

## RAZLOGI ZA PREHOD IZOBRAŽEVANJA ZA ZDRAVSTVENO NEGO NA UNIVERZITETNO RAVEN IN NJEGOVE ZNAČILNOSTI

REASONS FOR THE TRANSITION OF THE EDUCATION IN NURSING CARE TO THE  
UNIVERSITY LEVEL AND ITS CHARACTERISTICS

Majda Pahor

UDK/UDC 614.253.2:378.6

DESKRIPTORJI: *izobraževanje, zdravstvena nega; fakulteta, zdravstvena nega*

DESCRIPTORS: *education, nursing; faculty, nursing*

*Izvleček – Članek umešča dejavnost in izobraževanje za zdravstveno nego v kontekst družbenih sprememb poznoderne dobe. Obravnavani so sociološki vidiki dejavnosti ter profesionalizacija kot strategija uveljavljanja poklicne skupine, ki je za zdravstveno nego le delno uspešen projekt. Pojavljajo pa se možnosti »novega« profesionalizma v fleksibilnem in spremenljivem okolju pozne moderne. Izobraževanje za zdravstveno nego prehaja na visokošolsko raven in zdravstvena nega postaja akademska disciplina, pri tem pa ima probleme, od razvoja raziskovanja do oblikovanja nove paradigme poučevanja in nove vloge učiteljev, študentov in študijskih programov v smeri nastajanja kritičnega mišljenja kot značilne pridobitve visokega izobraževanja.*

*Abstract – The article places the education in nursing care inside the context of social changes of the late modern period. Sociological aspects of the process and professionalization as the strategy for the assertion of the vocational group which have proved to be only partially successful for nursing care, are discussed. There appear to be opportunities of »new« professionalism in the flexible and changeable circumstances of the late modern period. The education in nursing care is passing over to the university level and becoming one of the academic disciplines; the described process is being accompanied by several problems, extending from the development of research work to the shaping of new paradigm of teaching and the new role of teachers, students and new curricula, especially in the view of the development of critical thinking which is a characteristic trait of the university level of education.*

### Uvod

V drugi polovici 20. stoletja prehaja izobraževanje za zdravstveno nego na univerzitetno raven. Deklarativno velja to za ves svet (1), operativno pa predvsem za Severno Ameriko, Evropsko zvezo in države članice Evropskega sveta (1, 2). Ta prehod pomeni zahtevo po utemeljevanju znanja za zdravstveno nego v teoriji, zasnovani na raziskovanju. Postavljajo se vprašanja, kakšni so razlogi za te spremembe, kakšne so značilnosti procesa uvajanja univerzitetnega izobraževanja za zdravstveno nego in kakšne so posledice.

Razsežnosti sprememb so različne. Visokošolsko izobraževanje za zdravstveno nego obstaja v ZDA že od začetka stoletja in v Veliki Britaniji od konca 50-ih let, v večini drugih evropskih držav pa so ga uvedli šele v 80-ih letih. Tudi delež medicinskih sester, ki so študirale na univerzitetni ravni, praviloma ni presegel

ozke poklicne elite. Še zdaj ima le okoli 40 % zaposlenih medicinskih sester v ZDA štiriletno visokošolsko izobrazbo, v evropskih državah pa je ta odstotek še nižji (2, 3). Najhitreje se v zadnjih letih povečuje v skandinavskih državah in Veliki Britaniji, počasneje v južni, najpočasneje pa v srednji in vzhodni Evropi.

Čeprav so politiki, ki se ukvarjajo z zdravstvenim varstvom v različnih državah, odločeni, da spoštujejo dogovorjeno raven izobrazbe v tem poklicu in zagotovijo postsekundarno izobrazbo vsem, ki delajo na področju zdravstvene nege, pa naletijo na probleme v zvezi s financiranjem; medicinske sestre so najštevilčnejša in zato draga, če že ne vplivna poklicna skupina v zdravstvu. Dileme se pojavljajo tudi glede kvalitete in vrste postsekundarne izobrazbe, ki naj bi jo dobivale kandidatke za poklic. Vprašanje je, ali naj bo to pretežno praktično usposabljanje, usmerjeno v konkretne postopke in predvsem sodelovanje z zdravni-

Dr. Majda Pahor, dipl. soc., viš. pred., Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Poljanska 26a, Ljubljana

Opomba: Članek povzema del doktorske disertacije z naslovom Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani, ki jo je avtorica maja 1997 zagovarjala na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani (mentorica prof. dr. Cveta Razdevšek-Pucko).

kom, ali pa naj ima značilnosti univerzitetnega izobraževanja, to je razvoja samostojnosti, kritičnega mišljenja, sposobnosti uporabljanja teoretičnega znanja in racionalnosti.

Če domnevamo, da je zdravstvena nega tako kot druge poklicne dejavnosti vpeta v družbene razmere in tokove spreminjanja norm in vrednot, ne moremo prezreti vpliva globalnih procesov prehoda iz tradicionalne v moderno in poznomoderno družbo. Tudi sociološke raziskave slovenske družbe (4, 5, raziskave – SJM) ugotavljajo prevlado modernizacijskih procesov, sicer še z elementi tradicionalizma, ki pa niso več zelo izraziti.

Glavne značilnosti poznomoderne družbe so spremljivost, nedoločenost in nestabilnost. Ni skupnih družbenih vrednostnih sistemov, različni subjekti razvijajo ločene vrednostne sisteme. Diferenciranost družbe se kaže v specifičnih ciljih posameznih družbenih skupin, kar povzroča ideološki pluralizem, na ravni vsakdanjega življenja pa možnost izbire različnih življenjskih stilov. Kanali socialne mobilnosti so bolj odprti kot v preteklosti, družbeni položaji posameznikov so bolj pridobljeni (zlasti na osnovi izobrazbe in znanja) in manj pripisani ali prirojeni. Značilno je multiplo in delno članstvo v različnih strukturah, kar pomeni, da je posameznik le delno integriran in le delno družbeno nadzorovan in ima velik prostor za individualnost in samointerpretacijo. Tudi socializacija v poklic ni več tako močna, posameznik ima še druge identitete, ki jih lahko tudi menjuje (6).

Posledici fluidnosti identitet, negotovosti in pluralnosti sta lahko strah in zatekanje pod okrilje novih totalitarizmov, na primer nacionalizma, novodobniške religioznosti ipd., lahko pa prinesejo tudi razvoj zavedanja o posledicah svojih dejanj in interakcij ter sposobnost zavestnega spreminjanja družbenih struktur. Znanosti, zlasti družboslovne, lahko omogočijo ljudem razumevanje njihovega položaja, zavedanje skritih družbenih procesov in usposobitev za spremembe. Za poznomoderno družbo je namreč značilen paradoks – ljudje kot skupnost imajo čedalje večjo moč nad naravnimi in družbenimi procesi, kot posamezniki pa se čutijo ranljive in nemočne. Poznomoderna družba je po eni strani čedalje bolj brezosebna zaradi razvoja tehnologije in upravljanja, a hkrati omogoča razvoj družbenega zavedanja, ozaveščenosti in povečanih možnosti posameznikov, da nadzorujejo svoje življenje. Tudi razvoj identitete ni več samo posledica zunanjih vplivov, na primer časa, prostora ali družbenega položaja, tako kot v tradicionalni družbi. Zdaj si svojo identiteto lahko izberemo in jo tudi spreminjamo; sami pišemo svoje biografije in sami izbiramo svoje življenjske sloje (6).

Tudi medicinske sestre, pripadnice poklica, ki je nastal v okviru institucionalnega zdravstvenega varstva z dominantno vlogo zdravnika, so del teh globalnih družbenih sprememb. Kot podrejen sloj v hierarhični organizaciji zdravstvenega dela so skupina, ki

ni zadovoljna s svojim položajem. Poklicna elita vidi sredstvo za uveljavljanje te dejavnosti v profesionalizaciji s pomočjo pridobivanja profesionalnih atributov. Za profesije pa je poleg zakonsko opredeljene samostojnosti na njihovem strokovnem področju pomemben element izobraženost pripadnikov na univerzitetni ravni. Pri tem doživljajo medicinske sestre od pore vsaj iz treh smeri; upirajo se zdravniki, ki ne želijo izgubiti te poklicne skupine z njeno podrejeno pomočniško vlogo, upira se država, ker bi morala bolj kvalificirane delavce bolje plačati, in upira se univerza (zlasti če ni zelo fleksibilna), kajti zdravstvena nega na začetku svoje akademske poti ne izpolnjuje strogih kriterijev že uveljavljenih znanosti. Odpori pa prihajajo tudi od mnogih pripadnic samega poklica, saj bi nova podoba medicinskih sester kot samostojnih strokovnjakinj prinesla s sabo zahteve po večji usposobljenosti in odgovornosti. Postavlja se tudi vprašanje, ali je profesija res tisto idealno stanje, ki bi medicinskim sestram omogočilo razrešitev paradoksa poklicne skrbi – zasebnega v javnem, ali (7) ravnotežja med sfero sistemskih imperativov ter solidarnostjo in skrbjo kot elementom sveta življenja, med povezanostjo z drugimi in samostojnostjo. Pogled na profesionalizacijo drugih poklicev kaže, da je šlo pri tem procesu praviloma za strategijo poklicne skupine za pridobivanje družbenega ugleda, ki pa v poznomoderni družbi, v dobi razpada fiksnih obrazcev podrejenosti in nadrejenosti, ne vzdrži več. Je torej profesionalizacija velika zgodba preteklosti in slepa ulica za tiste, ki bi zdaj hoteli po tej poti? Ali pa je možen »novi profesionalizem« kot sinteza in originalna razrešitev paradoksa poklicne skrbi?

### Zasebno v javnem – paradoks poklicne skrbi

Skrb za bolne in pomoči potrebne je element **sveta življenja** (7). Je simbolni prostor, v katerem so kultura, družbena integracija in osebnost podpirani in reproducirani. Svetu življenja stoji nasproti **sistem**, ki omogoča bolj materialno kot simbolično reprodukcijo. Družbeni sistemi, zlasti tržna ekonomija in država, sledijo funkcionalnim imperativom in služijo kot formalno organizirani sistemi akcije, zasnovane na denarju in moči (7). Racionalizacija materialne proizvodnje (sistema) vodi k povečanju diferenciacije in kompleksnosti (ekspanzija trgov in politične ter administrativne organizacije), racionalizacija sveta življenja pa k povečanju smisla komunikacijske akcije. Iz tega izhaja »**paradoks racionalnosti**« – življenjska racionalizacija se v sistemu osamosvaja in sčasoma sistem instrumentalizira življenje ter celo grozi, da ga bo uničil. Sistemska racionalizacija grozi s kolonizacijo življenja. Enostavneje povedano, to, kar si razum izmisli, da bi življenje olajšal, se od njega osamosvoji in se mu (lahko) postavi nasproti, kar se kaže na primer v neracionalnosti birokratskega upravljanja, ki izvira iz racionalnega pristopa (ali neracionalna upo-

raba racionalnih znanstvenih dosežkov). Primer za to sta tudi institucionalizacija in birokratizacija zdravstva. Po Habermasu to sicer ni nujno samo po sebi, je pa dejstvo v sedanjem svetu.

