

VIDIKI DUALIZMA ZNOTRAJ ZDRAVSTVENE SLUŽBE

ASPECTS OF DUALISM IN THE HEALTH CARE SERVICE

Maja Klančnik Gruden

UDK/UDC 614.39

DESKRIPTORJI: zdravstvene službe-organizacija

DESCRIPTORS: health services-organization and administration

Izvleček – Odnosi v zdravstvenem sistemu so zaznamovani z različnimi opozicijami. Temeljni dualizem, opozicija med moškim in žensko oziroma med zdravnikom in medicinsko sestro, izhaja iz družbe kot celote. Članek temelji na antropološkem opisu primarnih dualističnih organizacij in projicira osnovno idejo dualizma na zdravstvene službe. Pri tem najprej analizira sestavo delovne sile v Nacionalni zdravstveni službi v Veliki Britaniji, nato pa še v javni zdravstveni službi v Republiki Sloveniji. V zadnjem delu povzema dualistične aspekte znotraj zdravstvenih služb in nakazuje njihov vpliv na kakovost zdravstvene oskrbe varovanja.

Abstract – The relations inside health care system are marked by different oppositions. The basic dualism, the opposition between man and woman, respectively doctor and nurse derives from the society as a whole. The article proceeds from anthropological description of primary dualistic organizations and projects the basic idea of dualism on health service. The first part of the article analyses workforce in the National Health Care Service in Great Britain and compares it with the workforce in the Public Health Care Service in the Republic of Slovenia. In conclusion the impact of dualistic aspects of health services on the quality of health care of clients is presented.

Uvod

»Medicinske sestre potrebujemo bolj kot kdajkoli prej,« je zapisal generalni direktor Svetovne zdravstvene organizacije dr. Hiroshi Nakajima (1).

Položaj medicinskih sester v zdravstvenem sistemu pa je zaskrbljujoč. Rupnikova (2) ugotavlja, da se o njem vse premalo govori. Medicinske sestre opravljajo svoje delo znotraj izrazito dualistične organizacije. Dualizem je zaznamoval že plemenske organizacije, ki jih je proučeval C. Lévi-Strauss. Dualizem znotraj zdravstvenega sistema ima več razsežnosti. Najvidnejša pa je opozicija med zdravnikom in medicinsko sestro oziroma medicino in zdravstveno nego.

Članek odgovarja na naslednja vprašanja: Kakšne opozicije najdemo znotraj plemenske organizacije? Kakšna je organizacija zdravstva po svetu in pri nas? Kakšen je položaj žensk (predvsem medicinskih sester) znotraj Nacionalne zdravstvene službe v Veliki Britaniji in zdravstvene službe v Sloveniji? Katere so temeljne opozicije znotraj zdravstva? Ali podrejenost medicinskih sester zdravnikom prinaša velike koristi, ali pa je le rezultat utrjevanja moške oblasti v družbi? Kakšne so možnosti medicinskih sester, da si izboljšajo svoj položaj?

Temeljni dualizem znotraj zdravstva se v mnogih primerih lahko primerja z osnovnim dualizmom znotraj širše družbe, opozicijo med moškim in žensko.

Darbyshire (3) ugotavlja, da dokler bodo imela v družbi področja, ki so stereotipno moška, visoko teh-

nološka in orientirana k bolezni, višji ugled od tipično ženskih področij, kot so dejavnosti, usmerjene v dolgotrajno nego, kakovost življenja in vzdrževanje zdravja, je zelo malo možnosti za večje spremembe v medosebnih odnosih znotraj zdravstva.

Za doseg naših ciljev so potrebne temeljite spremembe, ki se morajo začeti v nas samih. Medicinske sestre-ženske moramo spremeniti svoje vedenje (4), zahtevati spoštovanje svojega sebstva in svojega dela. To pa ni mogoče dokler se same ne začnemo spoštovati: sebe in svoje vrstnice.

Članek vsebuje poleg teoretičnega še empirični del. Metoda dela je deskriptivna, tehnika zbiranja podatkov pa delo na dokumentaciji (Zdravstveni statistični letopis Slovenije 1997 (5)).

