

# OBLIKOVANJE POKLICNE IDENTITETE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE IN POMEN PRAKTIČNEGA POUKA V VZGOJNOIZOBRAŽEVALNEM PROCESU

THE SHAPING OF THE PROFESSIONAL IDENTITY OF THE STUDENTS OF NURSING CARE AND THE SIGNIFICANCE OF PRACTICAL EDUCATION IN THE FRAMES OF THE EDUCATIONAL PROCESS

Klaudia Urbančič

UDK/UDC 616-083:378.147.88

**DESKRIPTORJI:** zdravstvena nega; vzgojnoizobraževalni proces; praktični pouk; študenti; poklicna identiteta; poklicna socializacija

**DESCRIPTORS:** nursing care; educational process; practical education; students; professional identity; professional socialization

*Izvleček – Naloga prikazuje pomen praktičnega pouka zdravstvene nege pri oblikovanju študentove poklicne identitete v vzgojnoizobraževalnem procesu na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani. Na oblikovanje poklicne identitete vpliva več sočasnih dejavnikov učnega procesa v učni bazi. Avtorica predstavi mnenja študentov zdravstvene nege o učni bazi in skuša ugotoviti vlogo izobraževanja v vzpostavljanju poklicne identitete in poklicne resocializacije.*

*Abstract – The article presents the significance of practical education of nursing care in the shaping of the student's professional identity in the educational process at The School of Nursing at Ljubljana University. Several simultaneous factors of the educational process in the teaching basis intertwine. The author presents the opinion of students of nursing about the teaching basis and tries to ascertain the role of education in the shaping of the professional identity and professional resocialization.*

## Uvod

Študenti zdravstvene nege – bodoče medicinske sestre (v nadaljevanju MS), so se odločili za poklic, v katerem so vezani na tesno delo z ljudmi. Z njimi stopajo v medsebojne odnose v najintimnejših sferah, skozi bolečino in telesno prizadetost, ki pogosto načenjata bolnikovo samopodobo, osiromašita njegovo svobodo in dostojanstvo in vplivata na pomanjkanje volje za sodelovanje in sprožita drugačne oblike vedenja kot v stanju zdravja in moči (Klevišar, 1994; Tekavčič, 1994). Odločitev za ta poklic pogosto spremljata nagnjenje k humanosti in altruizmu.

Program zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN) je bil v času raziskave višješolski program. Izobraževanje poteka pet semestrov in diplomski semester. Razmerje med teorijo – praktičnim poukom je 53 : 47 %.

Praktične vaje (v nadaljevanju PV) so bistveni sestavni del študija zdravstvene nege. Študijski program Zdravstvena nega obsega skupno 2019 ur, od tega 873 ur vaj in 84 ur strokovnega praktikuma. V okviru PV iz predmeta ZN spoznajo posebnosti naslednjih področij: internistično, kirurško, ginekološko-porodniško, pediatrično, psihiatrično, dermatološko ter dispanzer in patronažno varstvo.

Študenti med vajami spoznajo kontinuiteto ZN, se seznanijo in vključujejo v delo negovalnega in zdravstvenega tima, spoznajo značilnosti ZN, se naučijo izvajati postopke in tehnološke elemente ZN, ki so značilni za določeno strokovno področje, pridobivajo prve izkušnje za izvajanje diagnostično-terapevtskih posegov, usposobijo se za kritično presojo teoretičnih izhodišč in obstoječe prakse ZN in razvijajo moralno etični odnos do varovanja. (Vzgojnoizobraževalni program ZN, 1992.)

Torej predstavljajo PV ne samo obsežen, pač pa tudi pomemben del v času izobraževanja za ZN. Študenti povezujejo teorijo s prakso, sledijo zgledom mentorja ter ostalih učiteljev, kar vpliva na začetke oblikovanja poklicne samopodobe. Znanja in izkušnje, tako pozitivne kot negativne, ki jih bodo tu pridobili, bodo prenesli naprej in bodo sestavni del njihovega samostojnega dela.

V Veliki Britaniji zelo pogosto uporabljajo termin »clinical setting« ali klinično okolje, s katerim označujejo prostor in vse situacije nudenja kakršnih koli storitev v zvezi z zdravjem, bolniku, varovancu ali skupini. Izraz naj ne bi bil strogo omejen za dogajanja neposredno ob bolniški postelji. Veliko več ZN se odvija izven bolnišničnega okvira; na domovih posame-

znikov, v dispanzerjih, v zdravstvenih centrih in zdraviliščih. Poleg tega bi morali biti študenti ZN v času izobraževanja razporejeni tudi na dnevne klinike, v otroške jasli, na oddelke za socialno delo in v tovarne.

Učenje v kliničnem okolju ima najpomembnejše mesto v času izobraževanja za ZN, saj lahko študenti edino v takem okolju spoznajo značilnosti ZN in jih razvijajo v praksi. Poleg tega se bodo študenti tako seznanili z različnimi življenjskimi spretnostmi, kot so: sposobnost delovanja v timu, spretnosti sprejemanja odločitev in spretnosti v medsebojni komunikaciji.

Klinično področje je tudi socialno okolje z lastnimi normami, vrednotami in posebnostmi določene skupine, ki nudijo študentom možnost spoznavanja procesa socializacije v ZN. Je prostor, kjer dobijo študenti vpogled v realno situacijo prakse ZN, ki jo v učilnici spoznajo le skozi idealne pogoje. Vselej je zelo težko upoštevati oba vidika, vendar pa morajo biti MS večje v prilagajanju in improvizaciji ter preprečevanju ohranjanja tako imenovanega *statusa quo* kot neizogibne danosti (Quinn, 1991).

Na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani je v rabi utečen izraz *učna baza*. Označuje prostor in proces praktičnega izobraževanja za ZN oziroma tako imenovano klinično učno okolje. V nadaljevanju bom uporabljala izraz *učna baza*.

## Poklicna socializacija

Poklicno izobraževanje in usposabljanje obsega reševanje vzgojnoizobraževalnih dilem o razmerjih med teorijo in praktičnim poukom, dilem o tem, ali naj praktično usposabljanje poteka le v šolskem kabinetu ali v učni bazi. Obravnava tudi status tistih, ki se šolajo, razmerje med temeljnim in nadaljevalnim poklicnim izobraževanjem in podobno. Temeljna razmišljanja zavzema tudi odnos med poklicnim udejstvovanjem posameznika: na eni strani z njegovo pripravo na to udejstvovanje in na drugi z njegovim osebnostnim razvojem in vzgojo. Predvsem gre za to, kaj in kako določa posameznikov sistematično vodeni razvoj v prihodnji ali sedanjji poklicni vlogi in funkciji (Muršak, 1993).

V zavodih in ustanovah, kjer poteka poklicno izobraževanje in usposabljanje izven šolskega sistema, se s temi dilemami ne ukvarjajo. Prednost dajejo usmerjenosti v konkretne spretnosti, postopke in posege na operativni ravni. To pa za usposabljanje pomeni, da jih zanima aktivnost, ne pa tudi drugi hkratni, na primer psihosocialni dejavniki, ki vplivajo na obvladovanje aktivnosti. Izvajalci izobraževanja in usposabljanja v zdravstvenih zavodih so zdravstveni delavci in takšnim dejavnikom ne namenjajo posebne pozornosti. Občasno posegajo na to področje ob problemu nizke motivacije; način motiviranja delavcev v negospodarskih dejavnostih je drugačen kot način motiviranja delavcev v gospodarstvu. Verjetno je to tudi eden poglavitnih razlogov doseganja slabe kakovosti

dela, ki je nikakor ne povzroča nezadostno znanje ali nesposobnost, pa tudi slaba motivacija ne.