To je temna stran moderne kulture. Obstaja pa tudi svetla, in to je možnost racionalizacije sveta življenja, razumevanja pojavov, ki nas obdajajo. To omogoča kritično analizo tega, kar je veljalo za dano, in spodbuja objektivne možnosti pridobitve pravega racionalnega konsenza. Racionalno uravnavanje življenja temelji na **svobodni in enakopravni razpravi**, ne pa na sili. Pomembna je emancipacijska dimenzija znanja in v zvezi s tem družbeni pogoji za odprt, demokratičen dialog. **Samo neomejena razprava daje možnosti za razvoj samoreflektiranega kritičnega znanja in zavedanja.** Emancipacijski spoznavni interes (družboslovne vede) poskuša izpostaviti in kritizirati politične okoliščine, ki deformirajo človekovo komunikacijo in naredijo znanje nezanesljivo in nenatančno (8). Primer deformirane komunikacije je na primer še vedno praviloma neenakopraven odnos med zdravnikom in bolnikom (9). Pogoj za spremembo tega odnosa ni le prevzgoja zdravnikov in bolnikov, ampak realna družbena sprememba na področju odnosov med profesionalci in laiki. Ta pristop je primeren tudi za analizo odnosov med zdravniki, medicinskimi sestrami in bolniki. V tradicionalnem sistemu je šlo za pretežno enosmeren pretok komunikacij. Do sprememb je začelo prihajati zaradi procesov profesionalizacije pri medicinskih sestrah in zaradi sprememb pri bolnikih, ki postajajo organizirani uporabniki zdravstvenega varstva, kar naj bi omogočilo bolj odprto komunikacijo. Ključni procesi demokratizacije potekajo v širši družbi, sčasoma pa se uveljavijo tudi v zdravstvenem varstvu.

Korak k uskladitvi življenjske in sistemske racionalnosti omogoča kritična teorija družbe. Po Habermasu je funkcija kritične teorije družbe ravno to, da ekspozira nezavedno ali skrito izvajanje moči ali dominacije. Habermasovo delo je težnja po povezavi teorije in prakse. Emancipacijsko vlogo teorije povezuje z družbenimi gibanji 20. stoletja, z novo politiko, katere akterji so novi srednji razred, mladina in izobraženci. Mirovno, ekološko, protijedrsko gibanje, gibanje za osvoboditev manjšin, za alternativne življenjske sloge, protesti proti davkom, religiozni fundamentalizem, ženska gibanja – vsa ta gibanja se upirajo težnjam po kolonizaciji življenja, čeprav niso vsa progresivna ali emancipatorična. Najbolj univerzalistično je po Habermasu žensko gibanje. V kontekstu teh sprememb lahko opazujemo tudi dogajanja na področju zdravstvene nege.

### *Sociološki pogled na dejavnost zdravstvene nege*

(Zdravstvena) nega je vedno pomenila pomoč pri vsakdanjih aktivnostih za ohranjanje in vračanje zdrav-

ja, ki jih ljudje niso mogli opravljati sami zase. To delo je potekalo v družinah, kjer so ga opravljale večinoma ženske članice družine ali pa služinčad. V vaških skupnostih pa so se s tem polpoklicno ukvarjale nekatere ženske, ki so bile v določenih obdobjih zgodovine tudi preganjane kot čarovnice (10).

Zdravstvena nega kot plačana poklicna dejavnost pa se je razvila kot odgovor na spremenjene družbene potrebe po zdravstvenem varstvu. Industrializacija v 19. stoletju je spremenila strukturo in število prebivalstva in povzročila nove vzorce bolezni. Družbene spremembe (industrializacija, urbanizacija, nastanek delavskega razreda) so prinesle nove ideje o pravicah in odgovornostih tudi v zvezi s skrbjo za zdravje, prav tako pa so tudi ustvarile nove zdravstvene potrebe. Ali določena družba poskuša zadovoljevati te potrebe in ali je pri tem uspešna, je odvisno od različnih dejavnikov, ki segajo od ekonomskih in demografskih značilnosti do stopnje razvoja znanja in znanosti, kulturnih vzorcev in religioznih prepričanj. Principi, organizacija in zagotavljanje zdravstvenega varstva so rezultat kompleksnega vpliva vseh teh dejavnikov (11).

Sedanja dejavnost zdravstvene nege izhaja iz dveh zelo različnih, celo nasprotujočih si virov:

1. iz tradicionalne samostojne ženske zdraviteljske in negovalne vloge v družini in skupnosti,
2. iz zdravniku podrejene vloge bolnišnične delavke za opravila po zdravnikovem naročilu; ta vloga izhaja iz vzpona bolnišnic v 19. stoletju.

Iz tega izpeljemo različne vidike zdravstvene nege, ki jo lahko v sociološkem smislu pojmuje kot:

- dejavnost sveta življenja, ki zagotavlja reprodukcijo rodu, nekumulativno oziroma ciklično dejavnost,
- dejavnost samoorganiziranih žensk, od moških ločeno skupnost z lastnimi pravili,
- dejavnost zasebnega, osebnega, emocionalnega, v sferi socialnega, racionalnega, ki je posledica prenosa dejavnosti skrbi iz družine in skupnosti v družbo,
- rezultat delitve dela v industrializiranem institucionalnem zdravstvenem varstvu 19. stoletja.

Težave so tudi z imenom. Dejavnost se imenuje zdravstvena nega, nosilke dejavnosti pa medicinske sestre. Izraz zdravstvena nega naj bi nakazoval razliko v primerjavi z laično nego ali poklicno osebno nego (na primer frizerke, kozmetičarke). Izraz »sestra« je dediščina verskih redov, ko so se usmiljene sestre (nune) ukvarjale z nego bolnikov, kar je bil del njihovih verskih dolžnosti. Prenehanje vodilne vloge cerkvene skrbi za bolnike je prineslo izraz »medicinska sestra«, da bi se nakazala laičnost tega poklica v nasprotju z »usmiljeno sestro«.

V angleščini se za to dejavnost uporablja izraz »nursing«. Nosilka dejavnosti je »nurse« (iz lat. nutrix:

doječa mati, dojilja, hraniteljica). Izraz je pomenil najprej otroško varuško oziroma negovalko ali dojiljo (wet-nurse), kasneje negovalko nižjega ranga v bolnišnici (nadrejene so se imenovale »sister« ali »matron«). V zadnjih desetletjih se izraz »nurse« uporablja za vse medicinske sestre, z opredelitvijo položaja (nurse director za glavno medicinsko sestro, nurse teacher za učiteljico zdravstvene nege, nurse professor za univerzitetno profesorico zdravstvene nege itn.)

V drugih evropskih jezikih se izraz navezuje na bolnika (nem. Krankenschwester – bolniška sestra; it., špan., fr. infermiera – bolničarka, ali na nego bolnika: niz. verpleegkundige – negovalka) V nekaterih državah so z uvedbo univerzitetnega izobraževanja spremenili tudi naziv poklica ali pa dodali oznako, da gre za osebo z visoko izobrazbo (na primer v islandskem, norveškem, finskem in švedskem jeziku) oziroma za dejavnost, utemeljeno na znanstveni osnovi, na primer scienze infermieristiche v italijanščini ali Pflege-wissenschaft v nemščini.

Nasprotja, inherentna dejavnosti zdravstvene nege, so vidna tudi v samoopredelivah dejavnosti, tako tistih, ki so nastale na osnovi akademskih prizadevanj za teoretične utemeljitve stroke, kot pri institucionalnih opredelitvah dejavnosti v SZO ter različnih mednarodnih in nacionalnih združenjih medicinskih sester. V splošnem bi lahko teoretične opredelitve zdravstvene nege razdelili na štiri skupine: prva izhaja iz humanistične tradicije, druga poudarja medsebojno odnose kot bistvo zdravstvene nege, tretja izhaja iz sistemske teorije, četrto pa bi lahko imenovali »novodobniška« – poudarja holizem, energijo, ozaveščenje, duhovnost ipd. (12). SZO opredeljuje zdravstveno nego kot avtonomno dejavnost (13). Kritični pogled na to opredelitev pa pokaže, da gre bolj za usmeritev v prihodnost kot za značilnost sedanjosti. Je zelo široka in ne definira specifičnega prispevka te poklicne skupine, obenem pa je nerealistična, saj ne upošteva zelo različne, v splošnem pa relativno nizke stopnje izobraženosti medicinskih sester, majhnega vpliva na odločanje na vseh ravneh zdravstvenega varstva, še prisotne diskriminacije žensk in prevlade kurativne medicine nad skrbjo in podporo (14). Kot taka je lahko predvsem usmerjevalka zdravstvene nege v razvoj za samostojno delo in partnerstvo s klienti.

## Strategija uveljavljanja poklicne skupine

### *Profesionalizacija kot strategija uveljavljanja poklicne skupine v (pozno)moderni družbi*

Spremembe na področju dela v poznomoderni družbi so večplastne (15); delovna sila se premika v storitveni sektor, informacije postajajo glavna produktivna sila. Spremembe so po obsegu in globini podobne tistim iz časa industrijske revolucije. Prototip postindustrijskega delavca predstavlja zaposleni v terciar-

nem sektorju, za katerega sta značilni visoka izobrazba in kompleksna usposobljenost, ki sega od »tehnokratske« usposobljenosti za načrtovanje in odločanje, kot jo imajo na primer inženirji, ekonomisti, sistemski analitiki, do »skrbstvene«, kot je na primer usposobljenost učiteljev, zdravnikov, medicinskih sester, socialnih delavcev, svetovalcev ipd. Ključna značilnost delavca prihodnosti je znanje, ključno vprašanje pa, kako organizirati znanje kot delo.

Tradicionalna organizacija dela predpostavlja, da zna vodja vse tisto, kar zna podrejeni, in ga lahko tudi vsebinsko nadzoruje. V postindustrijski družbi pa je znanje koncentrirano v produktivnem delu (raziskovalci, zdravniki, učitelji). Vodje (managerji) praviloma ne morejo več nadzorovati dela, ampak ga le organizirajo. Dolgo izobraževanje, v katerega so vključeni delavci v postindustrijski družbi, ima nekatere sociološke posledice – razvijeta se močna identifikacija s svojim delom in kolegi ter poklicna solidarnost. Visoko izobraževanje ne daje samo znanja, ampak oblikuje stališča, pričakovanja, medsebojne povezave, ki jih managerska racionalizacija ne more vkalupiti v birokratski okvir. Z naraščanjem števila tako izobraženih ljudi se pojavijo potrebe po spremembah v delitvi dela in preseganju industrijske organizacije dela. Leta je racionalizirala delo z razgradnjo tradicionalne obrtniške proizvodnje in vzpostavitev nadzorovane množične proizvodnje. Delitev dela je pomenila funkcionalno ureditev medsebojno odvisnih nalog, ki jih izvajajo za to usposobljeni posamezniki. Industrijska racionalizacija je odstranila **delo kot medčloveški odnos** iz »idealne organizacijske sheme« (ni ljudi, ki delajo, ampak so »kadri«). Uveljavljanje znanja kot nosilca produkcije v postindustrijski dobi pa postavi »medčloveški« vidik spet v ospredje. Delo namreč ni individualna dejavnost, ampak oblika socialne organizacije.

Višanje izobrazbe pripadnikov poklicne skupine, večanje pomena teoretičnih znanj in najmanj štiriletno postsekundarno izobraževanje za pričetek dela so nekatere od značilnosti procesov profesionalizacije. Bistvena značilnost pa je vzpostavitev nadzora nad svojim delom. Ta status so določeni poklici, na primer zdravniki, dosegli s političnimi pogajanjmi. Ponavljanje tega uspešnega vzorca pridobivanja privilegijev je težavno, kajti prostor je že zaseden (15). Druge poklice, ki se borijo za ta status, namreč že nadzoruje država (učitelje, socialne delavce), kapital (delavce v industriji, financah, storitvah) ali drugi profesionalci (zdravstvene delavce).