Opis dualistične organizacije

Pri opisu dualističnih organizacij se naslanjam na C. Lévi-Straussa, ki je proučeval takšne primere v Ameriki in Indoneziji.

Prvi primer takšne dualistične organizacije je vas plemena Winnebago blizu velikih ameriških jezer. To pleme je bilo nekoč razdeljeno na dve polovici, od katerih se je ena imenovala »zwangeregi« (tisti zgoraj) in druga »manegi« (tisti, ki so na zemlji). Obstajata dva opisa te organizacije. Po prvem opisu je imela vas obliko kroga, po katerem so bile kolibe razporejene po celem področju kroga, vendar razde-

ljene na dve polovici. Takšno obliko je Lévi-Strauss poimenoval diametralna struktura. Drugi opis vasi je Lévi-Strauss imenoval koncentrična struktura in opisuje vas kot velik krog znotraj katerega se nahaja en manjši krog (6).

Primer koncentrične strukture je pleme Omarakana na otočju Trobriand. Kolibe v vasi so razporejene v dveh koncentričnih prstanih, v središču pa je področje javnega in svečanega življenja. Notranji krog kolib je področje vseh vrst tabujev. Tu so bivališča jam. To je sveto področje. Zunanji prstan kolib oziroma profani del vasi, kot ga imenuje Malinowski, pa naseljujejo poročeni pari (6).

Med obema področjema torej obstajajo nasprotja kot so centralno – periferno, sveto – profano. Poleg teh nasprotij je glavna razlika med obema obročema kolib tabu kuhanja, kajti kuhanje je jamam neprijazno. Hrana se lahko kuha in je samo v zunanjem krogu dužinskih kolib (6).

Vas pa se deli tudi po spolu. Osrednji del vasi je moški del, medtem ko je ženski del vasi »ulica« (6).

V tem primeru dualistične organizacije torej lahko najdemo pet kompleksnih opozicij: sveto – profano, surovo – kuhano, neporočeni – poročeni, moški – ženski, centralno – periferno.

Naslednje opozicije lahko najdemo v primerjavi strukture vasi omenjenega plemena Winnebago s strukturo vasi plemena Negri – Sembilan na Malajskem polotoku. V primeru plemena Winnebago imamo nek osrednji prostor, ki se postavlja nasproti sami vasi, leta pa se postavlja nasproti gozdu, ki vse obkroža. V drugem primeru plemena Negri-Sembilan pa obstaja še opozicija med obalo in notranjostjo oziroma med višjim in nižjim. Naslednja opozicija se riše med obdelano zemljo (nasadi palm) in neobdelano (6).

Lévi-Strauss ugotavlja, da je opisani dualizem dvojen. Enkrat izgleda, da izhaja iz simetrične in uravnotežene dihotomije med družbenimi skupinami, med aspektom fizičnega sveta in med moralnimi oziroma metafizičnimi lastnostmi. Drugič pa lahko vidimo, da ta neenakost ni vedno in nujno prisotna in da niti ne izhaja iz narave plemena, ki je prežeta z recipročnostjo, temveč predstavlja neko misterioznost. Ta misterioznost se kaže predvsem v diametralnih strukturah vasi, kjer hierarhija ne izhaja iz naravne postavitve elementov, kot je to lepo videno v koncentričnih strukturah. V koncentrični strukturi je nastanek hierarhije razumljiv sam po sebi, ker sta dva elementa razporejena glede na osnovnega – središčni prostor. Notranji krog kolib, ki je bližje osnovnemu elementu, je po hierarhiji višje nad zunanjim krogom kolib, ki se nahaja dlje od središča (6).

Misterioznost oziroma nastanek hierarhije v diametralni strukturi Lévi-Strauss pojasni s primerom južnoameriškega plemena Bororo.

V središču vasi Bororo stoji moška hiša, hiša samca – neporočenega moškega. To področje je ograjeno s koli in nima vegetacije. Skozi grmičevje, ki pokriva ostali

prostor pa vodijo majhne stezice do družinskih kolib na robu, ki so razporejene v krožnici na robu gozda. V teh kolibah prebivajo poročeni pari in njihovi otroci. Rod je matrilinearen, prebivališče pa matrilokalno. Torej je opozicija med centrom in periferijo dejansko opozicija med moškim (lastnikom kolektivne hiše) in žensko (lastnico družinskih kolib na robu) (6).

