajo večinoma iz tako imenovanega srednjega razreda in njihovi očetje imajo fakultetno izobrazbo. Te medicinske sestre so energetski vir za načrtovanje in akcije, povezane z uvajanjem novih profesionalnih vlog za medicinske sestre.

Raziskave pričajo o tem, da želijo medicinske sestre, ki šele začenjajo kariero, več avtonomije in imajo več želje po profesionalnem napredovanju. Z leti se sprijaznijo s hierarhično lestvico in privolijo v ustaljena «pravila igre». Morda pri tem ni čisto brez pomena, da se jim s privolitvijo v vlogo izvrševalk tujih «ukazov» zmanjša čut odgovornosti in zato ne prevzemajo prevelikega tveganja za izid zdravljenja. Verjetno ženske, s tem ko privolijo v poklic, ne da bi zahtevale profesijo, laže kombinirajo svojo delovno vlogo z vlogo žene in matere.

Dodatni dejavnik, ki nesporno otežuje profesionalizacijo sestrtstva, je tudi dejstvo, da opravljajo medicinske sestre zelo različna dela⁴, različna po zapletenosti, odgovornosti in intelektualne zavzetosti, ta raznolikost pa zelo zmanjšuje možnost, da bi prišel do izraza *enoten*, specifičen sestrski prispevek k zdravstvenemu varstvu in da bi lahko presojali njegovo učinkovitost.

Razvoj funkcionalne avtonomije dela medicinskih sester bi nedvomno ogrozil sedanje vloge zdravnikov, ki te nove tokove, kot se zdi, le neradi sprejemajo. Odobravajo razširitev sestrskih vlog, ki še vedno sodijo v sfero njihovega neposrednega nadzora, ne strinjajo pa se s tem, da bi sestre opravljale na primer celotne preglede bolnikov ali jim pojasnjevale rezultate diagnostičnih testov. Tam, kjer so zdravniki bolj naklonjeni večji profesionalni neodvisnosti medicinske sestre, so te spremembe mnogo hitrejše in bolj sprejete. V nasprotnem, doktrinarnem, pa tudi osebnem smislu pride pogosto do konfliktnih situacij. Omenjeno trditev bomo poskusili ponazoriti na področju, ki je jugoslovanski medicinski skupnosti še relativno malo znano. To je področje *kritične etike*⁵.

⁵ Zelo koristna je razlika, ki jo zagovarja avtor uvodnika Journal of medical ethics (1985). Gre za razliko med *tradicionalno medicinsko etiko* (v okviru katere se oblikujejo ustrezna moralna načela in pravila, po katerih se zdravniška profesija ravna, ta načela so za pripadnike profesije obvezna in dolžni so jih spoštovati v vsakdanji praksi – ta «pravila» so zbrana v raznih nacionalnih in mednarodnih etičnih kodeksih) in *kritično medicinsko etiko*, ki kritično analizira prvo. Kritična etika proučuje moralne probleme, ki se pojavljajo v zdravstveni praksi, in analizira moralčno sklepanje pri vsakem medikomornem problemu.

⁴ Sestrtstvo je zanesljivo najbolj heteromorfna od vseh zdravstvenih profesij – medicinske sestre opravljajo povsem rutinska dela, povezana s higieno in hranjenjem bolnikov, administrativna dela, zapletene naloge tudi na intenzivni negi, delajo v primarnem zdravstvenem varstvu in na visoko specializiranih klinikah, v otroških vrtcih in domovih za ostarele, imajo izobrazbo od srednje šole do doktorata znanosti. Pa vendar je medicinska sestra s stališča laika še vedno «samo medicinska sestra».

Wilson-Barnett (4) navaja tale primer: 40-letna ženska je imela maligni tumor na dojki in zdravnik ji je svetoval mastektomijo. Bolnica je to sprejela s skrajnim obupom. Vso noč je jokala. Operacija naj bi bila naslednje jutro. Medicinska sestra je vzbudila v njej občutek zaupanja in podpore, zato si je bolnica zaželela, naj ji pojasni, kakšne so možnosti za alternativno zdravljenje. Medicinska sestra je storila, kar je mogla, se pravi predlagala ji je, naj se o tem pogovori z zdravnikom, kar je bolnica tudi storila. Kirurg je bil nadvse ogorčen, ker ji je medicinska sestra predlagala tako možnost. Toda medicinska sestra je bila še vedno prepričana, da je bil njen predlog bolnici v prid in da informirana privolitev pomeni pravico bolnika, da se pozanima tudi glede alternativnega zdravljenja. Mnenje, ki ga je v jezi izrazil zdravnik, pa je bilo, da je medicinska sestra na ta način omajala zaupanje bolnice v že napovedano operacijo.