Poklicno izobraževanje in usposabljanje v šolskem sistemu sledi predvsem izobraževalnim ciljem. Psihosocialne okoliščine, v katerih se določena aktivnost ali spretnost uresniči, so drugotnega pomena (Muršak, 1993). Vendar pa je v vzgojnoizobraževalnem procesu za ZN zaradi narave dela, veliko časa in vsebin učnega programa namenjenih tudi tem področjem in ne le fizičnemu vidiku. V kliničnem okolju pa se šele v zadnjem času uvajajo oblike dela, kot so supervizija, svetovanje in tutorstvo.

## Pojem poklicne socializacije

Pojem izhaja iz osnovne definicije socializacije in razmejitve med socializacijo in vzgojo. Socializacija človeka je proces, med katerim mlado bitje od prvih dni življenja včlenimo v neko družbeno skupino, prek katere si osvaja tisto kulturo (način mišljenja, govora, način medsebojnih komunikacij, znanje, prepričanje, čustvovanje, vrednotenje, uporabo materialnih dobrin, delovna področja...), ki je lastna tej skupini in ki je ponavadi del širšega kulturnega območja (Bergant, 1994; Berger, Lukmann, 1988). Taka definicija socializacije vključuje tudi pojem *načrtno vodene socializacije* (Šebart, 1990; Bergant, 1994) skupaj s procesi učenja, osvajanja različnih socialnih norm, socialnih odnosov in socialnih tehnik, ki vladajo v skupinah, ki so nosilci njegove socializacije (Bergant, 1994).

Grki so postavili temeljna načela medsebojnih odnosov; človek se uči spretnosti, kulture in vrednot neposredno od sočloveka in ljudi, po katerih se zgleduje in jih občuduje. Vsak od nas nosi v sebi vzorce vedenja in sistem vrednot, ki jih je prevzel v interakciji s svojimi starši ali jih povzel po figurah staršev. (Tak si kot tvoj oče!) To je lep dokaz, kako močan vpliv ima na otroka model interakcij družine ali skupine, ki jih je v njej podoživljal in ponavljal. Otrok se prek opozoril staršev in s poskusi sčasoma nauči takega ravnanja, da se ne poškoduje. Prve osnove komunikacije in medsebojne interakcije mu daje družina. Kadar so le-te zdrave in se izkažejo za uspešne, jih posnema in ponovi. Človek spoštuje vzorec vedenja, ki ga je videl pri sočloveku, še posebej takrat, ko mu tako vedenje zagotavlja uspeh. Na žalost se prenašajo tudi nezdravi in celo škodljivi vzorci vedenja. Analiza različnih modelov družin s sebi lastnimi navadami, vlogami članov in vzorci vedenja nam lahko razjasnijo različne okoliščine, ki nastanejo izven družinskega okolja (Bandura, 1986, v: Murray, 1991).

Procese socializacije pa označuje tudi proces vzpostavljanja posameznikove identitete (Dubar v: Muršak, 1993). Identitetni procesi se razvijajo skozi različne socializacijske faze in so pogojeni z identifikacijo s pomembnimi drugimi in z obstoječimi referenčnimi družbenimi skupinami, v katere se posameznik vključuje. Identiteta ali samopodoba je predstava o samem

sebi. V človeku se izoblikuje postopoma ter se ruši in na novo vzpostavlja nenehno vse življenje. Je rezultat socialne interakcije in samooblikovanja. Na samopodobo vpliva to, kako se človek dojema kot duhovno bitje, telesni jaz in socialni jaz (kaj o meni mislijo drugi). Del samopodobe predstavljamo javno (to so naše poklicne vloge), večji del pa ostaja intimen in predstavlja bistveni del nas samih (Musek, 1993). Ustrezno vzpostavljanje identitete je eden glavnih uspešnih socializacijskih in vzgojnih procesov.

Preučevanje socializacijskih procesov z vidika oblikovanja identitete posameznika se širi na vsa tista področja, na katerih posameznik doživlja svojo osebno in socialno potrditev in ki mu daje oporo pri oblikovanju identitete. Med temi področji ima poklicno področje pomembno mesto v tistih fazah socializacijsko-identitetnih procesov, ki se odvijajo v obdobjih dozorevanja in zrelosti posameznika. Torej lahko predstavlja posameznikova zaposlitev eno ključnih mest za vzpostavitev njegove identitete. Dokaz za to predstavlja doživljanje težkih osebnostnih kriz, ki rušijo posameznikovo identiteto, kot je na primer izguba zaposlitve, nezmožnost, da bi našel prvo zaposlitev, sprememba zaposlitve ali vsebine in strukture dela. To terja spremembo poklicne identitete posameznika (Ule, 1993). Poleg tega prihaja do tovrstnih socializacijskih procesov na področju poklica, profesije, spreminjajočih se vsebin in zahtev dela. Ti ne zajemajo le spretnosti in znanja, pač pa vse bolj zahtevajo premike v sami mentaliteti, odnosu do dela, spremembi položaja posameznika v delovnem procesu. Torej vse tisto, kar zahtevajo od posameznika spreminjajoči se psihološki, socialni in materialni pogoji. To pomeni za posameznika stalno prilagajanje, spreminjanje ali rekonstrukcijo njegove poklicne identitete. V tem smislu je pomemben agens socializacije v njenih kasnejših fazah zlasti delovno okolje oziroma okolje zaposlitve in možnosti, ki jih le-to omogoča za nadaljevanje socializacijskih procesov, še posebno zaradi samopotrditve in oblikovanja poklicne identitete (Muršak, 1993).

Z izrazom poklicna socializacija torej označujemo posebno področje ali poseben sklop socializacijskih procesov, ki se odvijajo predvsem kot proces oblikovanja posameznikove poklicne identitete. Poteka v interakciji med posameznikom in institucijo, v njej pa posameznik pridobi ali razvije tiste lastnosti, ki mu omogočajo opravljanje določenega dela (Muršak, 1993).

Pri tem moramo razlikovati med sorodnima pojma poklicno izobraževanje in poklicno usposabljanje. *Poklicno izobraževanje* pomeni sistematično pridobivanje znanja in spretnosti, ki so potrebne za opravljanje določenega sklopa del in s katerimi naj bi razpolagal vsak, ki je dosegel določen poklic. *Poklicno usposabljanje* pa vključuje tudi načrten razvoj določenih lastnosti, ki omogočajo opravljanje določenega sklopa del. Pri tem je poudarek na razvoju določenih navad, spretnosti in osebnostnih lastnosti, ki jih zahteva določen poklic.