Odnos med centrom in periferijo torej prinaša dve opoziciji: med moškim in žensko in med svetim in profanim. Osrednji prostor, ki je ločen od hiš ljudi, služi kot prizorišče ceremonialnega življenja, medtem ko je periferija rezervirana za hišna opravila žensk, ki so po naravi izključena iz verskih skrivnosti. Dejavnosti, ki se opravljajo v moški hiši so strogo prepovedane pogledom žensk pod grožnjo smrtne kazni (6).

Ritualne obrede opravljajo tudi ženske. Le-ti so povezani predvsem s skrivnostjo menstruacije in rojevanja otrok. V predpubertetnem obdobju deklice starke pojejo pesmi, da bi jo pripeljale do spolne zrelosti, na dan prve menstruacije pa izvajajo tajne rituale, da bi deklico pripravile za zakon. Ženske, ljubosumno skrite pred pogledi moških, pojejo svete pesmi, da bi zaustavile menstrualno krvavitev, olajšale porod in preprečile poporodno krvavitev. Po porodu pa se izvajajo obredi za okrevanje matere in novorojenca (7).

V severozahodni Avstraliji je moškim prepreden dostop do tajnih ženskih obredov. Te dramatične in živobarvne obrede organizirajo in vodijo ženske srednjih let ter starke. Pri tem ženske zasedejo bumerange svojih moških in nekatere svoje, ki so jih temu posvetile ob takih dogodkih (7).

Obredi oziroma rituali se nanašajo na specifične probleme, ki jih ima posamezna skupina, torej moški oziroma ženske. Prav zaradi te specifičnosti le-ti izključujejo nasprotno skupino. Iz navedb antropologinj lahko vidimo, da opozicija moško-žensko obstaja, vendar pa ženske niso vedno predstavnice ženske strani. Včasih, kot je razvidno pri ritualih, prevzamejo moške vloge.

Opisana koncentrična struktura vasi Bororo ima še druge strukture, ki so diametralnega tipa. Po liniji vzhod-zahod je vas razdeljena na dve polovici, od katerih vsaka vsebuje štiri eksogamne skupine. To os seka druga os v smeri sever-jug, ki razpolavlja osem klanov na dvakrat po štiri klane poimenovane eden »zgornji« in drug »spodnji« (6).

Tip strukture vasi Bororo ustreza ameriški preteklosti. V današnjem času pa lahko najdemo analogne strukture tudi v Boliviji in Peruju, ter v Severni in Južni Ameriki.

Misterioznost hierarhije v diametralnih strukturah si Lévi-Strauss razlaga tako, da se prvotna koncentrična struktura po določenih pravilih spremeni v diametralno. Navidezna koncentričnost se s tem izgubi, ohrani pa se hierarhija (6).

Dejansko obstaja velika razlika med diametralnim in koncentričnim dualizmom. Prvi je statičen, ne more prevladati sam sebe, njegove transformacije ne more-

jo proizvesti nič drugega kot dualizem, podoben tistemu, iz katerega je izšel. Medtem ko je koncentrični dualizem dinamičen. V sebi nosi nek implicitni trializem, kar pomeni, da vsak prehod od asimetrične diade k simetrični diadi predpostavlja koncentrični dualizem, ki je diaden kot eden, vendar asimetričen kot drugi (6).

Koncentrični dualizem je posrednik med diametralnim dualizmom in trializmom. Z njegovim posredovanjem je omogočen prehod ene oblike v drugo.

Nacionalna zdravstvena služba v Veliki Britaniji

Struktura NSH (National Health Service)

V Veliki Britaniji je bila ustanovljena NSH zaradi neučinkovitosti zdravstvene in socialne politike med obema vojnoma. Osnova je bilo Beveridgevo poročilo iz leta 1942, ki se je zavzemalo predvsem za zagotovitev minimalnega dohodka z zelo učinkovitim sistemom socialne varnosti (8). Vendar pa so te reforme omogočile delavcem le toliko boljši položaj, da se je ohranila stabilnost vladajočega razreda.