Za profesionalizem je značilen tudi poudarek na etičnem vidiku; profesionalci postavljajo interese klienta pred lastne interese. Empirične raziskave ravnanja profesionalcev (15) kažejo, da to drži na ravni principov, ne pa na ravni konkretnega ravnanja. Profesionalna etika deluje kot ideologija, ki prispeva k pozitivni podobi profesije, da le-ta laže uveljavlja svoje interese. Neoporečne storitve klientom naj bi zagotavljala sa-

moregulacija kot možnost izključitve pripadnikov, ki ne ravnajo v skladu s profesionalnimi standardi. Tudi tu empirične raziskave kažejo manj spoštovanja teh principov in več delovanja za zaščito svojih članov. Tendenca druge polovice 20. stoletja je tudi povečanje družbenega nadzora nad profesionalci, ki praviloma izhajajo iz zahtev klientov. Kaže se kot povečano nezaupanje do zdravstva (tudi v Sloveniji raziskave javnega mnenja kažejo na upad zaupanja v zdravstvo; SJM 1981/1982, SJM 1994), povečano število tožb ipd. Odločitve sodišč v ZDA so praviloma v korist klientom, zato zlasti profesionalne institucije spodbujajo svojo pozitivno podobo z nadzorovanjem kakovosti dela, akreditacijami, listinami o pravicah klienta ipd. Razloga za aktivnejši in zahtevnejši odnos klientov sta tudi višanje izobrazbe prebivalstva in povečan delež izobraženih ljudi.

Profesije so izpostavljene kritikam iz različnih virov, od reformističnih do radikalnih, ki zahtevajo kar ukinitve profesij. Toda če izhajamo iz ekspertnega znanja, ki je skupni imenovalc vseh profesij, potem moramo ugotoviti, da bi bila posledica razgraditve ali ukinitve dejavnosti, temelječe na znanju, korak nazaj v predindustrijsko skupnost in predindustrijsko kakovost življenja. Zato so radikalne kritike na primer medicinske profesije (16) neproduktivne.

Friedson (15) vidi možnost za prihodnost v družbeni podpori etičnemu vedenju, zavzetosti (ne heroizmu) profesionalcev in v zagotavljanju družbenih pogojev za udeleževanje profesionalne etike, kar pomeni zagotavljanje relativne varnosti in podpore profesionalcem. Taka oblika organizacije dela bi bila lahko korporativizem po logiki: »Zaščitni me pred tekmovalnostjo prostega trga in v zameno ti bom dajal/a strokovno in etično neoporečne storitve.«

Druga stvar pa je, kako omejiti odvisnost od ekspertov in njihove privilegije. Profesije ne bi smele biti vir izkoriščanja in nepravilnosti. Zato ostaja odprto vprašanje, ali je za profesije bistveno znanje ali moč. Moč so si pridobile samo nekatere poklicne skupine, ki delajo na osnovi znanja. Mogoče predstavlja prevajanje teorije (na primer medicinskega znanja ali zakonodaje) v prakso (zdravljenje ali sojenje) v kombinaciji s povezavo z vladajočim razredom tisto specifično, ki zagotavlja določeni poklicni skupini poseben položaj.

Profesionalizacija je torej lahko strategija neke poklicne skupine, da si pridobi monopol nad določeno dejavnostjo v zameno za svojo nadzorno funkcijo nad določenimi oblikami družbene deviantnosti. Zagotovitev klientele poteka z eliminacijo podobnih poklicev. Pri tem so na primer zdravniki uporabljali različne ukrepe: **subordinacija** drugih poklicnih skupin (negovalke, babice, medicinske sestre), **omejitve dejavnosti** (na primer dentisti, farmacevti) ali **izključitev** (alternativna medicina, duhovniki). Kljub tem procesom izrinjanja pa si vsi ti poklici prizadevajo pridobiti status profesije.

Oblika prilagoditve medicinskih sester odnosom podrejenosti je posebna neformalna subkultura, ki jo Turner (9) imenuje subkultura **pritoževanja**. Poleg formalne poklicne socializacije, katere cilji so napisani v kurikulumu in v okviru katere se študentke usposablajo za delo z bolnikom in sodelovanje z zdravnikom, kandidatke za poklic namreč doživljajo tudi neformalno socializacijo med prakso na bolnišničnem oddelku. Namen te socializacije je sprejeti alternativno, nenapisano ideologijo poklica, ki omogoča preživetje v sistemu, kjer so medicinske sestre podrejene. Pritoževanje delegitimizira avtoriteto in jo hkrati ohranja – je varnostni ventil za frustracije, obenem pa ne izziva obstoječih razmerij moči. Raziskave (9) so identificirale pet glavnih funkcij pritoževanja medicinskih sester. Prvič, pritoževanje razvrednoti delo zdravnikov, poudarja njihove negativne lastnosti ali celo potencialno nevarnost za bolnika, poudarja neodvisen prispevek in pomen zdravstvene nege. Drugič, organizacija bolnišnice in nosilci avtoritete v njej se delegitimizirajo. Pritoževanje tudi spodbuja razkroj idealizma mladih medicinskih sester; starejše kolegice jim delo prikažejo kot naporno, utrujajoče, ne pa kot vir zadovoljstva. Pogost je ciničen, negativen pogled na lastno dejavnost. Najvažnejša funkcija pritoževanja je, da ustvarja občutek solidarnosti med pripadnicami poklica in njihovo zavestništvo tako proti zdravnikom kot proti upravi, pogosto pa tudi proti kolegicam, ki jim je kot posameznicam uspelo doseči katere od ciljev, ki jih medicinske sestre kot skupina niso. Pritoževanje, nazadnje, deluje kot varovalka in omogoča sproščanje napetosti, ne da bi se stvari kaj spremenile; ker ne vodi k akciji, ima konservativno funkcijo.

### *Delno uspešen projekt profesionalizacije – zdravstvena nega*

Turner (9) postavlja prizadevanja zdravstvene nege za profesionalizacijo v kontekst patriarhalizma kot enega osrednjih družbenih konceptov. Zdravstvena nega je tipičen primer patriarhalne podreditve žensk. V bolnišnici se oblikuje klasična triada: zdravnik je mož in oče, gospodar, racionalen, odločen, oddaljen; medicinska sestra je mati, gospodinja, je čustvena, podrejena, blizu in stalno prisotna; bolniki so otroci, ki so nemočni in morajo ubogati, zaupati materi in se bati očeta. To freudovsko razumevanje odnosov v bolnišnici odseva razmerja v patriarhalni družini 19. stoletja.

Oddaljenost zdravstvene nege od idealne podobe profesije je velika:

- delo opravljajo pretežno ženske, ki imajo v družbi nižji status kot moški,
- nizka izobrazba,
- slabe plače,
- nizek ugled,
- velika zamenljivost osebja,
- dolg delovni čas,

- nizka avtonomija pri delu,
- majhne možnosti za poklicno napredovanje.

Skratka, veliko obremenitev in malo ali nič privilegijev! Če poklic internalizira podrejanje kot vrednoto, je to šibka osnova za pridobitev moči. Florence Nightingale je sredi 19. stoletja zavestno vpeljala princip popolne podrejenosti zdravstvene nege zdravnikom, ker je bil to takrat edini način, da je bil novi poklic sprejet v bolnišnični sistem in tako zagotovil ženskam družbeno sprejemljivo plačano zaposlitev. V 20. stoletju pa je ta princip eden od ključnih problemov sodobne zdravstvene nege. Tudi raziskave (9) dokazujejo, da medicinske sestre praviloma obogajajo zdravnika, čeprav je bolnik ogrožen. Brezpogojna poslušnost sicer ni več splošno prisotna, samospoštovanje medicinskih sester pa je nizko. Najnovejše raziskave (9) pa ugotavljajo večjo odločnost med medicinskimi sestrami, pripravljenost za vztrajanje pri svoji profesionalni poziciji in tudi pripravljenost za politično akcijo v zvezi s pogoji zaposlovanja, kar kaže na nove značilnosti te poklicne skupine. Medicinske sestre so pomemben vir dobička za ameriško »zdravstveno industrijo«, ki omogoča okoli 500.000 zdravnikom najvišje plače na svetu, medtem ko je v tem sektorju zaposlenih 1.500.000 medicinskih sester, ki so najslabše plačani delavci z visoko izobrazbo (9). Trend pa se že spreminja, pravita Aburdene in Naisbitt v delu *Megatrends for women* (17), saj postajajo delovna mesta za medicinske sestre samostojnejša in boljše plačana.

V okviru prizadevanj za profesionalizacijo se zdi medicinskim sestram pomembna strategija poklicne zapore, to je nadzorovanje vstopanja v poklic, izobraževanja in dela ter preprečevanje tega dela nekvalificiranim. Poklicna zapora dvigne ceno delu in poveča privilegije (18).

Gonilo sprememb na področju profesionalizacije zdravstvene nege so bile spremembe v načinu produkcije, katerih posledice so bile višanje izobrazbe v 70. letih, žensko gibanje v istem času in povečan vpliv uporabnikov zdravstvenega varstva na storitve. Ključna sprememba je dostop do visokega izobraževanja. Elementi oziroma predpostavke »nove«, profesionalne zdravstvene nege (18) so:

- večja avtonomija, zasnovana na teoretičnem znanju,
- premik od biomedicinskega k holističnemu pristopu,
- v odnosu z bolnikom spodbujati bolnikove lastne potencialne v procesu zdravljenja, kar je terapevtska funkcija zdravstvene nege.

Ovire za ta proces so različne. Najprej je potrebno omeniti močan antiintelektualizem v poklicni skupini; ta izhaja iz pretekle dominantnosti nizko izobraženih medicinskih sester v poklicu, ki so mu izoblikovale specifično subkulturo (zanikanje pomena izobra-

zbe, povečevanje prakse ipd.). Zdravniška profesija predstavlja mejo gibanja navzgor, ovire postavlja tudi management, ki hoče čim cenejšo in zamenljivo delovno silo. Svoja profesionalna področja definirajo in omejujejo tudi druge poklicne skupine – fizioterapevti, delovni terapevti, socialni delavci itn. Osamosvajajo se poklicne skupine, ki jih je zdravstvena nega tradicionalno nadzorovala, to je negovalke, čistilke, pomožni delavci. Tudi kadar imajo medicinske sestre ločeno hierarhijo, je ta tipično fordovska – rigidna in birokratska, kjer je napredovanje predvsem posledica dolgoletne prakse in konformizma.

V Veliki Britaniji je zdravstvena nega pridobila nekatere attribute profesije: specializirano izobraževanje, profesionalno organizacijo in državno registracijo. Toda v nasprotju z zdravniki so ti koraki k profesionalizaciji le malo povečali avtonomijo pri delu in plače medicinskih sester. Delo medicinskih sester še vedno v veliki meri nadzorujejo zdravniki in v splošnem so zelo slabo plačane. Če kakšna poklicna skupina torej pridobi lastnosti profesije, jim privilegiji profesije ne sledijo avtomatično. Kateri so razlogi za neuspeh projekta profesionalizacije zdravstvene nege (19)?