Pri mnogih poklicih, ki zahtevajo razmeroma veliko teoretične priprave in dolg študijski proces, se tudi pojavlja posebna faza, katere namen je omogočiti začetek strokovno zahtevnega poklicnega dela. Imenuje se pripravništvo, stažiranje in podobno. V tej fazi se odvijajo procesi, ki omogočajo intenzivno poklicno socializacijo in z njo razvijanje poklicne identitete (Muršak, 1993).

Pri razvoju poklicne identitete gre za dvojen proces. Na eni strani poteka načrtna in *vodena poklicna priprava*, ki skuša skozi procese vzgoje zagotoviti take učinke poklicne socializacije, ki bi kar najbolj ustrezali poklicu, na drugi strani pa poteka *nenadžrtna poklicna socializacija* in z njo povezan *spontan razvoj* poklicne identitete. Na slednjo ne skušamo neposredno vplivati z določenim programom. Značilna je za poklice, ki opravljajo nezahtevna dela in katerih poklicna identiteta je krhka in nepovezana z izobraževanjem.

Pojavlja se vprašanje, kakšna sta vloga in mesto in kakšne so možnosti vzgojnoizobraževalnega, posebej še šolskega sistema, da vpliva na razvoj poklicne identitete, da vodi in usmerja procese poklicne socializacije.

V zadnjih časih se v različnih sistemih industrijsko razvitih držav pojavlja vse bolj izrazita vmesna stopnja med šolo in zaposlitvijo, v kateri posameznik išče svoje mesto in prostor za aktualizacijo svojih potencialnih sposobnosti in katere rezultat je izoblikovana poklicna identiteta (Jallade v: Muršak, 1993). Glede tega, ali naj bodo socializacijski procesi načrtno vodeni ali spontani, se v evropskem prostoru nagibajo vzporedno s tem k dvema modeloma poklicne socializacije. Oba modela sta z vidika poklicne socializacije pomanjkljiva, saj je pri prvem v ospredju predvsem vodeno in nadzorovano delo, ki ne kaže na posameznikovo kompetentnost, medtem ko pri drugem sploh ne pride do uresničenja posameznika. Vendar pa kaže prednosti prvi model, ki vendarle omogoča aplikacijo, hkrati pa omogoča ob ustreznem pedagoškem vodenju začetek dveh procesov: *proces iniciacije*, ki je povezan z uvajanjem v poklicno kulturo določenega poklica ali profesije; in *proces konverzije*, v katerem razvije posameznik novo koncepcijo o sebi in svetu oziroma pridobi novo identiteto, povezano z njegovim poklicnim sklopom. V tem je možnost, da se posameznik že relativno zgodaj vključi v svojo poklicno referenčno skupino in da v njej prejema tudi osnovna znanja in spretnosti. To zahteva izgradnjo realne slike o sebi, saj sta interakcija in povratna informacija o lastnem položaju in vlogi sprotni in konkretni. Tako posameznik predstavo o sebi prilagaja in sproti popravlja v skladu z resničnostjo.

### **Dejavniki, ki vplivajo na učni proces in na oblikovanje poklicne identitete v učni bazi**

Izraz učna baza celostno zajame klinično okolje na PV, vključno s študenti samimi. Vključuje širok krog dejavnikov, ki pomembno vplivajo na učno situacijo.

Nezanemarljivi so tudi dejavniki ozadja učne baze (medsebojni odnosi v timu, vrednote, konflikti, hierarhija). Učna baza potrebuje določen čas za svoj razvoj in oblikovanje. Učno okolje v njej ni namenjeno le študentom, ampak tudi osebju, ki v njej sodeluje. Interakcija med študenti in osebjem pomembno vpliva na učinkovitost učne baze kot učnega okolja.

*Dejavniki, ki vplivajo na učni proces v učni bazi, so:* člani tima zdravstvene nege (ZN), mentor, drugi zdravstveni delavci, delavci v zdravstvu, študenti ZN, sistem delitve dela v ZN, možnosti/priložnosti za izobraževanje, bolniki ali varovanci in njihovi svojci ali pomembni drugi, viri in drugo (Quinn, 1991).



Sl. 1. Dejavniki, ki vplivajo na učni proces v učni bazi.

### Člani tima zdravstvene nege

Zdravstveno osebje je glavni vplivni dejavnik učnega okolja. Ne predstavlja samo nosilec nadzora v menedžmentu ZN določenega oddelka, ampak služijo tudi kot model različnih vlog v praksi ZN. Skozi to se zrcalita njihova vzgoja in sistem vrednot. Stil vodenja in osebnost glavne ali odgovorne medicinske sestre pomembno vpliva na učinkovitost učnega okolja (Orton, 1981; Fretwell, 1983; Ogier, 1982, 1986; Pembrey, 1980, v: Quinn, 1991). Za razvoj poklicne identitete je zelo pomembno, kakšna je poklicna referenčna skupina, v katero pride posameznik – študent ZN. Skupina sama je lahko nosilec izredno ozkih norm ali toliko zaprta in ekskluzivna, da odklanja nove člane in jim ne omogoči vstopa, lahko jim daje tako povratno informacijo, ki ne omogoča oblikovanja realne predstave o sebi, lahko je nesprejemljiva za novosti in stagnira, lahko pa je tudi nosilec negativnih vrednot ali neustreznih norm.

### Pozitiven pristop do študentov

Odgovorna medicinska sestra in ostalo zdravstveno osebje naj bi zagotovili prijazen, naklonjen in razume-

vajoč odnos do študentov. S prisotnostjo v neposredni bližini študentov nanje pomirjujoče delujejo in naj jim nudijo pomoč in podporo, ko je to potrebno. S tem razvijajo zaupanje in dajejo študentu občutek psihične varnosti. Dobro naj se zavedajo, da so študenti raje učenci kot pa par dodatnih delovnih rok. Osebje naj vzgaja in v študentu spodbuja razvoj samospoštovanja.

### Ozračje in razpoloženje v timu

Osebje naj funkcionira kot tim (drug izraz je moštvo, ekipa, v kateri ima vsak točno določeno nalogo, navzven delujejo kot skladna celota in si prizadevajo k skupnemu cilju). Z oblikovanjem pristnih medsebojnih odnosov naj si prizadeva, da bo študent obravnavan kot enakovreden član tima v prijetnem psihosocialnem ozračju.

### Oblika menedžmenta

Za zagotavljanje kakovostne ZN mora biti menedžment v učni bazi učinkovit in dovolj prožen. Poučevanju naj bo namenjeno njegovo mesto na vseh ravneh organiziranja. Menedžment naj daje študentom možnost za prevzemanje odgovornosti in naj jih opogumlja k iniciativnosti. Praksa ZN, ki jo izvaja učna baza, naj bo skladna s prakso, s katero se seznanijo študenti v učilnici. Razpon med teorijo in prakso, ki v večini primerov nastopi ob prenehanju permanentnega izobraževanja po zaključeni diplomski, povzroči konflikt v vsebini in zahtevnosti dela ZN in mu študent ali pripravnik ZN, doslej seznanjen le s šolsko situacijo, ni kos. To zahteva od posameznika, če želi *obstati na trgu*, spremembo poklicne identitete. Taki procesi poklicne resocializacije so zelo zahtevni in so uspešni le v primeru, ko posameznik priznava ob primernem znanju in izobrazbi tudi razvojno dinamično komponento in je dojemljiv za spremembe.