Brez dvoma je bila NSH od svojega nastanka bolj human in glede na stroške bolj učinkovit način organiziranosti zdravstvenega varstva, kakor sistemi, osnovani na privatni praksi. Ustanovitev NSH je predstavljala pomemben del povojnega sporazuma med kapitalom in delom, vendar je bil delavski razred nespособen, da bi določil natančno temeljno filozofijo NSH. Tako je končno obliko NSH določil izid pogajanj med državo in različnimi skupinami ustanov (neodvisnimi bolnišnicami, prejšnjimi pooblaščenimi družbami in voditelji zdravniške stroke) (8). NSH je bila, v obdobju 1948–74, sestavljena iz treh sektorjev – bolnišničnega sektorja, sektorja svetovnega sveta in sektorja krajevnih zdravstvenih uprav. V pogojih moči denarnih sredstev je bil v NSH vodilni sektor bolnišnic, ki mu je sledil sektor strokovnih svetov, ki je skrbel za osnovno zdravstveno varstvo. Krajevne uprave pa so pokrivale ostale dejavnosti socialne medicine in higijene, babiško službo, zdravniške obiske na domu, pomoč na domu in terenske medicinske sestre (8).

Reorganizacija NSH v letu 1974 je bila posledica nenehnega povečevanja izdatkov NSH. Tridelno strukturo so reorganizirali z združenjem uprave v enotno strukturo. Petnajst regionalnih bolnišničnih strokovnih kolegijev, številni upravni komiteji bolnišnic, krajevne zdravstvene uprave in strokovni sveti so nadomestili štirinajst hierarhično razporejenih regionalnih zdravstvenih uprav, devetdeset območij zdravstvenih uprav in dvestopet okrožij (8). Nova organizacijska struktura je temeljila na strokovnih nasvetih privatnih upravnih svetovalcev in je bila osnovana z namenom, da se maksimalno poveča upravni nadzor, zato da bodo lahko vedno manjša denarna sredstva učinkoviteje

izkoristili. Pomemben korak v smeri demokracije je bila ustanovitev zdravstvenih svetov skupnosti z namenom, da bi tudi uporabniki dobili pravico odločanja o vodenju zdravstvene službe, vendar pa tem svetom ni priznana nikakršna izvršilna moč.

Zdravstvena delovna sila v NSH

Delovna sila v NSH je zelo slojevita. Njeni delavci imajo različne plače, položaj in oblast nad delovnim položajem. Ta vzorec razdrobljene in vedno bolj specializirane delovne sile je postal pravilo v večini področij kapitalistične proizvodnje (8). Razdrobljenost delovnega procesa oziroma kapitalistična delitev dela ne izvira iz potreb procesa industrializacije, pač pa iz potreb po nadzoru nad delovno silo (7). Delitev znotraj vseh sektorjev delovne sile odseva in krepi že obstoječo kapitalistično razredno delitev v družbi.

Sistem NSH omogoča selektivno novačenje v različne ravni hierarhije in zrcali privilegije določenih družbenih skupin. Na vrhu hierarhičnega reda NSH so svétniki in starejši upravniki, ki prejemajo najvišje dohodke in uspešno nadzirajo vodenje zdravstvene službe in predstavljajo 7 odstotkov zaposlenih v NSH. Velnja, da so precejšnje ugodnosti, ki so jih deležni, zaslužili kot nagrado za svoje izjemno znanje in izkušnost, vendar je jasno, da je možnost za pridobitev teh večšin odvisna skoraj izključno od posameznikovega družbenega izvora (8), kar avtorica dokazuje s pomočjo raziskav o pomenu razrednega izvora, predvsem zdravniškega ozadja, za vpis na medicinsko fakulteto. Družbeno okolje, iz katerega izhajajo britanski zdravniki, je predvsem »zgornji srednji razred« (8).