Zdravstvena nega ne poseduje sistematičnega znanja, ločenega od drugih disciplin, in se v tem pogledu navezuje na medicino, delno pa na humanistiko in družboslovje. Opredelitve, kdo lahko izvaja zdravstveno nego, so še relativno nejasne, kar omogoča zaposlovanje manj kvalificirane delovne sile. Profesionalizacija medicine je bila uspešna, ker je bila prva, zdaj pa medicina kot dominantna disciplina v zdravstvenem sektorju ne dopušča razvoja drugih.

### *Zdravstvena nega med »starim« in »novim« profesionalizmom*

Če povzamemo glavne značilnosti procesov profesionalizacije, lahko ugotovimo naslednje:

- profesionalnih značilnosti noben poklic ne pridobi naenkrat, ampak postopoma, v raznolikih in specifičnih zgodovinskih situacijah,
- atributi profesij niso *dani* nobeni poklicni skupini, vsaka si jih mora izboriti korak za korakom,
- vloga znanja in izobraževanje pri profesionalizaciji ni preprosta – medicina na primer je pridobila položaj profesije, preden je medicinsko znanje postalo učinkovito in oprto na sistematično teorijo,
- pridobitev ugleda in visokih dohodkov je oblika skupinske socialne mobilnosti navzgor (cela skupina se premakne na primer iz obrtniškega ali služabniškega razreda, kot so bili zdravniki, v srednji sloj profesionalcev),
- poklic pridobi privilegije na osnovi pogajanj z nosilci družbene moči – v primeru zdravnikov so bile to država in zdravstvene ustanove, drugi poklici na poti profesionalizacije pa se najprej srečajo z etablirano in močno zdravniško profesijo (20).

Profesionalizacija povečuje stroške dela, če pa poleg države ali uporabnikov financira zdravstvo na primer farmacevtska industrija, ima to lahko nezaželene vplive na proces zdravljenja. Uporabniki zdravstvenega varstva so v sedanjem času aktivnejši in želijo omejevati monopol zdravstvenih delavcev. Za sodobno obliko organizacije dela je značilna timsko delo, ki povzroča razpad profesionalne identitete in spremembo odnosov med profesionalci.

Mogoče pa je projekt profesionalizacije ena od velikih »zgodb« preteklosti, ki je je, tako kot zgodba o naciji, razredih ali generacijskem konfliktu, konec v poznomoderni družbi (21, 5). Bistvo profesionalizacije so negacije: zapiranje, monopol, dominacija, nadzor, to pa so kategorije, ki izginjajo iz besednjaka poznomodernih družb. Verjetno bo ključni dejavnik zdravstvenega varstva prihodnosti sodelovanje z uporabniki in njihov partnerski položaj.

Težnje zdravstvene nege po profesionalizaciji so protislovne (22); po eni strani se bori proti dominantni profesiji, po drugi pa želi doseči tisto, kar so dosegli zdravniki. Pogled iz feminističnega zornega kota na te procese izzove vprašanje: model profesionalizma je moški model, kako naj se zdravstvena nega profesionalizira, če je nastala kot »dodatek« moški profesiji? Poleg tega je profesionalni pristop utemeljen na razumu in znanosti, negovalni pa na skrbi in pomoči (care). Kako to združiti?

Morda bi to omogočil prehod od »starega« k »novemu« profesionalizmu (22). Po kriterijih »starega« profesionalizma zdravstvena nega ni profesija. Med medicinskimi sestrami se za profesionalizacijo zavzema le ozka voditeljska elita, ki pa sama ne izvaja zdravstvene nege, ampak jo vodi, raziskuje ali poučuje. Klasično pojmovanje profesionalizma poudarja elitizem, moč, zanesljivost. Salvage (14) pravi, da bi imela profesionalizacija dejavnosti negativne posledice, kajti:

- Profesionalizem deli – večina medicinskih sester je neizobraženih, bolj se identificirajo z zdravniki kot s kolegicami, profesionalizacija bi pomenila nastanek nove elite v okviru zdravstvene nege.
- Profesionalizem vzpostavlja uniformen pogled, doktrino.
- Profesionalizem zanika potrebe delavcev – klient je prvi.
- Profesionalizem poudarja osebno odgovornost – toda ali imajo medicinske sestre tudi moč?
- Profesionalizem ne spreminja statusa quo – ali je povečanje avtoritete medicinskih sester boljše za bolnika?
- Profesionalizem ne podpira javnega zdravstva.

Torej je približevanje zdravstvene nege profesionalizmu približevanje modelu, ki je vprašljiv, zato je potrebna previdnost. Če je profesionalizem sklop »kolektivnih iluzij« 19. stoletja, potem je zabloda tako

ekskluzivno znanje kot individualni odnos s pacientom ali enotnost pripadnikov profesije.

### »Novi« profesionalizem

Iz kritike »starega« profesionalizma se je razvila nova paradigma organizacije dela profesionalcev v smislu »demokratskega« profesionalizma (22), ki predpostavlja partnerstvo in participacijo vseh sodelujočih in oblikovanje novih mehanizmov odločanja in načrtovanja. Za novi profesionalizem sta bistveni vključitev vidika uporabnika in vzpostavitev diskusije namesto distance profesionalca. Nadzor nadomestita podpora in pomoč pri osamosvajanju. Profesionalec uporablja svoje znanje za povečevanje znanja pacienta/klienta.

Za delo medicinskih sester je središčnega pomena skrb (care). Skrb, skrbstveno delo in profesionalna skrb so izrazi, ki jih Davies (22) loči. V slovenščini težko prevedljivi pojmi, na primer beseda care (skrb), ki ima osnovo v latinski besedi caritas (skrb, dejavna ljubezen, materinska ljubezen), je v družboslovju nedefiniran koncept: delo in ljubezen, dejavna ljubezen, naklonjenost, ki jo izražamo z dejanji itn. Organizacijska analiza tega pojma ne more zajeti. Davies (22) jo definira kot dejavnost zadovoljevanja fizičnih, duševnih in čustvenih potreb drugega, zavezanost podpori tistemu, za katerega skrbimo. Pojem ne obsega postopkov (oziroma so sekundarni), ampak odnos, sposobnost refleksije te osebe.

Da bi britanska profesionalna organizacija medicinskih sester Royal College of Nursing ugotovila, kako njene članice pojmujejo svoje delo, je leta 1992 (22) pozvala članice, naj napišejo dogodke in situacije, ki bodo pokazali enkratnost in vrednost zdravstvene nege. Odgovori so pokazali, da je približevanju pacientu, vzpostavljanje »skupnosti«, zaveznitva, temeljno za odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Profesionalna skrb je v kompleksnem odnosu z znanstvenim znanjem; slednje samo zase ne zadostuje, ampak samo v povezavi s čustvi, ki so del učinkovite skrbi, ne pa nekaj, kar je treba zatreti.

V novem modelu profesionalizma (22) ima profesionallec naslednje značilnosti:

- ni niti oddaljen niti vključen, ampak zavzet,
- ni niti nadzorovalski niti odvisen, ampak povezan,
- ni niti usmerjen k sebi niti samozanikovalen, ampak sprejema »uporabo sebe« kot del terapevtskega srečanja,
- ni niti samo aktiven niti samo pasiven, ampak ustvarjalec »aktivne skupnosti«, v kateri se je mogoče dogovarjati o rešitvi,
- ne opira se niti samo na znanje niti samo na izkušnje, ampak reflektirano uporablja oboje.

Pristaja torej na medsebojno odvisnost, pripoznava prispevek drugih in ga poskuša povečevati v smislu

čedalje večje kooperativnosti medsebojnih odnosov. Prizadevanja poklicnih organizacij za monopol in moč v času, ki vodi v kontekst »organske solidarnosti«, so verjetno slepa ulica. Zdravstvena nega se bori za ugled v času, ki je razvrednotil bistvo skrbi za drugega in trivializiral tiste, ki to delajo. Medicinske sestre v planiranju nacionalne zdravstvene politike niso skoraj nič prisotne, zato je njihov vidik izpuščen. Frontalni spopad z zdravniki njihovega položaja verjetno ne bo izboljšal, bolj verjetno ga bo zavezništvo s tistimi družbenimi silami, ki so nosilke podobnih vrednot kot zdravstvena nega. Davies (22) jih v Veliki Britaniji vidi v skupinah radikalnih zdravnikov, managerjih novega stila, feministkah, v mednarodnih gibanjih za javno zdravstvo. Tudi sodelovanje medicinskih sester v politiki in upoštevanje njihovega vidika – skrbi, lahko izboljša raven zdravstvenega varstva, prav tako kot neposredno iskanje klientele v lokalnih skupnostih in v družbenih skupinah s posebnimi potrebami. Tudi Baly (11) vidi možnost za samostojno delo medicinskih sester v lokalni skupnosti, na primer v patronažni zdravstveni negi, zdravstveni vzgoji, kot šolske medicinske sestre, za delo v zdravstvenih domovih v primarnem zdravstvenem varstvu. Tako usmeritev spodbujajo spremenjene demografske razmere, staranje prebivalstva, kronične bolezni, ki zahtevajo več nege, skrbi, svetovanja in podpore uporabnikom zdravstvenega varstva. Medicinske sestre se bodo kot samostojna poklicna skupina torej lažje uveljavile zunaj bolnišnic.

### **Višanje ravni izobraževanja za zdravstveno nego**

Dejavnost zdravstvene nege je povezana z vzponom bolnišnic v 19. stoletju. Praviloma ob bolnišnicah in za potrebe bolnišnic se je razvijalo tudi izobraževanje za zdravstveno nego. V večini evropskih držav so uvedli organizirane oblike izobraževanja oziroma usposabljanja za zdravstveno nego že v 19. stoletju ali do prve svetovne vojne, druge pa so ustanovile šole za medicinske sestre med obema vojnoma (2). Načini izobraževanja za zdravstveno nego se v evropskih državah zelo razlikujejo. Svetovna zdravstvena organizacija oziroma njen Urad za zdravstveno nego si prizadeva za poenotenje izobraževanja (23), njena priporočila sta sprejela tudi Evropska zveza in Svet Evrope. Po teh priporočilih naj bi bilo izobraževanje za zdravstveno nego postsekundarno in bi zahtevalo dvanajstletno predhodno splošno izobraževanje. Vstopni pogoji bi morali biti enaki kot za univerzitetno oziroma visokostrokovno izobraževanje, šolanje pa naj bi trajalo tri do štiri leta.

Pregled stanja po posameznih državah pa kaže marsikje nižje vstopne pogoje ali pa krajše trajanje šolanja (2). Poleg tega je izobraževanje za zdravstveno nego v nekaterih državah samo na poklicni ravni in ni

usmerjeno v ustvarjanje novega znanja z raziskovanjem. Vendar pa je v večini evropskih držav, zlasti v razvitejših, vidna usmeritev k vključevanju zdravstvene nege v univerze z možnostjo pridobitve kvalifikacij za raziskovalno delo. Bolnišnične šole so večinoma že ukinjene in izobraževanje za zdravstveno nego je praviloma v pristojnosti ministrstev za šolstvo in ne več ministrstev za zdravstvo.