### Poučevanje

Osebje učne baze naj bo pripravljeno in naklonjeno poučevanju študenta ob resničnem primeru, ne samo prek običajnih učnih metod in simulacije situacije. Ob tem naj imajo študenti priložnost za zastavljanje vprašanj, možnost, da spremljajo zdravnikovo delo, in dostop do pisnega gradiva.

Številne raziskave so razjasnile, da je najpomembnejši dejavnik poučevanja v kliničnem okolju prav učna situacija. Učna baza naj bo *učna skupnost*, katere člani se zgledujejo in sprejemajo nova znanja drug od drugega in v kateri bosta postali raziskovalna dejavnost in izobrazba posameznika vrednoti. Svojskost in razlike med posamezniki naj uživajo ugled in prednost pred stereotipnimi in utečenimi metodami. Osebje mora poleg temeljne izobrazbe pridobiti potrebna dodatna funkcionalna znanja za specifično klinično področje. Poleg tega naj opravi tudi izobraževanje o poučevanju in ocenjevanju v kliničnem okolju.

*Mentor/učitelj v zdravstveni negi*

Mentor mora imeti kot učitelj v kliničnem okolju celo vrsto osebnostnih značilnosti za uspešno reševanje specifičnih problemov. Mentor ni vselej stalen član tima ZN in zato ne more prevzemati odgovornosti za vse dogajanje v njem. V Veliki Britaniji opravlja mentor iz šole vlogo nekakšnega koordinatorja in povezovalca med šolo in učno bazo oziroma več učnimi bazami. PV neposredno vodi mentor iz iste učne baze. Takšno delo zahteva od mentorja zelo dobro poznavanje medsebojnih odnosov, socialne interakcije, obvladaje komunikacijskih spretnosti, stopnjo diplomacije in odnosov z osebjem učne baze. Mentor se pogosto čuti podrejen in manjvreden kot gostujoč na oddelku. Mogoče segajo korenine tega odnosa v preteklost, ko je moral vsak, kdor je hotel vstopiti na oddelk, prositi za dovoljenje glavno medicinsko sestro, ki je bila popolna poznavalka in obvladovalka *svojega* oddelka. Ohranjanje takega odnosa pomeni za mentorja neprijeten položaj, še posebej če nadzorna medicinska sestra ne pokaže razumevanja in poznavanja tega kot prispevek nepogrešljivi delu strukture. Tako zahteva okolje učne baze kot skupnost visoko stopnjo razvitih medsebojnih odnosov. To je odločilno v razvoju pojmovanja partnerskega sodelovanja med šolo in učno bazo, k čemur prispevata obe in se s tem približujeta k doseganju optimalnega učnega okolja.

Poučevanje z uporabo oblike učenja s posameznikom zahteva nekoliko drugačne spretnosti kot v učilnici. Oba, mentor in študent, sta izpostavljena drug drugemu in v središču opazovanja osebja učne baze, bolnikov in obiskovalcev. Zahteva po kompetentnem in kredibilnem pristopu v odnosu do vseh teh opazovalcev, vključno s študentom, lahko predstavlja za mentorja znaten psihični pritisk. Ta se lahko še stopnjuje, če prepusti mentor izbiro odločitve študentu in skuša poiskati nov pristop. Po drugi strani pa lahko novosti in prizadevanja za izboljšanje kakovosti ZN vzbudijo visoko osebno zadovoljstvo in hkrati pomagajo študentu k oblikovanju spretnosti v ZN (Quinn, 1991).

*Drugi člani zdravstvenega tima*

To so strokovnjaki zunaj področja ZN: zdravnik, fizioterapevt, laborant, dietetik, duhovnik. S tem, ko se čutijo del celotnega tima, pomembno prispevajo k učenju okolju. Zato je zelo pomembno, da se, ko je novi sodelavec iz te skupine sprejet v službo, z njim pogovori odgovorna medicinska sestra in mu predstavi pomen njegovega delovnega mesta z vidika učnega okolja. Novinca naj spodbudi, da bo spoznal svoj prispevek v poučevanju študentov (Quinn, 1991).

*Delavci v zdravstvu*

Na kliničnem področju je zaposlenih tudi veliko nezdravstvenih strokovnjakov, varnostnikov, vratarjev, kuhinjskega osebja, strežnikov, čistilcev, zdravstve-



Sl. 1. Medsebojno sodelovanje in spoštovanje osebja in študentov ZN v učni bazi. Foto: Klaudia Urbančič

nih administratorjev in prostovoljcev. Nekateri so stalni člani celotnega kolektiva, drugi so prisotni samo občasno. Pogosto se vključujejo v delovni proces po navodilih zdravstvenih delavcev. Vendar morajo imeti enako spoštovanje tudi do študenta ZN in z njim enakovredno sodelovati, če seveda okoliščine to dopuščajo (Quinn, 1991).

*Študenti zdravstvene nege*

Včasih pozabljamo, da so tudi študenti sami v veliki meri sestavni del učne baze in ne le pasivni sprejemniki njenih vplivov. Učinkovito okolje bo študente spodbujalo k prevzemanju odgovornosti za lastno učenje in k aktivnemu iskanju priložnosti zanj. Kritično mišljenje in izrekanje mnenj se rojevata v taki atmosferi, kjer lahko študenti zastavljajo vprašanja in nasprotujejo, ne da bi jim to vzbujalo občutke krivde ali nelojalnosti. Pomemben del učnega procesa predstavlja eksperimentiranje, s katerim študenti v praksi na različne načine preizkušajo koncepte in načela. To bo prispevalo k njihovi inovativnosti in k temu, da se bodo na različne načine naučili prilagajati procese bolniku. Seveda mora biti v to vključena tudi odgovornost za tveganje, ki jo mora presoditi izkušenejša osebja in zagotoviti kar najmanjšo nevarnost za bolnika. Mentorji pogosto postavljajo študentom nerealne zahteve, ko od njih pričakujejo, da bodo vse opravili optimalno uspešno, vendar so napake nepogrešljivi del učenja. Mentor in študent naj si skupaj prizadevata poiskati

zvroke za neuspeh in naj se oba učita na napakah (Hartley, Aukamp, 1994, Thomas, 1992).

V učni bazi so lahko hkrati študenti z različnimi ravnmi znanja ali različno dolgim stažem. V takih primerih so zelo dobrodošle skupine za samopomoč (peer support) ali študenti-tutorji. Z organizacijo dela v paru lahko študenta izmenjata mnenja in izkušnje (Quinn, 1991; Diekelman, 1990).

#### *Sistem delitve dela v zdravstveni negi*

Sistem delitve dela je prav tako pomemben dejavnik učnega okolja.