Pod zdravniki in upravniki so medicinske sestre in drugi »paramedicinski« delavci – tehniki, fizioterapevti, delovni terapevti in ostali. Vključujejo približno 39 odstotkov delovne sile; le-te Doyalova (7) opisuje kot sektor »nižjega srednjega razreda«. Najnižji položaj v hierarhiji NSH zavzema največja skupina delavcev. To so nekvalificirani ali polkvalificirani pomožni delavci, ki predstavljajo približno 54 odstotkov delovne sile v NSH. »Pomožno« kategorijo predstavljajo delavci v pralnicah, vratarji in telefonisti. Doyalova (7) navaja raziskavo, kjer kaže na neopaznost te najbolj številčne kategorije delavcev v NSH in pravi: »Seveda pa vemo, da so pomožni delavci najmanj plačani delavci v zdravstvu, da nimajo skoraj nobenega predstavnika v procesu sprejemanja odločitev NSH in da večinoma delajo v zelo slabih razmerah.«

Delovna sila v NSH pa se ne deli samo na razredni osnovi temveč tudi po spolu. Okoli 75 odstotkov delavcev v NSH so ženske (7). Vendar pa glede na tako veliko zastopanost, niso enako zastopane na vseh ravneh hierarhije. Kot primer Doyalova navaja podatke, ki so bili objavljeni leta 1976 v *British Medical Journal*. Po teh podatkih je bilo v Veliki Britaniji samo 20 odstotkov zdravnic, na medicinskih fakultetah pa 35 odstotkov študentk.

V vmesnem sektorju zdravstvene delovne sile je delitev dela po spolu precej drugačna. Velika večina delavcev v tem sektorju so medicinske sestre in »ženskost« je bila že tradicionalno zajeta v sami opredelitvi nege. Leta 1976 je bilo v NSH znatno več kot 350.000 predstavnikov zdravstvene nege, in več kot 90 odstotkov teh je bilo žensk.

Najbolj izkoriščana skupina delavcev NHS so tako imenovani »pomožni« delavci, od katerih je skoraj 75 odstotkov žensk, ki so v glavnem zaposlene s skrajšanim delovnim časom. Leta 1976 je bilo v tej skupini prek 10.000 delavcev zaposlenih v pralnicah, 34.000 se jih je ukvarjalo s preskrbo, 92.000 delavcev pa je opravljalo osnovna hišna opravila.

»Zato so torej ženske v zdravstvenem sektorju zbrane v enakih slabo plačanih, družbeno manjvrednih zaposlitvah, ki jih zasedajo tudi drugod v gospodinjstvu, in daleč vidni »čudeži«, ki so jih pretežno ustvarili moški zdravniki, še naprej ostajajo na piramidi nevadne in pretežno ženske delovne sile.« (7).

Poleg spolne delitve dela Doyalova poudarja tudi pomen rase in narodnosti v organizaciji delovne sile NSH. Za angleško gospodarstvo povojnega obdobja je bilo značilno, da so zasedanje tistih delovnih mest, za katera ni bilo razpoložljive delovne sile, uporabili sezonske delavce iz manjrazvitih področij. Večina letih je zbranih v pomožnem sektorju. Njihov status »tujcev« in vpliv utrjenega rasizma pomenita, da teh delavcev ne obravnavajo na enak način kot angleške delavce z isto strokovno usposobljenostjo, in posledica tega je težnja po združevanju letih v najmanj zaželeno zaposlitve znotraj medicine in zdravstvene nege.

Izkoriščanje ženske in sezonske delovne sile se je izkazalo za pomembno v zmanjševanju stroškov v tem sektorju. Istočasno pa sta naraščujoče drobljenje in specializacija delovnega procesa olajšala shemo za povečano produktivnost, medtem ko hkrati zagotavljata večjo stopnjo nadzora nad delovno silo in omejevanjem razvoja solidarnosti med različnimi vrstami in stopnjami zdravstvenih delavcev (8).

Javnozdravstvena služba v Republiki Sloveniji

Organizacija javnozdravstvene službe

Zdravstvena dejavnost v Republiki Sloveniji je organizirana v treh ravneh. Pri takšni organiziranosti je pomembna predvsem vsebina posamezne ravni (9, 10). Zdravstvena dejavnost kot javna služba se odvija v okviru mreže javne zdravstvene službe. Merila za postavitev mreže javne zdravstvene službe pa se določijo s planom zdravstvenega varstva Republike Slovenije. Zakon o zdravstveni dejavnosti definira primarno, sekundarno in terciarno raven opravljanja zdravstvene dejavnosti (11).