Poenotenje izobraževanja za zdravstveno nego je dolgotrajen proces. Svet Evrope in Evropska zveza ga podpirata s pomočjo različnih skladov, na primer TEMPUS ali ERASMUS. Razlike med posameznimi državami so jasno vidne. Tako analiza dokumentacije kot študijski obiski in udeležba na strokovnih srečanjih v različnih evropskih državah so mi potrdili, da se značilnosti izobraževanja porazdeljujejo na dveh oseh. Prva predstavlja umestitev na kontinuumu med pretežno humanističnim pristopom in pretežno biomedicinskim pristopom k izobraževanju za zdravstveno nego, druga pa med orientiranostjo k pacientom na eni strani in orientiranostjo k zdravstvenim delavcem na drugi. Če križamo ti dve dimenziji in ju položimo na zemljevid Evrope, se pokaže razlika med vzhodom Evrope, kjer prevladuje biomedicinski pristop (v študijskih programih več naravoslovnega in medicinskega kot humanističnega in družboslovnega znanja) in zahodom, kjer je pristop humanističen (včasih daje kar zanemarljivo malo znanj iz biomedicine, poudarek je na spoznavanju sebe in bolnika kot osebnosti). Razlike so tudi na relaciji sever – jug; študijski programi so usmerjeni k pacientu, njegovi ali njeni vlogi v procesu zdravljenja, pomembno je pacientovo razumevanje lastnega položaja (sever), ali pa k zdravstvenemu delavcu, na primer k vprašanju, kaj mora narediti medicinska sestra, poudarjena je njena odločilna vloga, manj je učenja o pogajanjih in dogovarjanju s pacienti (jug). Možne so tudi kombinacije; angleško izobraževanje za zdravstveno nego kombinira humanistični in k pacientu usmerjen pristop, slovensko pa je bilo do pred nekaj leti kombinacija biomedicinskega in k zdravstvenemu delavcu usmerjenega izobraževanja.

### *Akadske discipline*

Univerza je razvejana na različne akademske discipline: to so skupine ljudi, ki raziskujejo določeno področje. Pojem akademska disciplina vsebuje tako kognitivni kot socialni vidik, tako znanje (teorijo, metodologijo) kot organiziranje in delovanje (24). Disciplina pomeni določeno področje prakse in ustvarjanja novega znanja o tem področju (25). Discipline lahko nastanejo zaradi notranjih razlogov, na primer specializacije znotraj nekega področja, odcepitve nove skupine, kopičenja znanja in oblikovanja znanstvenih poskusov razlage določenega segmenta, ali zunanjih, na primer zunanje povpraševanje po določeni dejavnosti.



Akadske discipline so med seboj v hierarhičnem odnosu. Od 19. stoletja dalje prevladujeta naravoslovje in uporaba eksperimentalnih metod, družboslovno-humanistične vede pa imajo nižji status (24). Podobno deli Kuhn discipline na zrele in nezrele glede na razvoj paradigme, to je konsenza znotraj discipline, skladnosti med teorijami in metodologijo proučevanja ter šolanja novincev (24). Znana je tudi delitev na trde, mehke, čiste in aplikativne discipline (24). Kombinacija teh dveh kontinuumov (mehke – trde in čiste – aplikativne vede) razdeli discipline v štiri skupine: trde čiste (naravoslovje), trde aplikativne (tehnika, medicina), mehke čiste (humanistika, družboslovje) in mehke aplikativne (pedagogika, socialno delo, zdravstvena nega). Te štiri skupine disciplin se razlikujejo tudi po svojih ciljih; pri naravoslovju je to odkritje, pri tehniki in medicini izum, pri humanistiki in družboslovju interpretacija, pri zadnji skupini disciplin (v angleščini uporabljajo zanje izraz *helping professions*) pa je cilj povečana kvaliteta življenja klientov.

Habermas (8) deli discipline glede na interese; naravoslovje ustreza interesu za nadzorovanje, humanistika za komunikacijo in družboslovje za emancipacijo. Tukaj bi si lahko postavili vprašanje, kateri interesi stojijo za četrto skupino ved (»mehkih aplikativnih«), vključno z zdravstveno nego.

Na ugled discipline vpliva predvsem njena »trdot«. Vendar pa je prizadevanje za enak metodološki pristop vseh disciplin brezplodno, saj humanistika in družboslovje nimata istega predmeta kot naravoslovje; družba je družba po tem, ker je predmet interpretacije. Zahtev po neprotislovnosti pojmov in interpretacij torej ni mogoče izpolniti, ker sam predmet raziskave ni homogen in brez protislovij.

Relativna ločenost akademskih disciplin je pripeljala do ločenih kultur, vrednostnih orientacij, mitov in ritualov, ki imajo kognitivni in socialni element. Raziskave v svetu in Sloveniji (24) ugotavljajo razlike v interesih, metodah, študijskih motivih, vrednostnih orientacijah, stilih učenja, zadovoljstvu s predavanji, značilnostih študijskih programov, možnostih napredovanja, odnosih med učitelji in študenti ter med samimi učitelji. Razlike vplivajo tudi na stil mišljenja, ustvarjalnost, produktivnost, oblikovanje kriterijev kredibilnosti, kariero diplomantov, rekrutacijo in iniciacijo novincev in na ceremonije, na povezavo z okoljem in občutek pripadnosti ter na norme in vrednote.

Discipline so ločeni teritoriji z različnimi kulturami, med katerimi pogosto obstajajo odtujenost, odkrita neprijaznost in celo sovraštvo. Specializacija še poveča občutek odtujenosti, ki ga stopnjuje poseben jezik s specifičnimi stavčnimi strukturami in izrazi. Proces socializacije v visokem šolstvu pomeni internalizacijo kulture določene discipline – načina mišljenja, delovnih navade, načina govora. Ta proces poteka na osnovi disciplinarne ideologije, mitov in legend, kot je v zdravstveni negi pogosto idealizirana osebnost Florence Nightingale.

### *Izobraževanje za zdravstveno nego na visokošolski ravni*

Značilen primer celovitega prehoda izobraževanja za zdravstveno nego na univerzitetno raven je Velika Britanija. V začetku 90. let so poenotili tri prej obstoječe možnosti za pridobitev naziva medicinska sestra (*nurse*) – bolnišnične šole, ki so se zdaj priključile k univerzam, študijske programe na politehnikah in študijske programe na univerzah. Takrat so tudi ukinili binarni sistem visokega izobraževanja, ki je obsegal univerze in politehniko – visoke strokovne šole. Politehniko so dobile status univerz in s tem povezane zahteve po enako usposobljenih učiteljih, kot na univerzah (doktorat znanosti), po raziskovalnem delu in publiciranju.

Poenotenje visokega izobraževanja je bilo posledica več let trajajočega procesa prilagajanja tako univerz kot politehnik zahtevam trga delovne sile. Če je bilo za klasične univerze v preteklosti značilno predvsem splošno izobraževanje, pa so v zadnjih letih zaradi želje po večji zaposljivosti svojih diplomantov vključevale v svoje programe tudi bolj praktična znanja in se bolj prilagajale potrebam delodajalcev. Po drugi strani pa so politehniko/visoke strokovne šole, ki so bile ustanovljene v začetku 70. let kot podaljšano poklicno izobraževanje, širile ponudbo svojih programov tudi s temeljnimi znanji, usposabljalne svoje diplomante za raziskovalno delo in spodbujale (čeprav bolj zadržano) tudi pridobivanje višjih akademskih nazivov pri učiteljih in njihovo raziskovalno delo.

Ob koncu 80. let je bilo torej med univerzami in politehnikami dosti več podobnosti kot na začetku 70. let. Nizek delež študentov na univerzah v Veliki Britaniji je predstavljal odstopanje od evropskega povprečja. Britanska vlada je, sicer nekoliko pozno, ugotovila, da so tiste države, ki imajo visok delež študentov in kjer poteka poklicno izobraževanje na postsekundarni ravni, ekonomsko bolj uspešne. Bolj kvalificirana delovna sila je pogoj za ekonomsko uspešnost države (26). Ekskluzivnost in samozadostnost tradicionalnih univerz ne zadostuje več; sodobno visoko izobraževanje mora biti dostopno in privlačno za veliko širši segment populacije, zato tudi uvajanje interdisciplinarnosti, poudarka na študentu in ne na učitelju ter eksplicitna definicija ciljev predmetov in programov, kar omogoča evalvacijo.

Za zdravstveno nego je ta prehod ključna možnost razvoja dejavnosti, vendar se večina učiteljc in učiteljev v bolnišničnih šolah boji novega položaja univerzitetnih uslužbencev in zahtev, ki jih ta položaj prinaša. Pripadniki univerzitetnih šol pa se bojijo prevlade organizacijske kulture bolnišničnih šol, ki je bila veliko manj fleksibilna in bolj hierarhična. Novi univerzitetni oddelki za zdravstveno nego prinašajo zlitje dveh kultur z različnima vrednostnima sistemoma. Tradicionalni univerzitetni oddelki imajo manj hierarhično strukturo, kjer vsi člani opravljajo enako delo –

pedagoško, administrativno in raziskovalno. Načeloma so ta dela enakovredna, v praksi pa ima najvišjo vrednost raziskovalno delo, ocenjeno po zelo rigoroznih kriterijih, in uspeh pri tem prinaša najvišji status, zato so tudi predstojniki kateder in oddelkov vedno najuglednejši raziskovalci določenega oddelka. Na bolnišničnih kolidžih za zdravstveno nego pa je bilo organizacijsko delo višje vrednoteno kot pedagoško, ki so ga opravljali predvsem pripadniki nižjih mest v hierarhiji. Raziskovalnega dela v teh šolah do pred kratkim ni bilo. S povezovanjem različnih oddelkov prihaja do odporov in konfliktov – pripadniki kolidžev se počutijo kot drugorazredni državljani, pripadniki univerzitetnih oddelkov pa vztrajajo pri akademskih kriterijih. Zdi se, da bodo vsaj v Veliki Britaniji prevladali ti drugi, kar bo sicer povzročilo užaljenost in umik nekaterih učiteljev, ki ne izpolnjujejo akademskih kriterijev, za razvoj stroke pa bo ključnega pomena (26).

Banks (27), ki pripada »tradicionalni« univerzi, ugotavlja odpor medicinskih sester – učiteljic zdravstvene nege, da bi sprejele pripadnike drugih strok kot enakopravne sodelavce. Kljub deklarirani interdisciplinarnosti so nove študijske programe za zdravstveno nego razvijale skoraj izključno medicinske sestre, ki so se zelo malo in nerade posvetovale s strokovnjaki z drugih področij in jih tudi nerade vabile k sodelovanju pri poučevanju. Očitno so medicinske sestre želele same poučevati vse predmete, kar je v nasprotju s specialističnim pristopom na univerzi, ko določen predmet predavajo tisti, ki imajo o njem znanje, pridobljeno z raziskovanjem. Če naj izobraževanje za zdravstveno nego poteka na akademski ravni, potem imajo študenti pravico, da jih učijo usposobljeni učitelji. Medicinske sestre z najvišjimi akademskimi naslovi razumejo te zahteve, zavračajo pa jih tiste z manj izobrazbe. Do sprememb bo prišlo verjetno počasi in šele z dviganjem izobrazbe učiteljic in učiteljev zdravstvene nege. Potrebne pa so še druge spremembe, zlasti pri vodenju oddelkov, ki je bilo v bolnišničnih šolah zelo hierarhično, s strogim nadzorom nad delom posameznih učiteljev in številnimi sestanki. »Linijski management« je nekaj, česar akademska organizacija ne pozna, gre kvečjemu za »matrični management«, če je pri akademskih kakšen management sploh potreben.