Sistemov delitve dela v ZN je več vrst: ZN posameznega bolnika (case nursing), funkcionalni sistem (skupinski model in kombiniran model), timski sistem. Slednji se uporablja tudi pri nas, v prihodnosti pa se bo zaradi svojih prednosti verjetno uveljavil sistem primarne ZN (Grbec, 1988, 1989, 1990). Prednost primarnega sistema ZN z vidika poklicne identitete in spodbujanja motivacije medicinske sestre je v kontinuiteti spremljanja varovanca in s tem v možnosti vrednotenja rezultatov dela ali v možnosti videnja *končne izdelka*. Posameznik se s svojim delom ponotranji in istoveti. Naj na tem mestu omenim tudi individualno odgovornost izvajalca ZN kot dejavnik poklicne identifikacije. Skupinska odgovornost ne spodbuja občutka pripadnosti delovni skupini in istovetenja z njo. Prav tako je odnos do družbene lastnine drugačen: doživljana je kot nikogaršnja lastnina, odnos je neoseben. Interes medicinske sestre v takem primeru ni usmerjen k doseganju čim boljše kakovosti ZN, saj v tem ne vidi neposredne koristi.

Za didaktične namene pri delu s študenti uporabljamo sistem ZN posameznega bolnika: ob začetku PV na določeni učni bazi si študent izbere *svojega* varovanca in opravlja ob njem celotno ZN po metodi procesa ZN, vključno z vodenjem načrta ZN. Uporaba metode procesa ZN spodbuja študente k problemskemu reševanju v ZN in prevzemanju odgovornosti za načrtovane aktivnosti.

#### *Možnosti izobraževanja*

Učna baza naj nudi študentom možnosti za opazovanje in razpravljanje o strukturi in procesu, ki poteka v njej. Seveda mora imeti tudi osebje možnost permanentnega seznanjanja z novostmi in predvsem s teorijo ZN, s katero se seznanjajo tudi študenti v šoli (Kodeks etike, 1994). Možnosti izobraževanja vključujejo udeležbe na tečajih, seminarjih, sodelovanje s šolskim sistemom, s strokovnimi organizacijami (zbornico ZN, njenimi društvi in sekcijami, v bodoče z inštitutom ZN), obiske na strokovnih sejmih, na strokovnih mednarodnih izobraževanjih. Učinkovitost izobraževanja zagotavljajo sodobno strokovno usposobljeno osebje, sodobne strategije učenja v ZN, posodabljanje procesa ZN (uvajanje supervizije, svetovanja) ter aktualne in uporabne materialne možnosti (knjižnica, povezana z

mednarodno računalniško mrežo, mediateke, didaktično opremljena učilnica). Vsak od članov tima naj bi imel ob vključitvi v kolektiv svojo *mapo* s predvidenim lastnim kadrovskim razvojem, ki se ujema s kadrovskim menedžmentom celotne delovne skupine. To je tudi eden od dejavnikov poklicne identitete in namenja posamezniku njegov prostor in določeno pozornost. V kolektiv vključeni posameznik (sploh v socialističnem obdobju) je nekako neviden in zanemarljiv.

#### *Bolnik, varovanec in svojcilpomembni drugi*

Vpliv tega dejavnika na učno okolje je lahko zelo različen. Odvisen je od varovančevih biopsihičnih značilnosti (novorojenec, otrok, mlada mati, starostnik itn.), stopnje in specifičnosti narave obolenja bolnika ali značilnosti varovanca (akutno/kronično obolenje, bolnik z infekcijskim obolenjem, psihiatrični bolnik, umirajoči bolnik itn.), od stopnje samostojnosti bolnika, od osebnostnih, socialnih in izobrazbenih značilnosti bolnika, varovanca in svojcev. V enotah intenzivne nege in terapije, kjer je večji poudarek na tehnologiji ZN, lahko predstavlja tako okolje za neizkušene študente hudo stresno situacijo, čeprav ima seznanitev z enoto pomembno vlogo v izobraževanju. Delo na področjih z zelo visoko fluktuacijo varovancev, kot je na primer ginekološko področje ali dnevne klinike, lahko nekoliko nasprotujejo holističnemu pristopu v obravnavi varovanca in procesni metodi dela. Pristop in način dela, kot se z njim seznanijo študenti v učilnici, je nemogoč zaradi zbiranja velike količine podatkov, kar lahko povzroči razhajanja in konflikte v stopnji standardov.

Emocionalno ozračje, po katerem je *znan* določen oddelek, tudi prispeva k poučevanju. Tako so ortopedski oddelki bolnišnic z mladimi poškodovanimi fanti pogosto znani po prijateljskih in stresno neobremenjujočih medsebojnih odnosih. To pogotuje veselo in optimistično učno klimo. Pravo nasprotje predstavljajo oddelki z umirajočimi varovanci v terminalni fazi obolenja ali umirajočim otrokom. Dodatno stresno obremenitev v poučevanju predstavljajo tudi klinična področja, ki so še posebej znana po etičnih dilemah. Na primer: vitalno ogrožen varovanec, priključen na življenjsko pomembne aparature, ali dekle, ki pride na umetno prekinitev nosečnosti.

#### *Pogoji dela*

Materialni in kadrovski pogoji dela so v vsaki organizaciji ključni dejavnik in povzročajo konflikte, kadar ne dosega predpisanih standardov. Posebnosti dela v ZN in zdravstvu na sploh zahtevajo usposobljeno osebje, ki ga odlikujejo visoke osebnostne in moralnoetične značilnosti. Le-te pa lahko ogrozi in spremeni dolgotrajno delovanje stresa in sindroma izgorelosti. Oblika menedžmenta v ZN mora vključevati tudi stopke in ukrepe za obvarovanje pred stresom (tako imenovani menedžment stresa) in negovanje duhovne ra-

sti osebja (Pagana, 1990, Russler, 1991). Pri tem so zelo dobrodošli supervizija, svetovanje, podporna mreža socialnih stikov in drugo (Kos, 1994; Kobolt, Ramovš, Vodeb-Bonač, 1994). Te lastnosti naj bi vseboval tudi menedžment šole, saj zahteva za mentorja poučevanje v učilnici domačega okolja in nato v učni bazi, kjer gostuje, posebne obremenitve (Quinn, 1991; Creedy, Hand, 1994; Ferguson, Jinks, 1994).

### Drugi vplivi

Predstavljajo jih navzočnost drugih strokovnih sodelavcev v učni bazi, ki so jim medicinske sestre podrejene (vpliv hierarhije odnosov med zdravstvenimi delavci), časovno trajanje delovne izmene in spremenjajoča se intenziteta dela, ki med drugim narekuje tudi čas za oddih.

Popolnoma drugi dejavniki delujejo na študente, ko opravljajo PV v lokalni skupnosti ali na varovančevem domu. Poleg velike razlike v samem fizičnem okolju je nezanimljivo tudi vpliv pogosto dominantnih svojcev. Medicinska sestra in študent sta gosta v varovančevi hiši in vstopata vanjo z dovoljenjem, kar se tudi pozna v medsebojnih odnosih. Večino učenja na takem hišnem obisku predstavlja opazovanje. Diskusija med medicinsko sestro in študentom se razvije šele potem, ko zapustita dom, največkrat v terenskem vozilu, na poti k novemu varovancu. Tak način poučevanja, vključno z obliko dela s posameznikom, zahteva zelo dobro razvite mentorjeve sposobnosti vzdrževanja medsebojnih odnosov. Mentor ima študenta ves čas *ob sebi* in ga mora enakovredno obravnavati. Veliko težje je premostiti občutek medsebojne oddaljenosti v paru kot pa na PV, ki potekajo v skupini in se ljudje hitreje zblížajo.