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni

obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Le-to po zakonu ureja občina oziroma mesto. Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in ambulante (10) ter zasebni zdravstveni delavci (11).

Tudi Republika Slovenija je sprejela novo evropsko strategijo zdravstvenega varstva, ki je zdravstveno politiko v osemdesetih letih preusmerila od zdravljenja bolezni h krepitvi zdravja (9). Za svoje potrebe je prilagodila vsebino 38 ciljev in pripravila nacionalni program Zdravja v Sloveniji do leta 2000 skupaj s strategijo razvoja zdravstva v Republiki Sloveniji (9). Le-ta je grajena na dveh strateških ciljnih (12): Prvič, uveljaviti novo vsebino zdravstvenega varstva, ki temelji na krepitvi zdravja in preprečevanju obolevanja ter na prenosu skrbi in odgovornosti za zdravje na posameznika, na vse subjekte v gospodarstvu in negospodarstvu ter na ustrezno usposobljeno in organizirano javno zdravstveno službo. Drugič, postopno in nadzorovano izvesti prehod iz javnega v javno-zasebni vzorec zdravstvenega varstva, tako da ne bomo ogrozili pravičnega dostopa ljudi do storitev in dajatev iz zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja na ravni, ki jo omogočajo razpoložljivi javni viri.

Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni

obsega specialistično ambulantno dejavnost in specialistično bolnišnično dejavnost. Pri določanju sedeža zdravstvenega doma ali bolnišnice upoštevamo t.i. gravitacijsko območje. Le-to je lahko določeno po administrativnih ali naravnih kriterijih (9).

Specialistična ambulantna dejavnost kot nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni ali bolezenskih stanj ter izvajanje ambulantne rehabilitacije. Specialistično ambulantno dejavnost opravljajo bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok (Ur.l. RS, 1992).

Specialistična bolnišnična dejavnost obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego, nastanitev in prehrano v splošnih in specialnih bolnišnicah.

Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni

obsega dejavnost klinik in inštitutov. Sem sodi znanstvenoraziskovalno in vzgojno-izobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način. Njihove programe določa Ministrstvo za zdravstvo (11).

Druga zdravstvena dejavnost

Pod drugo zdravstveno dejavnost uvršča zakon zdraviliško zdravstveno dejavnost, lekarniško dejavnost ter preskrbo z ortopedskimi in drugimi pripomočki, pre-

skrbo s krvjo in krvnimi pripravki ter z organi za presajanje in socialnomedicinsko, higiensko, epidemiološko in zdravstvenoeколоško dejavnost.

Zdravstvena delovna sila v Sloveniji

Tudi zdravstvena delovna sila v Sloveniji je zelo slojevita v primerjavi z Veliko Britanijo.

Zdravstvena delovna sila v NSH je razporejena v značilno hierarhično piramido, kjer je največ nekvalificiranih in polkvalificiranih delavcev. Sledijo jim delavci s srednjo in višjo izobrazbo, najmanj pa je fakultetno izobraženih. Slika v Sloveniji je malo drugačna. Podatki so povzeti iz Zdravstvenega statističnega letopisa za leto 1997 (5).

Vseh zaposlenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev v Republiki Sloveniji v letu 1997 je bilo 36.664. Na vrhu lestvice so zdravniki, zobozdravniki, farmacevti in drugi zdravstveni delavci in sodelavci z visoko izobrazbo. Sem spadajo tudi nezdravstveni delavci z visoko izobrazbo. Skupaj predstavljajo 20 odstotkov vseh zaposlenih v slovenski zdravstveni službi v letu 1997.

Littlewood (13) poudarja, da tudi med samimi zdravniki obstaja hierarhija. Najnižji ugled imajo zdravniki splošne prakse, najvišjega pa različni specialisti. Prvi na lestvici cenjenosti so kirurgi, sledijo jim internisti in ginekologi (14). Littlewood (13) postavlja psihiatre na najnižjo stopničko v hierarhiji zdravnikov. Šele za zdravniki pa pridejo na vrsto zdravnice (13).