Za nadaljnji razvoj zdravstvene nege so najpomembnejša tri področja: **raziskovanje** (leta 1992 je pri zadnji oceni kakovosti raziskovalnega dela, ki jo britansko združenje univerz opravlja vsakih pet let, zdravstvena nega kot celota dobila najnižjo oceno od vseh akademskih disciplin), **razvoj praktične dejavnosti na teoretičnih, raziskovalnih osnovah** (velik del zdravstvene nege še vedno poteka na osnovi tradicionalnega znanja, brez vpogleda v pacientovo razumevanje zdravja in bolezni in brez sodobnih procesnih pristopov) in **vplivanje na zdravstveno politiko** (doslej se vpliv zdravstvene nege v oblikovanju zdrav-

stvene politike skoraj ni poznal, kar vključuje tudi politične odločitve o alokaciji raziskovalnih sredstev).

Prve raziskave o tem, kako učitelji/ce zdravstvene nege doživljajo spreminjanje izobraževanja (28), kažejo, da bo potrebno mnogo sprememb. Nujne bodo drugačne metode poučevanja in učenja, zlasti na študenta osredičeno poučevanje in odprti načini študija, pa tudi večja predmetna specializacija (en učitelj ne bo mogel pokrivati več področij, na svojem pa bo moral biti večji strokovnjak), poučevanje enega učitelja na več šolah, učinkovitejša organizacija izobraževanja, tesnejša povezava s prakso in učinkovitejše gospodarjenje s časom. Učitelji/ce zdravstvene nege bodo morali postati bolj iniciativni, se ukvarjati tudi s svetovalnim in raziskovalnim delom ter se boriti in tekmovati za finančna sredstva. Te usmeritve niso dobrodošle pri vseh učiteljih.

Nova paradigma izobraževanja za zdravstveno nego doživlja težave v uvajanju tudi zaradi nasprotja med napisanim, skritim in širšim kurikulumom (29). Napisani in sprejeti kurikulum predstavlja k zdravju usmerjeno pojmovanje zdravstvene nege, ki povezuje to področje z družbenimi vedami in promocijo zdravja, kar je že samo po sebi težavna naloga. Vprašanje je, ali je sploh že dosežena teoretična integracija različnih ved, ki omogočajo razumevanje zdravja. Ni jasno, ali so eksplicirane vrednote humanizma in kritičnega mišljenja kot temelj programa oziroma ali je vrednostna naravnost programa sploh opredeljena. Problem pa je lahko tudi nasprotje med napisanim in skritim kurikulumom, ki pomeni vzore ravnanja za študente tako v šoli kot v praksi. Kako učitelji ravnavajo s študenti? Ali so avtoritarni ali demokratični? Je patriarhalni sistem še prisoten? (30) Kako dejansko poteka zdravstvena nega v praksi? Kako so lahko zaposlene medicinske sestre, ki imajo nižjo stopnjo izobrazbe, vzor študentom? Prav tako pomemben je »širši« kurikulum. To je družbeni in politični kontekst, ki podpira (ali pa ne) novo izobraževanje za zdravstveno nego. Kakšna je vloga zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva? Ali sistem podpira ali zavira »novo« zdravstveno nego? Je zdravstveno varstvo nasprotno pozitivistično ali holistično? Brez konvergentnega delovanja teh treh kurikulumov ne bo mogoče doseči uspehov v spreminjanju izobraževanja za zdravstveno nego, ugotavljata Hendricks-Thomas & Patterson (30).

### *Pedagoški pristopi in modeli v izobraževanju za zdravstveno nego*

Sprememba paradigme izobraževanja za zdravstveno nego ne pomeni zanikanja prejšnjega sistema, ampak zlitje splošne in poklicne izobrazbe in izobraževalnih tradicij (26). Tak model zahteva kurikulum, ki je zasnovan na učenju z reševanjem problemov. To pomeni kurikulum, kjer je pomembno tako znanje »kako« kot tudi znanje »zakaj«. Za to je potrebno skupno

raziskovanje učiteljev in prakse. Pomen visokega izobraževanja za zdravstveno nego je predvsem v »osvoboditvi duha«, v pridobitvi moči vsakega posameznega študenta, v emancipaciji, vendar ne v »akademizaciji« v smislu izgube stika s prakso. V strokovni literaturi s področja izobraževanja za zdravstveno nego so pogoste kritike tradicionalne behavioristične pedagogike. Čedalje bolj se uveljavlja prepričanje, da je interpretativna pedagogika primernejši model izobraževanja za zdravstveno nego. Kritike izhajajo iz andragoških principov, predvsem pa iz vidikov feministične pedagogike.

Modeli, zasnovani na andragoških načelih samosmerjanja študentov in refleksije-v-akciji (31), na sodobnih kognitivnih pogledih na učenje, ki vidijo učenje kot aktiven, ustvarjalen, kumulativen in samosmerjevalen proces, ki omogoča razumevanje in kompleksno dejavnost (32), na možnosti razvoja osebne znanja v času študija, to je razvoja čustvenega odnosa do znanja in želje deliti ga z drugimi (33), izhajajo iz kritike behavioristične pedagogike. Behavioristična pedagogika, ki poudarja kognitivne cilje izobraževanja, je bila na določeni točki razvoja koristna za izobraževanje za zdravstveno nego (34). Z uporabo teh pristopov se je to izobraževanje preselilo v univerzitetna okolja, zdaj pa je čas za problematizacijo nekaterih njihovih konstitutivnih elementov, zlasti »učnja kot kognitivnega dosežka«, »vsebine kot nevtralne in neproblematične«. V razpravah o ustreznih modelih poučevanja pa je slišati tudi kritike andragoškega pristopa (35, 36), ravno zaradi tega, ker temelji na samosmerjanju študentov, kar lahko pomeni, da njihov obstoječi kontekst, »staro«, usmerja dejavnost v bodočnosti, »novo«.

V izobraževanju za zdravstveno nego je viden tudi vpliv feministične pedagogike – tako pri oblikovanju vsebin kurikulumuma kot pri izbiri pedagoških metod. Integracija feminizma v študij zdravstvene nege poteka z vključevanjem individualnih izkušenj študentk, rekonstrukcijo zgodovine zdravstvene nege skozi ženski pogled, in ugotavljanjem implikacij feminističnih perspektiv za profesionalno prakso (37). Tradicionalno izobraževanje za zdravstveno nego je bilo obremenjeno s patriarhalnimi pristopi (38), medtem ko bi moralo novo izobraževanje vsebovati principe pridobivanja moči, ki bi spodbujali ženske načine razmišljanja. Ali pripravljamo študentke zdravstvene nege na to, da bodo o sebi razmišljale kot o ustvarjalkah znanja, ali pa spodbujamo tišino in sprejemanje obstoječega znanja?

### *Kurikulum za zdravstveno nego*

Primer sodelovanja med kurikulumnim strokovnjakom in kolidžem za zdravstveno nego pri razvoju triletnega kurikulumuma je Quinnova (39) kombinacija »modela kulturne analize« in »procesnega modela«.

Izhaja iz kombinacije nacionalne kulture (znanja, prepričanj, vrednot), lokalne kulture in poklicne (sub)kulture zdravstvene nege (etične in profesionalne zahteve, zahteve Evropske zveze in nacionalnih zakonov, ki urejajo dejavnost). S splošne kulturne ravni je izpeljal (v sodelovanju z delovno skupino na šoli) filozofijo programa, ki skupaj z ugotovitvami iz psihologije učenja oblikuje osnovo programa. Definiran je pomen ključnih pojmov programa, to so človek, družba, zdravje, zdravstvena nega, izobraževanje za zdravstveno nego, kar omogoča izdelavo smiselnega seznama predmetov.

Glavni vsebinski zasuk novega izobraževanja za zdravstveno nego naj bi prinašala usmeritev k promociji zdravja oziroma k zdravju kot osnovni vsebini kurikulumuma. Smith, Masterson in Lask (40) so poskušale ugotoviti, ali imajo programi za zdravstveno nego res komponento promocije zdravja, kot jo priporoča Svetovna zdravstvena organizacija (1985) in jo lahko povzamemo v naslednjih točkah:

- možnost, da študenti izboljšajo lastno zdravje s pomočjo vaj za sproščanje, vaj za obvladanje stresa, s športom in komunikacijo,
- obstoj holističnih in raznolikih pristopov za promocijo zdravja in dobrega počutja,
- znanje in sposobnost za omogočanje sodelovanja skupnosti, na primer asertivnostni trening, sodelovanje s prostovoljnimi in državnimi organizacijami,
- poznavanje družbenih ved,
- sposobnost za zdravstveno vzgojo in za zagovorništvu.

Analiza pa je pokazala, da v proučevanih britanskih šolah ostajajo ta načela samo na papirju. Promocija zdravja ostaja ujeta v medicinski model zdravja kot odsotnosti bolezni, ne spodbuja novejših pristopov, ki poudarjajo sodelovanje, pridobitev moči in možnost izbire skozi komunikacijo, pogajanja in samozavedanje. Filozofija zdravja ni bila integrirana v študijski program, zlasti praktične vaje so študenti doživljali bolj kot grožnjo zdravju. Promocija zdravja je veljala samo kot dejavnost patronažnih medicinskih sester.

Zlasti ameriški strokovnjaki za izobraževanje za zdravstveno nego (41, 42) se bolj ukvarjajo s praktičnimi posledicami sprememb na trgu delovne sile za izobraževanje v zdravstveni negi. Bolnišnice nameravajo zaposlovati več visoko izobraženih medicinskih sester zaradi njihove sposobnosti reševanja problemov in širine znanja. Njihova praktična usposobljenost ob pričetku dela pa je premajhna, v prihodnosti pa bodo tudi potrebovale, še bolj kot zdaj, vodstvena in organizacijska znanja. Manuel (41) zato na osnovi raziskave priporoča nadaljnje razvijanje usposabljanja za kritično mišljenje in neodvisno odločanje skozi ves študijski program. Načini učenja in poučevanja naj študente spodbujajo k aktivnemu mišljenju in odprtosti do no-

vih idej in različnih pogledov. Klasična predavanja so stvar preteklosti – važno je naučiti se samostojno učiti. Drugo priporočilo se nanaša na pridobivanje znanja iz vodenja in organiziranja, delegiranja in nadzorovanja. Tudi tu so najustreznejše metode reševanje problemov, kjer mora študent sam poiskati odgovore. Tretje priporočilo pa se nanaša na povečanje praktičnega znanja in tudi kontinuirane skrbi za bolnike. Študenti bi morali pridobiti razumevanje finančnih, političnih in etičnih vidikov zdravstvenega varstva. Novi sistem zdravstvenega varstva bo poudarjal individualno odgovornost za zdravje in zlasti stroškovni vidik. Skrb za zdravje bo stvar multidisciplinarnih timov, osrednja vloga pa bo pripadala uporabniku storitev.

Shema odnosov v zdravstvu se tako spreminja iz klasične hierarhične piramide z zdravnikom kot nosilcem dejavnosti, njemu podrejenih drugih zdravstvenih delavcev in bolnikov na dnu lestvice, preko drugega, k bolniku usmerjenega tipa enakopravnih članov zdravstvenega tima, v tretjega, kjer je v središču pozornosti zdravstveni problem, bolnik pa je enakopraven član zdravstvenega tima. V teh spremenjenih razmerah bi moralo izobraževanje za zdravstveno nego zagotavljati delavce na različnih ravneh izobrazbe. Razvoj interdisciplinarnega poučevanja, prakse in raziskovanja za potrebe kompleksnih problemov populacij, usmeritev v lokalno skupnost, razvoj podiplomskega izobraževanja, skrb za strokovni razvoj učiteljev bodo v prihodnosti nujni elementi izobraževanja.