Eden ključnih dejavnikov, ki so pogosto odvisni od učne baze, je strah. Strah je neprijetno čustvo, ki ga vzbuja bolečina ali grožnja in se odraža v splošnem počutju človeka. Korelacija med strahom in učinkovitostjo študentovega ravnanja je pokazala, da so v stanju intenzivnega strahu/anksioznosti študentove učne sposobnosti slabše, prav tako njegove psihofizične sposobnosti. Število napak se takrat poveča, študent si nabere negativne izkušnje, kar ponovno izzove negativne občutke in naraščujoč strah, ki bo lahko močno zaviralen ob naslednji študentovi prizkušnji (Quinn, 1991; Razdevšek-Pučko 1992; Urbančič, 1994). To lahko vodi študenta do odločitve, da zapusti študij ZN. Neizkušenim študentom lahko olajšamo uvajanje v poklic in omilimo negativne občutke z organizacijo tutorstva. Izkušenejši študenti-tutorji bodo na manj izkušene prenesli svoja spoznanja in preverjene nasvete (Quinn, 1991; Biggers, 1988; Burns, Egan, 1994; Campbell, Larrivee, Field, Day, Reuter, 1994).

Med pomembne dejavnike poučevanja v učni bazi sodi tudi način mentorjevega vedenja. Študenti so mentorjevo vedenje opisali takole (Wong, 1978; Mogan, Knox, 1986):



Sl. 2. Vključevanje v aktivnosti ZN; aktivnost hranjenja; spodbujanje očesnega stika z otrokom. Foto:Klaudia Urbančič

#### a) Vedenje, ki spodbuja k učenju:

- pripravljenost za demonstracijo, ki bo pomagala pojasniti problem,
- zanimanje za študente in spoštljiv odnos do njih,
- spodbude in pohvale,
- ocenjevanje napredovanja,
- smisel za humor,
- prijeten glas,
- mentor je na razpolago, kadar ga študent potrebuje,
- dovoli si nekaj supervizije,
- izkazuje zaupanje vase in v študente.

#### b) Vedenje, ki zavira učenje:

- uporaba grožnje,
- sarkazem,
- nadrejen medsebojni odnos,
- podcenjevanje študentov,
- opominjanje in popravljanje napak študentov vpričo drugih.

### Dejavniki ozadja

Naj omenim še nekaj drugih dejavnikov, ki bi utegnili zavirajoče vplivati na oblikovanje poklicne identitete študenta ZN. Nanj lahko delujejo v širšem kontekstu kot vzporedni in skriti kurikulum na področju ZN in ne le neposredno v učni bazi. To so lahko nošenje uniforme, nizka sindikalna zavest in slaba organiziranost v strokovna združenja, pomanjkanje individualne odgovornosti in močna vloga kolektiva z majhnim poudarkom na prispevku posameznika, neustrezna ali celo negativna javna podoba medicinske sestre (Urbančič, 1996).



## Kako so doživeli učno bazo študenti – rezultati raziskave

V študijskem letu 1994/95 sem izvedla raziskavo na temo Pomen praktičnega pouka pri izobraževanju za ZN na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani. Primerjala sem mnenja študentov in mentoric, ki vodijo PV. V prvi skupini je bilo 98 študentov, v skupini mentoric pa sta bili dve podskupini: skupina mentoric s šole (8 mentoric) in skupina mentoric iz učnih baz (20 mentoric). Takšno je tudi dejansko razmerje med številom šolskih in zunanjih mentoric in predstavlja 20 : 80 % v korist zunanjih mentoric. Mentorice s šole so redno zaposlene na šoli in sodelujejo tudi pri posredovanju teoretičnih vsebin študentom. Mentorice iz učnih baz pa so redno zaposlene v zdravstvenem zavodu in se delu s študenti pogosto posvečajo ob svojem že siceršnjem delovniku. Naj navedem samo nekaj rezultatov mnenj študentov. Podajali so mnenja za osem učnih baz in za strokovni praktikum.

S trditvijo, da so PV učinkovitejše, če jih vodi mentor po določenem načrtu, se je strinjalo 72,4 % študentov. Med aktivnostmi, kjer so bili prepuščeni sami sebi, so na prvo mesto postavili sodelovanje s člani tima ZN – 31,5 %. Med področji, kjer so bili dovolj vodeni, navajajo porodni blok, prepuščeni sami sebi pa so bili povsod tam, kjer ni bilo poleg mentorja. V veliki večini so menili, da PV omogočajo povezavo med teorijo in prakso – 78,8 %. Med negativnimi odgovori izstopa strokovni praktikum – 32,6 %. Ob tem bi rada povedala, da opravljajo študenti strokovni praktikum v času počitnic v domačem kraju, torej izven imenovanih učnih baz. Strokovnemu praktikumu so študenti dodelili tudi največ negativnih ocen (21,3 %) po kriteriju zanimivosti vsebine in procesa. Prav tako so dodelili strokovnemu praktikumu največ negativnih ocen za medsebojne odnose in sodelovanje z mentorjem (13,7 %). Kar 71,3 % študentov je menilo, da niso dobili vpogleda v kontinuiteto dela na oddelku, od tega se 58,6 % odgovorov nanaša na sodelovanje s timom ZN. Pozitiven odnos s člani tima ZN so najpogosteje označili kot naklonjen – 46,1 %, strokoven – 30 % in pogosten – 23,8 %; negativni odnos pa kot redek – 49 % (v smislu redkega kontakta s člani), podrejen – 34,7 % in odklonilen – 16,2 %. Največji delež pozitivnih pridevnikov so namenili patronažnemu varstvu, najmanjši delež negativnih pridevnikov prav tako patronažnemu varstvu. Ob tem bi rada poudarila, da je za potek PV v patronažnem varstvu značilna individualna oblika dela s študentom, ki verjetno pogojuje drugačen in tesnejši odnos med študentom in mentorjem. Svoj najpogostejši odnos z mentorjem so opisovali s petimi pridevniki. Naj navedem samo grobe ugotovitve: pozitiven odnos so navedli v 48,7 %, negativen odnos pa v 51,2 %. Kar 27,6 % študentov je navedlo, da na PV niso imeli mentorja. Na PV prihajajo študenti brez strahu, a tudi brez navdušenja – 55,1 %, z veseljem prihaja 26,5 %, 15,3 % pa so PV odveč. Verjetno je to zaskrb-

ljujoč rezultat, še posebej če ga primerjam z dejstvom, da predstavljajo PV v učnem programu ZN 47 % (teorija 53 %). Sprašujem se, kaj to pomeni z vidika razvijanja študentove poklicne identitete? Med stvarmi, ki jih na PV doživljajo kot neuspeh, so na prvo mesto uvrstili nesodelovanje s člani tima ZN – 52,6 %, sledilo je lastno neznanje – 51,6 %, slaba kakovost ZN – 49,5 %, mentorjev nekorekten odnos do študentov – 44,2 %, bolnikovo nezaupanje do študentov – 22,1 %, spodrs-ljaj pri motoričnih spretnostih – 12,6 %, neznanje kolegov – 9,5 %. O tem, kaj so doživeli na PV, se zelo malo pogovarjajo z mentorjem, 19,6 % jih navaja, da se z mentorjem celo neradi pogovarjajo. Največ se pogovarjajo s kolegi v skupini. Splošni vtis študentov o PV je naslednji: samo 14,9 % je s PV zadovoljnih, 21,3 % ni zadovoljnih in 63,8 % je delno zadovoljnih (Urbančič, 1995).