Srednji razred predstavljajo zdravstveni delavci z višjo in srednjo izobrazbo. Le-teh je bilo v letu 1997 56,7 odstotkov. Zdravstvenih delavcev z višjo izobrazbo, kot so medicinske sestre, fizioterapevti, delovni terapevti, višji zobni tehniki, višji dentisti, inženirji protetike, inženirji radiologije, inženirji farmacije, sanitarni inženirji, višji laboratorijski tehniki in ostali, je bilo 16,6 odstotkov. Med temi je 61,9 odstotkov medicinskih sester. Zdravstvenih delavcev s srednjo izobrazbo je bilo bistveno več, 40,1 odstotek. Le-ti pa so zdravstveni tehniki, zobotehniki, laboratorijski tehniki, farmacevtski tehniki in ostali. Med temi je seveda največ zdravstvenih tehnikov, kar 82,8 odstotkov.

Najnižji razred predstavljajo zdravstveni in nezdravstveni delavci z nižjo izobrazbo. Le-teh je 23,3 odstotkov. Kdo so ti?

Takšna struktura je vsekakor posledica naše družbene ureditve v preteklosti, za katero je značilen velik srednji sloj. Le-ta se in se bo vse bolj zmanjševal.

Struktura zdravstvene delovne sile po spolu sploh ni v celoti obdelana v obstoječih podatkih. Imamo le podatke za zdravnike. V letu 1997 je bilo v Republiki Sloveniji 4256 zdravnikov registriranih v bazi podatkov izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Od tega je bilo 45,8 odstotkov zdravnikov in 54,2 odstotka zdravnic. Zelo zanimiva je starostna struktura, ki kaže, da je bil delež zdravnic, starejših od 60 let, le okrog 20 odstotkov, medtem ko je delež zdravnic, mlajših od 40 let, že presegal 60 odstotkov.

Tudi podatki o študentih medicine nam kažejo zanimivo sliko. Anketa o socialnem poreklu študentov medicine (15) kaže, da le-ti pretežno izhajajo iz družin, ki pripadajo srednjemu in višjemu socialnemu sloju. Ali Doyalina trditev, da je možnost za pridobitev najvišjih položajev odvisna skoraj izključno od posameznikovega družbenega izvora, velja tudi v slovenski javnozdravstveni službi? V letu 1997 je bilo vseh študentov medicine 937. Od tega jih je bilo 35,8 odstotkov moških in 64,2 odstotkov žensk. Pri študentih stomatologije in farmacije je odstotek žensk prav tako visok: stomatologija – 60,6 odstotkov in farmacija 77,3 odstotka.

V letu 1997 je bilo vseh vpisanih študentov na Višoki šoli za zdravstvo 1661, od tega je bilo 16 odstotkov moških in 84 odstotkov žensk. Še manjši pa je odstotek moških med študenti zdravstvene nege – le 7,3 odstotkov.

Vseh vpisanih učencev na srednjih zdravstvenih šolah v šolskem letu 1997/98 je bilo 5995. Od tega je bilo 19,3 odstotke moških in 80,7 odstotkov žensk.

Diskusija

Če si pomagamo s temi podatki in jih apliciramo na obstoječo sliko zaposlenih v javnozdravstveni službi Slovenije, si lahko ustvarimo približno sliko. V najvišjem hierarhičnem razredu, kaže slika, je največ moških glede na druge razrede – 45,8 odstotkov. Vendar pa se ta delež iz leta v leto zmanjšuje, kar kažejo tudi podatki o vpisanih študentih na medicinsko fakulteto – le 35,8 odstotkov moških. Zakaj se delež moških zmanjšuje? Ali odhajajo v druge poklice? Ali poklic zdravnika v Republiki Sloveniji ne predstavlja več najvišjega statusa?

Raziskave kažejo, da je zdravniški poklic najuglednejši ali med najbolj uglednimi v vseh preučevanih družbah (16). Raziskavi iz let 1983 (Slovensko javno mnenje) in 1986 (Socialna struktura) postavljata med najbolj ugleden poklic zdravniški poklic (14). Pri tem pa je zanimivo subjektivno doživljanje družbenega položaja zdravnikov, saj so le-ti nezadovoljni s svojim položajem v celoti (16).