Ali je medicinska sestra ravnala prav? Strinjali bi se z Gillonom (5), ki trdi, da je bilo njeno posredovanje pravilno, in sicer iz treh razlogov:

1. Ker je osnovni motiv vseh zdravstvenih delavcev, še zlasti zdravnikov in medicinskih sester, *delati v najboljšem interesu bolnikov*, je razumljivo njihovo vztrajanje pri tem, da imajo pravico pojasniti nesoglasje, če menijo, da se s bolnikom dogaja nekaj, kar je po njihovi profesionalni in človeški presoji slabo. Pa ne samo to. Njihova pravica je, da se nasprotovanje odločitvi zdravnika ali kateregakoli drugega zdravstvenega delavca spoštuje kot upoštevanja vredno profesionalno dejstvo. V takem primeru je kritična etika z nasprotnimi argumenti zanje tisto neizbežno področje, na katerem z večjo gotovostjo presojajo lastni profesionalni položaj.

2. Drugi pomemben motiv medicinskih sester za utemeljevanje kritične profesionalne etike je osebne narave. Ker je poglobljena značilnost tradicionalnega sestrskega dela hierarhična poslušnost (podrejenost zdravniku in nadrejeni medicinski sestri), se občasno ali pogosto znajdejo v takem položaju, ko lahko rečejo, da je tisto, kar jim je naročeno, naj storijo za bolnika, pravzaprav moralno slabo. Če sprejememo dejstvo, da je sodobna medicinska sestra moralni subjekt in ne objekt, potem jo takšen položaj spravlja v moralne dileme: naj uboga naročilo hierarhične avtoritete (čeprav smatra, da je tisto, kar ji je naloženo, moralno slabo), ali pa ne posluša in ravna v skladu z merili lastne moralne presoje.

3. V profesionalnem pogledu se sodobne medicinske sestre zavzemajo za *komplementarni položaj glede na medicino* in ne za pomožno vlogo pri zdravstvenem varstvu. Pravzaprav gre za samo zasnovano profesijo, ki se noče več sprijazniti z vlogo *ancille* (v dobesednem prevodu služkinje, sužnje, postrežnice). Ker pa v sociološkem pogledu poklic ne more postati profesija, če ne razvije razpoznavne profesionalne etike, ima interes medicinskih sester za sestrsko kritično etiko razloge v okviru pridobivanja profesionalne razpoznavnosti in avtonomije.

Skratka, željo sodobnih medicinskih sester, da bi razvile lastno kritično profesionalno etiko, ki jim bo dala pravico, da moralno presojajo o profesionalnem ravnanju zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, moramo obravnavati in analizirati kot odklanjanje podrejanja medicini. Tradicionalne medicinske sestre so morale kot «pomočnice» medicine delati tako, kot je zahteval zdravnik, in to je bilo etično neizogibno.

Rešitev problema tiči verjetno v pravilnem razumevanju kritične medicinske etike, katere načela narekujejo, da si *tako kolega kot bolnik* zaslužita spoštovanje, respekt in status subjekta. Tako medicinski kot sestrski paternalizem, naj so njegovi nameni še tako dobri, namreč za bolnika ni rešitev. Medicinske sestre, zdravniki in drugi zdravstveni delavci morajo razvijati sodelovanje in s tem doseči optimalno zdravstveno varstvo. Partnerstvo in ne paternalizem je v korist tudi bolniku, hkrati pa spodbuda za tvorne in zadovoljive medčloveške odnose pri slojevitim in kompleksnem opravljanju del zdravstvenega varstva.

V tradicionalnem pogledu, in tako je še danes marsikje v zdravstvenih sistemih, so prejemale medicinske sestre napotke od nadrejenih zdravnikov⁶ ali medicinskih sester in opravljale rutinska dela, pri čemer od njih ni bilo zahtevano nikakršno intelektualno sodelovanje ali profesionalno presojanje. To je veljalo enako za vse, kar je zadevalo medicinsko odločanje, pa tudi za vse etične probleme, Varovanje življenja in lajšanje trpljenja, zaupnost zdravniških/sestrskih skrivnosti, poštenost in kolegialna solidarnost, vse to so res vrednote, ki jih imajo tako medicinske kot sestrske profesije, toda prakticiranje ter duh poslušnosti in pokorščine sta danes pripeljala do dilem, povezanih s profesionalno etiko sester v tistem kontekstu, v katerem pomeni ta etika konstitutivni element njihove profesije.