### *Učitelji*

Premik izobraževanja za zdravstveno nego v visoko izobraževanje postavlja učitelje v popolnoma novo vlogo, reforme pa le redko vključujejo sistematično, dalj časa trajajočo pripravo učiteljev na novo vlogo. Nacionalni projekt v Izraelu (43) je bil med tistimi redkimi, kjer so se nosilci sprememb zavedali, da se morajo radikalne spremembe zgoditi najprej pri učiteljih, če hočemo spremeniti proces izobraževanja in »output« izobraževalnega procesa – diplomante. Glavni cilj projekta je bil usposobiti učitelje za prehod od klasičnega ciljnega modela izobraževanja, ki vodi bolj k tehnični usposobljenosti, k procesnemu modelu, ki spodbuja samostojnost diplomantov.

Pedagoško dela za medicinske sestre z najvišjimi nazivi ni več zelo privlačno (44), saj klinike, raziskovalne ustanove in uprava omogočajo mnogo večje dohodke. Poleg plač pa perspektivne mlade ljudi odvrčajo od akademske kariere nasprotujoča si pričakovanja in značilnosti tradicionalnega izobraževanja za zdravstveno nego (še ne zelo daleč v preteklosti) in kanoni akademskega okolja. Identificirati je mogoče tri paradokse (44):

- **Paradoks vrednot:** Ko se je izobraževanje za zdravstveno nego premaknilo v akademsko okolje, učitelji niso bili pripravljeni na ta premik. Vsi niso imeli

doktorata, med njimi so bili tudi taki s samo visoko izobrazbo. Problem je bilo tudi poklicno temeljno izobraževanje, ki je težko inkorporiralo splošna in teoretična znanja. Dodaten problem je bilo poveljevanje »prakse«, v nasprotju z drugimi disciplinami, ki spodbujajo hitro napredovanje mladih učiteljev do najvišjih ravni izobrazbe, je v zdravstveni negi dolgo veljalo prepričanje, da morajo mladi pred nadaljevanjem študija najprej pridobiti nekaj let izkušenj v kliničnem okolju. Tako stališče je potihem razvrednotilo teoretične vidike zdravstvene nege. Študij na podiplomski stopnji ob delu pa zmanjša možnosti študentom za intenzivno socializacijo v akademsko skupnost.

- **Paradoks socializacije:** V bolnišnici se medicinske sestre socializirajo v urejenem, hierarhičnem in k rezultatom usmerjenem okolju, kjer je medicinska sestra članica tima. V akademskem okolju pa je proces ravno tako pomemben kot rezultati, učitelj pa je zelo samostojen, svoboda je najvišja vrednota. To je lahko naporno za ljudi, navajene organiziranega in strukturiranega okolja. Študenti zdravstvene nege preživijo veliko časa na praksi, v neakademskem okolju, kjer doživljajo drugačno socializacijo, ki jih v odnosu do drugih študentov lahko izolira. Podobno velja za učitelje zdravstvene nege, od katerih mnogi začnejo svojo učiteljsko kariero samo z magistrsko diplomo, ki je na področju zdravstvene nege praviloma zelo ozko zasnovana. Podiplomski študij ob delu lahko pomeni manj izrazito socializacijo in internalizacijo akademskih vrednot ter možnost ohranitve ostankov mentalitete meznega delavca. Veliko kontaktnih ur pomeni manj aktivnosti v raznih univerzitetnih odborih, diskusijah in manjšo prisotnost v univerzitetnem življenju.
- **Zaposlitveni paradoks:** V preteklosti so za učitelje zdravstvene nege veljali nižji kriteriji zaposlovanja in napredovanja kot za druge akademske učitelje. Zdaj so kriteriji enaki, kar pomeni predvsem večji poudarek na raziskovalnem delu. Eksplozija znanja v zdravstvenem varstvu pa zahteva veliko časa za ohranjanje sprotne informiranosti.

Problemi s poučevanjem klinične prakse se pojavljajo ob vprašanju sodelovanja zaposlenih medicinskih sester pri praktičnem pouku študentov zdravstvene nege, kjer se dogaja, da klinične inštruktorice nimajo sistematičnega znanja za poučevanje in se sploh ne razlikujejo od povprečnih medicinskih sester. Videti je torej, da lahko kakovost pomembnega dela pouka variira glede na individualne izkušnje in znanje posameznih inštruktoric (45). Enako velja tudi za slovenske razmere (46).

### *Metode poučevanja in učenja*

Najpomembnejša so prizadevanja za procesni model učenja, ki naj bi diplomante usposobilo za samo-

stojno profesionalno delo. Študent kot središče pozornosti, kooperativno učenje, igranje vlog, učne pogodbe so pristopi, ki naj bi pomagali doseči ta cilj. Študenti naj bi že v času študija internalizirali vlogo profesionalca, k čemur lahko pripomore tudi ocenjevanje »profesionalne naravnosti« kot sestavni del študentovega napredovanja. Da bi to dosegli, spodbujajo študente, da sodelujejo pri izvenkurikularnih oblikah izobraževanja (kongresi, konference, delavnice), o tem zbirajo dokaze in se tako pripravljajo na kontinuiran profesionalni razvoj po diplomi (47).

Zlasti pri nadgradnji študija iz ravni RN (višješolska) na raven BS (visokošolska) se pogosto uporabljajo kooperativni modeli učenja s skupnim načrtovanjem in evalviranje prek akcijskega raziskovanja. Kooperativno učenje naj bi spodbujalo solidarnost, ne tekmovalnost, ki je temeljni kamen ameriškega šolstva (48). Delo v skupinah in sodelovanje pa je element sedanje in bo še bolj prihodnje organizacije dela. Samostojna in hkrati povezana vloga študenta je tudi sestavni del študija po učnih pogodbah, pri katerih se vloga učitelja spremeni v »facilitatorja«, zmanjša se obseg kontaktnih ur, študenti sami usmerjajo svoj študij (49). K uspešnejšemu študiju pripomorejo tudi študijske skupine. DeYoung (50) poroča o izboljšanju študija pri študentih, vključenih v take skupine, in predlaga sistematično podporo s strani učiteljev.

### *Študenti zdravstvene nege*

Kaj študente motivira za izbor študija zdravstvene nege? Verjetno gre za več dejavnikov, med njimi na primer pojmovanje zdravstvene nege. Obsežna študija v ZDA (51) je identificirala pet elementov opredelitve zdravstvene nege: skrb (caring), osebna rast, usmerjenost k bolezni, profesionalizem in varna služba. Najpogostejši razlogi za odločitev so želja pomagati (nurture), čustvene potrebe, možnost za zaposlitev, dobra plača, zanimanje za znanost. Na odločitev je vplivalo tudi znanstvo z medicinskimi sestrami.

Ugotavljanje načinov, kako študenti – začetniki pojmujejo sebe, kako razumejo svoj odnos do življenja in smrti, kakšna je njihova samopodoba, od kod izhaja njihovo znanje, kakšen odnos imajo do avtoritete in kako vidijo prihodnost, je koristno tudi za osebni razvoj študentov, ker lahko izrazijo svoje skrbi in strahove in tako pridobijo »glas« (52). Ugotovitve takih študij nakazujejo pomembno vprašanje: Ali smo učitelji tako odprti do študentov, kot pričakujemo, da bodo oni odprti do bolnikov? (53) In še več: Ali učitelji/ce zdravstvene nege sploh poznajo svoje študente? Težko bi posplošili, toda obstajajo nekateri dokazi, da imajo učitelji/ce zdravstvene nege stereotipne predstave o študentih, da pa se ti spreminjajo in v mnogočem razlikujejo od teh stereotipov (54).

Bistveni element poklicne samopodobe študentov visokošolskega študija zdravstvene nege je skrb za druge, želja pomagati (caring), toda v kombinaciji z niz-

ko samozavestjo. Ko so kot diplomanti v intervjujih obujali spomine na potek profesionalne socializacije v štirih letih, so ugotavljali, da so dobivali konfliktna sporočila; v šoli so jih učili o individualizaciji in holiističnem pristopu, v bolnišnični praksi pa so morali biti usmerjeni k nalogam in predvsem tehnično usposobljeni, spoštovati avtoriteto in biti lojalni timu. Rezultat tega je bilo pomanjkanje zaupanja vase in samospoštovanja. Torej ostaja vprašanje, česa se sploh študenti učijo (55)?

Kakšne spremembe pa doživljajo medicinske sestre, ki študirajo za pridobitev magisterija? Študenti so ugotavljali, da se je spremenilo njihovo pojmovanje zdravstvene nege, njihovo znanje in stiki s kolegi/cami. Opažali so spremembe v svojih pogledih, sposobnostih in vedenju. Predvsem so uvideli razliko med besedami in dejanji v zdravstveni negi ter med šolo in prakso. Drugo vprašanje raziskave se je nanašalo na to, ali je sprememba na profesionalni ravni vplivala na spremembe tudi na drugih področjih njihovega življenja. Odgovori so kazali na ambivalenten odnos okoli do sprememb pri udeleženkah izobraževanja; pogosto niso bile cenjene ne v družini, ne pri prijateljih, poklicnih kolegicah, ne v širši družbi. Višanje izobrazbe poklicne skupine, tradicionalno vezane na nizek družbeni položaj, je moteče. Tretje vprašanje je spraševalo po tem, kaj bi jim ta prehod olajšalo. Čeprav je bil najpogostejši odgovor »Denar!«, pa je analiza odgovorov pokazala, da bi študenti potrebovali več oblik podpore. Proces socializacije odraslih poteka drugače, odrasli potrebujejo več spoštovanja s strani učiteljev in učitelje v vlogi modela sodelovanja in medsebojnega spoštovanja, sicer se pojavi perpetuiranje odnosov subordinacije v lastni skupini. Spoštovanje do sebe in do drugih je pogoj za spremembe v smeri enakopravnega sodelovanja, ugotavlja Klaich (56) v kvalitativni študiji o spremembah pri študentih.

Leta 1987 je bilo v ZDA v programe RN-to-BS vpisanih okoli dvajset tisoč študentk. Ali je bilo pridobivanje visoke izobrazbe po višji šoli in nekajletni praksi povezano z zmanjšanim sprejemanjem podrejene vloge zdravstvene nege in same sebe, s spremembami v vedenju in s pridružitvijo profesionalni organizaciji? Samopodoba se ni spremenila, spremenila sta se pojmovanje zdravstvene nege in občutek pripadnosti profesiji (57).

### *Kritično mišljenje kot značilna pridobitev visokega izobraževanja*

Visoko šolstvo naj bi nudilo študentom možnosti za razvoj kritičnih sposobnosti, ki so sestavni del intelektualne zrelosti, problem pa je odsotnost jasno opredeljene vsebine pojma. Kritično mišljenje je po eni strani **filozofska orientacija**, po drugi pa **kognitivni proces** na osnovi racionalne presoje in refleksije – intelektualno nasprotovanje, oporekanje sprejetim vizijam resnice in odprtost za iskanje novih možnosti in

razlag. Kljub pomanjkanju natančne opredelitve pa se učitelji strinjajo, da je kritično mišljenje nujna sestavina izobraževanja in značilnost izobražene osebe (58) ter bistvenega pomena za resnično avtonomijo v kompleksni družbi (59).