## Kriteriji za učno bazo

Razvoj poklicne identitete je eden temeljnih pogojev uspešnega poklicnega izobraževanja in njegov nujen rezultat. Če poteka priprava na poklicno delo v šoli, mora to nalogo izpolniti s svojim načinom dela in s svojo socializacijsko močjo šola sama. Šolsko delo nedvomno omogoča sistematično pridobivanje znanja, nauči intelektualnih spretnosti in v veliki meri omogoča splošni osebnostni in intelektualni razvoj učencev. Vprašanje pa je, koliko in v kakšni obliki je možno v šoli izoblikovati poklicno identiteto in koliko lahko razvije take kvalifikacijske lastnosti, ki jih zahteva sodobna in neposredna praksa, kot so: skupinska identiteta, občutek pripadnosti kolektivu, skupini, ki je nosilec znanja in spretnosti, skupinska in individualna odgovornost in podobno. To so lastnosti, ki jih je v šolskih pogojih dela težko razviti in so pogojene z intenzivnimi procesi poklicne socializacije, sprejemom socialnih vlog in podobno. Šola lahko ustvari pogoje za tako socializacijo le, če v njej prevladujejo vzdušje in vrednote, ki so podobne tistim v zavodu, v kakršnem naj bi posameznik delal. To pomeni, da mora šola ustvariti kontekst, ki bo ustrezal tistemu v zavodih (Muršak, 1993).

To seveda šola težko dosega, saj je osnovni kriterij znanje in pa medsebojni odnos med učiteljem in učencem. Do aplikacije znanja, še posebej v ustreznem socialnem kontekstu, ne prihaja. Menim, da je danes v zdravstvenih zavodih tovrstni zavirajoč dejavnik velik razpon med teorijo, ki jo pridobi študent ZN, in obstoječo prakso, s katero se sreča ob vstopu v učno bazo. To povzroča konflikte med udeleženci PV in zavira uspešen učni proces ter omaje razvijanje trdne poklicne identitete. Obstoječe razhajanje med teorijo in prakso bi seveda lahko zmanjšalo dopolnilno izobraževanje osebja, zaposlenega v učni bazi (zavest o permanentnem izobraževanju je pri nas še nizka), kar pa je dolgotrajen in težak proces. Vprašujem se, ali ni izobraževanje študenta v takem učnem okolju z vidika



*negovanja* poklicne identitete preveč zaviralno? Še naj-sprejemljivejša rešitev se mi zdi, da naj bi bile za učne baze imenovane tiste delovne enote ali oddelki, ki bi resnično ustrezale kriterijem uspešnega učenja. Za svoje oblikovanje potrebuje taka učna baza določen čas in mora dosegati visoko stopnjo zrelosti socialnih odnosov. Pripravljenost in prostovoljna odločitev osebja za poučevanje v taki učni bazi preprečuje prenehanje delovanja in vzpostavljanje novih učnih baz *vsevprek*. To zahteva veliko ekonomske in psihične entropije, v končni fazi pa škoduje vzgojnoizobraževalnemu procesu. V tujini so oddelki ZN ponosni in počaščeni, če so imenovani za učno bazo študentom.

Kriterije, ki odlikujejo zadovoljivo klinično učno okolje, je oblikoval Generalni svet ZN za Anglijo in Wales. Pri nas takih kriterijev nisem zasledila, zato bom predstavila tuje:

#### 1. Uglednost:

- kakovostna ZN,
- omogočeni pogoji za nabiranje kliničnih izkušenj,
- nudenje ustreznega poučevanja in supervizije s pomočjo strokovno usposobljenega osebja,
- namenjanje ustreznega dela finančnih sredstev za doseganje standardov.

#### 2. Uspešno sodelovanje med teorijo in prakso.

#### 3. Okolje PV mora nuditi prijazno ozračje za učenje.

- vsi člani morajo imeti možnosti za izobraževanje,
- nadzorne in odgovorne medicinske sestre preverjajo in ocenjujejo znanje,
- ZN temelji na rezultatih raziskovalnega dela v ZN,
- medicinske sestre se zavzemajo za razvoj teorije in spretnosti v ZN.

#### 4. Oblikovanje izobraževalnega centra za ZN, ki naj bi služil usposabljanju študentov in mentorjev za učenje in sodelovanje.

#### 5. Število osebja, ki poučuje in študentov morata biti v sprejemljivem razmerju (General Nursing Council for England and Wales, 1983).

### Vloga šole danes pri oblikovanju poklicne identitete

Ob dogajanjih v slovenskem prostoru v zadnjih letih v tako imenovanem postsocializmu se tudi šola ni mogla izogniti nekaterim spremembam. Naj se dotaknem samo nekaterih.

Nastopile so velike socialne in ekonomske spremembe, ki so posledica osamosvojitve. Povečala se je brezposelnost, zlasti brezposelnost mladih, ki je ključna pri doseganju poklicne samozavesti in nastajanju poklicne identitete. Vendar to ne velja za poklic ZN, saj so medicinske sestre množično odhajale iz zdravstve-



Sl. 3. Vključevanje v aktivnosti ZN. Aktivnost igre in dela, ki ji v bolnišnici namenjamo premalo pozornosti.

Foto: Klaudiva Urbančič

nih zavodov iz drugih razlogov, ne pa zaradi zapiranja delovnih mest. Zaradi konkurence na področju doseganja kakovosti storitev sta se povečali zahtevnost in kontrola učinkovitosti posameznikovega dela. Nastale so nove oblike zasebnih dejavnosti in s tem tudi nov sistem vrednot na področju ekonomskega in socialnega razvoja. Ljudje so zaradi neizpoljenih pričakovanj glede uspehov novega sistema vse bolj razočarani in nezaupljivi. To ne povzroča samo socialne krize, pač pa tudi krizo poklicne identitete.

Posledice vsega tega silijo posameznika, da na novo vzpostavi in prilagodi svoje delovne in socialne odnose, kar pomeni, da ponovno vzpostavi svojo poklicno in socialno identiteto. Vsa ta dogajanja lahko vplivajo na odločitve za poklic ZN ali pa silijo študenta in diplomanta ZN v nujno preoblikovanje njegove poklicne identitete v času, ko se ta šele prvič vzpostavlja in je tako še posebej občutljiva.

### Kakšna je vloga izobraževanja v vzpostavljanju nove poklicne identitete in poklicne resocializacije?

Ob upoštevanju že navedenih spoznanj pri uspešnem oblikovanju poklicne identitete in agensov, ki jo utegnejo rušiti, je odgovor naslednji: vloga izobraževanja je omejena. Spremembe, ki jih šola lahko ponudi

za pospeševanje nastajanja ugodnih pogojev za oblikovanje poklicne identitete v praksi ZN so povezane s procesom in drugimi sočasnimi dejavniki. Predvsem so to neugodne ekonomske razmere, pomanjkanje osebja v ZN in procesi doseganja avtonomije ZN, povezani z nekaterimi aktualnimi aktivnostmi v slovenskem prostoru ZN (postopki standardizacije, razmejitev ZN).