Zato kaže etične probleme sestristva obravnavati v okviru njihove naraščajoče profesionalne zavesti, v okviru multidisciplinarnih timov, v katerih je vloga medicinske sestre na splošno podrejena, čeprav imajo največ stikov (ali naj bi jih imele) z bolniki in/ali njihovimi družinskimi člani (4).

Malo je zdravnikov in medicinskih sester, ki se ne bodo strinjali, da so se potrebe sodobnega bolnika bistveno spremenile in da to nalaga medicinskim sestram nove dolžnosti, vendar je videti vse skupaj drugače, ko je treba narediti korak naprej in zaradi spremenjenega stanja priznati etične implikacije – potrebo po sestrski avtonomiji.

Medicinska sestra je po naravi svojega dela glavni zagovornik bolnikovih interesov, hkrati pa ga tudi psihološko in sociološko podpira. Pri tem mora biti zadovoljena temeljna predpostavka: njena pravica in etična dolžnost, da ga seznanji z njegovo boleznijo, njegovim stanjem, terapevtskimi metodami, njihovimi prednostmi in pomanjkljivostmi itn. Namen tega seznanjanja je vsekakor zmanjšati strah, tesnoba in negotovost, kar pozitivno vpliva na potek bolezni. Seveda predpostavljamo, da ima medicinska sestra ustrezno znanje in izobrazbo, da je razumevajoča in sposobna komunicirati tako, kot omenjene naloge zahtevajo.

⁶ V sociološkem pogledu je bila v procesu zdravstvenega varstva že od nekdaj v ospredju interakcija med zdravnikom in bolnikom. Sodobni zdravstveni sistemi poznajo mnoge varietete zdravstvenih delavcev, posebej specializiranih za medicinsko oskrbo in terapijo, nego, rehabilitacijo, administracijo, torej za najrazličnejše nezdravniške naloge v okviru zdravstvenega varstva. Treba pa je poudariti, da je večina teh poklicev ukrojena po idealni podobi zdravnika – visoki standardi, pa naj gre za izobrazbo, profesionalne vrednote ali etična načela, tu pa so še visoki tehnični in tehnološki predpisi glede izvedbe in, kar je posebej pomembno, neodvisna akcija (Cockerham, 1978). Mnogi avtorji upravičeno poudarjajo, da vsi zdravstveni delavci presojujejo svoj status in stopnjo profesionalizma po bližini ali oddaljenosti od zdravnika na lestvici privilegijev in odgovornosti. Tak način presojanja, pa naj se zdi na prvi pogled še tako spodbuden, pravzaprav povzroča osebne in profesionalne frustracije, ker večina paramedicinskih poklicev v *obstoječem* sistemu medicinske prakse nikoli ne bo dosegla profesionalne enakosti z zdravniki. Vendar, kot trdi Freidson (1970), ne zaradi bistveno drugačne narave dela, temveč zaradi bistveno drugačne *kontrole* tega dela.

Medicinska sestra bi morala imeti pravico, da z bolnikom razpravlja o njegovi bolezni, če meni, da je to v njegovem interesu, da komentira dileme v zvezi z izbiro terapije itn. Ta vidik sestrske vloge bi kazalo razvijati, ker je to bolniku v korist, hkrati s tem pa se krepi tudi medsebojno spoštovanje med zdravnikom in medicinsko sestro. Dovoliti je treba odkrito profesionalno razpravo, kadar se medicinska sestra ne strinja z oskrbo bolnika in kadar hoče zdravniku posredovati bolnikove pomisleke.

Literatura

1. Moline N. Professionals and professions: a philosophical examination of an ideal. *Soc Sci Med* 1986; 22: 501–8.
2. Twaddle A. Hessler R. *A Sociology of Health*. Saint Louis: Mosby, 1977.
3. Anon. Two concepts of medical ethics. *J Med Ethics* 1985; 11: 3.
4. Wilson-Barnett J. Ethical dilemmas in nursing. *J Med Ethics* 1986; 12: 123–6.
5. Gillon R. Nursing ethics and medical ethics. *J Med Ethics* 1986; 12: 115–6.
6. Cockerham W. *Medical Sociology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1977.
7. Freidson E. *Profession of Medicine*. New York: Harper Row, 1970.
8. Letica S, Cerjan-Letica G. *Medicinska sociologija: osnovni koncepti*. Zagreb: Jumena, 1990.
9. *Sociološki leksikon*. Beograd: Savremena administracija, 1982.