Zdravstvena nega pa zahteva tudi velik del fakualnega znanja in spretnosti, ki jih morajo medicinske sestre uporabiti v določenih situacijah hitro, brez dolgega razmišljanja. Poleg tega je zdravstvena nega zasnovana na etičnih vrednotah, kritično mišljenje pa izpostavlja racionalnemu pogledu vsako trditev. Bistvo kritičnega mišljenja je racionalnost: analizirati situacijo ali pojav zato, da pridemo do zaključkov, ki povezujejo vse dosegljive informacije (59). Kritičnemu pogledu so v procesu profesionalnega izobraževanja izpostavljena štiri glavna področja: formalno znanje, profesionalna praksa, profesionalna ideologija in vrednote. Študenti morajo imeti priložnost, da izpostavijo kritičnemu pretresu vsa ključna področja, ki sestavljajo zdravstveno nego. Šele to bo iz njih naredilo izobražene ljudi.

Pedagoške (ali andragoške) metode in pristopi, ki spodbujajo kritično mišljenje, so: uporaba procesnega pristopa, reševanje problemov, delo v majhnih skupinah, povezava teorije in prakse, redukcija vsebine/faktografskega znanja, spoštovanje do študentov, integrirana oblika pouka, študije primerov, simulacije, računalniško podprto učenje, pisanje seminarskih nalog, diskusije (60, 61, 62, 63).

Študijski programi, ki želijo dobiti akreditacijo v ZDA, morajo imeti med cilji tudi spodbujanje kritičnega mišljenja. Na področju izobraževanja za zdravstveno nego je bilo izdelanih veliko študij, ki so poskušale ugotoviti, ali obstaja zveza med študijem zdravstvene nege in kritičnim mišljenjem (64, 65, 58, 59). Rezultati niso bili enotni. Nekatere študije so ugotovile porast kritičnega mišljenja v času študija, druge pa celo zmanjšanje (64). Večina raziskav je ugotovila, da vključenost v izobraževanje za zdravstveno nego ni povečala kritičnega mišljenja.

Za merjenje so najpogosteje uporabljali vprašalnik WGCTA (58), ki meri pet elementov kritičnega mišljenja: **sklepanje** (sposobnost ločevati med stopnjami resnice ali neresnice sklepov, izpeljanih iz danih podatkov), **prepoznavanje predpostavk/predsodkov** (ki jih jemljemo ponavadi kot dane), **dedukcijo** (sposobnost deduktivnega sklepanja na osnovi danih trditev ali premis), **interpretacijo** (sposobnost pretehtati dokaze in razlikovati med dvomljivimi in manj dvomljivimi posplošitvami) in **vrednotenje argumentov** (sposobnost ločevati med relevantnimi in šibkimi ali irelevantnimi argumenti).

## Zaključek

Pregled sociološke, pedagoške in zdravstvenonegovalne literature o razlogih in značilnostih prehoda izobraževanja za zdravstveno nego na univerzitetno

raven nas vodi k naslednjim sklepom: zdravstvena nega je družbeni pojav, vpet v splošne tokove prehoda v poznomoderne oblike bivanja posameznikov in skupin. Glavna produktivna sila pozne moderne je znanje, kar se kaže v splošnem višanju izobrazbene ravni v vseh strokah, tudi v zdravstveni negi, ter premikanju poklicnega izobraževanja na postsekundarno raven. Organiziranje znanja kot produktivne sile ne prenese več tradicionalne hierarhične organizacije dela, pod vprašaj pa postavlja tudi klasični model profesionalizma kot monopola nad določenim poklicnim področjem. Pričakovana vloga ljudi v delovnem procesu vsebuje fleksibilnost, avtonomnost in usposobljenost za sodelovanje, čemur se že prilagaja tudi izobraževanje za zdravstveno nego.

## Literatura

1. WHO. A guide to curriculum review for basic nursing education. Orientation to primary health care and community health. Geneva 1985.
2. Nursing in the world. Tokio, 1993.
3. Ellis JR, Hartley CL. Nursing in today's world. Challenges, issues and trends. Lippincott, Philadelphia, 1988.
4. Svetlik I ur. Kakovost življenja v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 1996.
5. Ule-Nastran M et al. Predah za študentsko mladino. Ljubljana: Urad R Slovenije za mladino, Zavod R Slovenije za šolstvo, 1996.
6. Giddens A. Modernity and self-identity. Cambridge: Polity Press, 1991.
7. Habermas J. The theory of communicative action. London: Heineemann, 1984.
8. Habermas J. Saznanje i interes. Beograd: Nolit, 1976.
9. Turner BS. Medical power and social knowledge. London: Sage Publications, 1992, 1995.
10. Heinsohn G, Steiger O. Uničenje modrih žensk. Ljubljana: Krt, 1993.
11. Baly ME. Nursing and social change. Third edition. London, New York: Routledge, 1995.
12. Marriner-Tomey A. Nursing theorists and their work. Second edition. St. Luis: Mosby, 1989.
13. WHO, Regional office for Europe. Mission and functions of the nurse. Copenhagen 1991.
14. Salvage J. The politics of nursing. Oxford: Butterworth-Heineemann, 1985.
15. Friedson E. Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy. Polity Press, 1994.
16. Illich I. Medicinska Nemezis. Beograd: Nolit, 1975.
17. Aburdene P, Naisbitt J. Megatrends for women. Women are changing the world. London: Arrow Books Ltd., 1994.
18. Walby S, Greenwell J. Medicine and nursing. London: Sage Publications, 1994.
19. Dingwall R et al. An introduction to the social history of nursing. London: Routledge, 1991.
20. Scambler G ed. Sociological theory and medical sociology. London, New York: Tavistock Publications, 1987.
21. Moloney MM. Professionalization of nursing. Philadelphia: Lippincott, 1992.
22. Davies C. Gender and the professional predicament in nursing. Buckingham: Open University Press, 1995.
23. WHO, Regional office for Europe. Reviewing and reorienting the basic nursing curriculum. Copenhagen 1991.
24. Kump S. Akademski kultura. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1994.
25. National league for nursing. Criteria for the evaluation of baccalaureate and higher degree programs in nursing. New York: Ten Columbus Circle, 1983.
26. Glen S. Towards a new model of nursing education. Nurse Educ Today 1995, 15: 90-5.

27. Banks BEC. An uncompromising view of nurse education, England, 1995. Guest editorial. *Nurse Educ Today*, 1995, 15, 315–6.
28. Camiah S. The changing role and work of British nurse tutors: a study within two demonstration Project 2000 districts. *J Adv Nurs* 1996; 23: 396–407.
29. Robinson S, Hill Y. Miracles take a little longer: Project 2000 and the health promoting nurse. *Int J Nurs Stud* 1995; 32: 568–79.
30. Hendriks-Thomas J, Patterson E. A sharing in critical thought by nursing faculty. *J Adv Nurs* 1995; 22: 594–9.
31. French P, Cross D. An interpersonal-epistemological curriculum model for nurse education. *J Adv Nurs* 1992; 17: 83–9.
32. Cust J. Recent cognitive perspectives on learning – implications for nurse education. *Nurse Educ Today* 1995; 15: 280–90.
33. Sweeney NM. A concept analysis of personal knowledge: application to nursing education. *J Adv Nurs* 1994; 20: 917–24.
34. Diekelmann NL. Behavioral pedagogy: a Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experiences of students and teachers in baccalaureate nursing education. *J N Ed* 1993; 32: 245–50.
35. Harden J. Enlightenment, empowerment and emancipation: the case for critical pedagogy in nurse education. *Nurse Educ Today* 1996; 16: 32–7.
36. Darbyshire P. In defence of pedagogy: a critique of the notion of the andragogy. *Nurse Educ Today* 1993; 13: 328–35.
37. Ruffing-Rahal MA. Incorporating feminism into graduate curriculum. *J N Ed* 1992; 31: 6.
38. Millar B, Biley FC. An exploration of issues relating to feminism and nurse education. *Nurse Educ Today* 1992; 12: 274–8.
39. Quinn F. The principles and practice of nurse education. Second edition. London: Chapman & Hall, 1991.
40. Smith P, Masterson A, Lash S. Health and the curriculum: an illuminative evaluation – Part I: Methodology. *Nurse Educ Today* 1995; 15: 245–9.
41. Manuel P, Sorensen L. Changing trends in health care: implications for baccalaureate education, practice and employment. *J N Ed*, 1995; 34: 6.
42. De Tornyay R. Reconsidering nursing education. *J N Ed*, 1992; 31: 7.
43. Bevis EO, Krulik T. Nationwide faculty development: a model for shift from diploma to baccalaureate education. *J Adv Nurs*, 1991, 16: 362–70.
44. Sheehy-Bartlett J, Schoener L. Risk and reality for nurse educators. *Holistic Nurs Pract* 1994; 8: 53–8.
45. Thorell-Ekstrandt I, Bjorwell H, Blanchard-Caesar L. Preceptorship in clinical nursing education in Sweden: aspects of quality assurance. *Qual Assur in Health Care* 1993; 5: 227–36.
46. Urbančič K. Pomen praktičnega pouka pri izobraževanju za zdravstveno nego. Diplomski naloga. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Visoka šola za zdravstvo, 1995.
47. Tracy J, Samarel N, De Young S. Professional role development in baccalaureate nursing education. *J N Ed* 1995; 34: 180–2.
48. Beck SE. Cooperative learning and feminist pedagogy – a model for classroom instruction in nursing education. *J N Ed*, 1995; 34: 222–7.
49. Riseborough R. Learning contracts in education. *Senior nurse* 1994; 13: 22–4.
50. De Young S, Adams EF. Study groups among nursing students. *J N Ed* 1995; 34: 190–1.
51. Kersten J, Bakewell K, Meyer D. Motivating factors in a student's choice of nursing as a career. *J N Ed* 1991; 30: 30–3.
52. Belenky MF et al. Women's ways of knowing. The development of self, voice and mind. Basic Books, 1986.
53. Eyres SJ et al. Ways of knowing among beginning students in nursing. *J N Ed* 1992; Vol 31: 4.
54. Moule P. Nurse learners – do nurse tutors know them? *Nurse Educ Today* 1995; 15: 125–8.
55. Kelly B. The professional self-concepts of nursing undergraduates and their perceptions of influential forces. *J N Ed* 1992; 31: 205–12.
56. Klaich K. Transitions in professional identity of nurses enrolled in graduate educational programs. *Holistic Nurs Pract* 1990; 4 (3): 17–24.
57. Witt BS. The liberating effects of RN-to-BSN education. *J N Ed* 1992; 31: 4.
58. Miller MA. Outcomes evaluation: measuring critical thinking. *J Adv Nurs* 1992; 17: 1401–7.
59. Glen S. Developing critical thinking in higher education. *Nurse Educ Today* 1995, 15: 170–6.
60. Brigham, C. Nursing education and critical thinking. Interplay of content and thinking. *Holistic Nurs Pract* 1993; 7 (3):48–54.
61. Clark Birx E. Critical thinking and theory-based practice. *Holistic Nurs Pract* 1993; 7 (3): 21–27.
62. Pond EF, Bradshaw MJ, Turner SL. Teaching strategies for critical thinking. *Nurse Educator* 1991; 16: 18–22.
63. White R. Integrating health and care through an educational program. In: Henderson MS ed. *Nursing education*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982.
64. Hickman JS. A critical assessment of critical thinking in nursing education. *Holistic Nurs Pract* 1993; 7 (3): 36–47.
65. Kintgen-Andrews J. Critical thinking and nursing education: perplexities and insights. *J N Ed* 1991; 30: 4.