- Vlogo šole vidim predvsem v oblikovanju uspešnih učnih baz, ki naj bi zadostile že navedenim kriterijem učne baze. V njih bi poleg vzgojnoizobraževalnega procesa potekal tudi proces intenzivne poklicne socializacije, tako v času bazičnega izobraževanja za ZN, kot tudi v vmesni fazi pripravništva. Izvajalci obeh procesov naj bi imeli ustrezno pedagoško izobrazbo.
- Sposobni prilagajanja in vzpostavljanja novih oblik poklicne identitete so posamezniki s solidnim bazičnim poklicnim znanjem. Mogoče bi to spoznanje navajalo k spremembi učnega programa izobraževanja za ZN v smeri prerazporeditve razmerja teorija: praktični pouk, v korist povečanja deleža teorije.
- Nujno je potrebno zmanjšati razkorak med teorijo in prakso ZN. Šola pripomore v zadnjem času k temu z oblikami dopolnilnega podiplomskega izobraževanja iz ZN. Vendar je zavest za posameznikovo premanentno izobraževanje še vedno nizka.

Ponovno poudarjam, da je le solidno bazično izobraževanje tisto, ki razvija poleg sposobnosti prilagajanja hitrim spremembam medicinske kulture tudi sposobnosti prilagajanja različnim socialnim in organizacijskim zahtevam razvoja. Predstavlja pa tudi temelj za razvoj takšnih oblik poklicne identitete, ki bodo omogočile posamezniku preživetje težkih okoliščin, ki nastajajo v procesih hitrih socialnih, ekonomskih in političnih sprememb.

## Literatura

1. Bergant M. Teme iz pedagoške sociologije. Ljubljana: CZ, 1970.
2. Bergant M. Nove teme pedagoške sociologije in sociologije reforme šolanja. Ljubljana: Znanstveni inštitut FF, 1994.
3. Berger P, Lukman T. Družbena konstrukcija realnosti. Ljubljana: CZ, 1988.
4. Bonač-Vodeb M. Supervizija v praksi prvega letnika Visoke šole za socialno delo. Socialno delo 1994; 33: 499–501.
5. Burns K, Egan E. Description of a stressful encounter: appraisal, threat and challenge. Journal of nursing education 1994; 33: 21–8.
6. Campbell I, Larrivee L, Field P, Day R, Reutter L. Learning to nurse in the clinical setting. Journal of advanced nursing 1994; 20: 1125–31.
7. Diekelmann N. Nursing education: caring dialog and practice. Journal of nursing education 1990; 29: 300–5.
8. Ferguson K, Jinks A. Integrating what is taught with what is practised in the nursing curriculum: a multidimensional model. Journal of advanced nursing 1994; 20: 687–95.
9. Fretwell J. Creating a ward learning environment: the sister's role. Nursing Times Occasional Papers; 1983: 79–9.

10. General nursing council for England and Wales: A statement of policy relating to basic nursing education in general and sick children's nursing. London: GNC; 1983: 83/13/A.
11. Gordon T. Trening večje učinkovitosti za učitelje. Ljubljana: Sve-tovalni center za otroke, mladostnike in starše, 1992.
12. Grbec V. Razvojni trendi v ZN. Ljubljana: Zdrav Obzor 1990; 24: 251–4.
13. Grbec V. Sistemi delitve dela v ZN. Ljubljana: Zdrav Obzor 1988; 22: 3–9.
14. Grbec V. Timsko delo v PZN. Ljubljana: Zdrav Obzor 1989; 23: 123–7.
15. Hajdinjak G, Hoyer S, Štebe V ur. Vzgojno izobraževalni program zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1992.
16. Hartley D, Aukamp V. Critical thinking ability of nurse educators and nursing students. Journal of nursing education 1994; 33: 34–5.
17. Klevišar M. Bolnik in njegovo upanje. Ljubljana: Obzor Zdr N 1994; 28: 175–8.
18. Kobolt A. Skupinska supervizija in supervizija delovne skupine oziroma tima. Socialno delo 1994; 33: 489–93.
19. Kos MA. Duševne obremenitve medicinske sestre v enoti za intenzivno terapijo. V: Intenzivna terapija in nega otroka. Ljubljana: Klinični center, Pediatrični oddelek kirurških strok, 1994.
20. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica ZN Slovenije, 1994.
21. Medveš Z. Pedagoška etika in koncept vzgoje (1. in 2. del). Ljubljana: Sodobna pedagogika 1991; 42: 101–17, 213–26.
22. Medveš Z. Aktualnost reformske pedagogike v sodobnih vzgojnih konceptih in njen pomen v razvoju vzgoje in izobraževanja na Slovenskem. Maribor: Mednarodni posvet o alternativnih vzgojnih konceptih in znanstveni simpozij o raziskovalnih dosežkih v vzgoji in izobraževanju, 1992: 1–14.
23. Medveš Z, Muršak J. Poklicno izobraževanje, problemi in perspektive. Ljubljana: Znanstveni inštitut FF, 1993.
24. Murray M. Beyond the myths and magic of mentoring. San Francisco: Josey Bass Publishers, 1991.
25. Mogan J, Knox JE. Characteristics of best and worst clinical teachers as perceived by university nursing faculty and students. Journal of advanced nursing 1987; 12: 331–7.
26. Musek J. Znanstvena podoba osebnosti. Ljubljana: Educy, 1993.
27. Oiger M. An ideal sister – seven years on. Nursing times occasional papers 1986; 82: 2–2.
28. Oiger M. An ideal sister. London: RCN, 1982.
29. Orton H. Ward learning climate and student nurse response. Nursing times occasional papers 1981; 77: 17–7.
30. Pagana KD. The relationship of hardness and social support to student appraisal of stress in an initial clinical nursing situation. Journal of nursing education 1990; 29: 255–61.
31. Pahor M, Grbec V ur. Zdravstvena vzgoja. Študijski program. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1993.
32. Pembrey S. The ward sister – key to care. London: RCN, 1980.
33. Quinn BC. The influence of same sex and cross sex mentors on professional development and personality characteristics of woman in human services. Dissertation abstracts international 1980; 41: 1498–9-a.
34. Quinn GM. The principles and practice of nurse education. London: C&H, 1991.
35. Ramovš J. Doživljanje – temeljno človekovo duhovno dogajanje. Doktorska disertacija. Ljubljana, 1986.
36. Ramovš J. Od pouka prek mentorstva do supervizije. Socialno delo 1994; 33: 507–14.
37. Russler M. Multidimensional stress management in nursing education. Journal of nursing education 1991; 30: 314–46.
38. Tekavčič-Grad O. Pomoč človeku v stiski. Ljubljana, 1995.
39. Ule M. Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1993.
40. Urbančič K. Opisno ocenjevanje učenca/pripravnika v zdravstveni negi. Ljubljana: Obzor Zdr N 1994; 28: 113–8.
41. Urbančič K. Pomen praktičnega pouka pri izobraževanju za zdravstveno nego na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani. Prešernova naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, 1995.