V vseh družbah moški prevzamejo dominantne vloge. Med mehanizmi, ki vzdržujejo dominacijo moških je pomemben ritual, ki služi za ustvarjanje in oblikovanje družbene stvarnosti. Z ritualno ločitvijo moškega sveta od žensk postane moški »svet« (14). Medicina je ena redkih profesij najvišjega ugleda, ki zaposluje tako velik delež žensk (13) in morda je tudi to vzrok za subjektivno nezadovoljstvo zdravnikov-moških.

Srednji hierarhični razred predstavljajo delavci z višjo in srednjo izobrazbo. Iz strukture študentov in učencev lahko povzamemo, da je med prvimi le 16 odstotkov moških, od tega je med medicinskimi sestrami le 7,3 odstotka višjih zdravstvenih tehnikov. Med delavci s srednjo izobrazbo naj bi bil odstotek moških za malenkost višji – 19 odstotkov.

Za najnižji razred nimamo niti nobenih primerjalnih podatkov.

Čeprav je odstotek žensk med zdravniki znatno višji v Republiki Sloveniji, kot je bil v NSH v sedemdesetih letih, je spolna diskriminacija v naši družbi še vedno prisotna. Ženske-zdravnice so v precej drugačnem položaju kot pa medicinske sestre. Medicinske sestre predstavljajo veliko skupino, ki je zdravnikom že primarno podrejena. So v položaju, ki je že od vsega začetka nižje vrednoten. Prisotnost žensk v tem poklicu ni naključna. Vrline medicinske sestre so vrline ubogljive, marljive in tihe (nerazumske) žene. Pred ženskimi gibanji je obstajalo prepričanje, da bi preveč razmišljanja lahko imelo resne škodljive posledice za žensko (17). Vsako mnenje in pobuda sta bili zatri. Današnji čas, ko so ženske začele »dvigati« svojo sklonjeno glavo, se odraža tudi v reformaciji zdravstvene nege kot profesije.

Vidiki dualizma znotraj zdravstvene službe

Temeljni vidik dualizma znotraj zdravstvenega sistema je opozicija med zdravnikom in medicinsko sestro. To sta najštevilnejša poklica v zdravstvu, ki naj pogosteje delata skupaj (14). Doyalova (7) to dualnost razširi, ko pravi: »Temeljna delitev je bila torej ustvarjena med tem, kar so imeli za preudarno, diagnostičnimi vidiki medicine, torej med "zdravljenjem", ki so ga opravili moški zdravniki, in med "negovanjem", ki so ga morale opraviti ženske«.

Roland Littlewood opisuje še eno pomembno opozicijo, ki jo povezuje s prejšnjo. To je opozicija med zdravnikom in bolnikom. Pri tem navaja, da so simbolične lastnosti bolnika karakteristično ženske, medtem ko zdravnik simbolično predstavlja moškega (13). Najbolj specifičen pokazatelj tega je oblika dialoga med njima. Med njima obstaja resonanca; tišina (13). Zdravniki razumevajo bolnika kot nekompetentnega, od njih pričakujejo infantilizacijo (14). Tako bolnik skozi bolezen izgubi tudi svojo odraslost in dolžno spoštovanje. V očeh zdravnika regresira v podrejeno in odvisno vlogo otroka oziroma »ženske«.

Najmočnejša resonanca obstaja v odnosu med zdravnikom in medicinsko sestro (13). Kot ilustracijo si lahko ogledamo odnose na nekem bolniškem oddelku, kot jih opisuje Eva Gamarnikow (18). Ko pride na oddelek zdravnik, se pričakuje od medicinskih sester, da vstanejo, mu odprejo in za njim tudi zaprejo vrata. Pri tem med sabo ne govorijo, se ne premikajo, če ni nujno potrebno, in ne delajo hrupa. O prihodu zdravnika takoj poročajo nadrejenim medicinskim sestram. Predvsem pa poskrbijo, da so bolniki pri miru in tiho. Zdravnika jim ni dovoljeno nagovoriti, dokler jih najprej ne nagovori sam. Pri tem se pričakuje, da ga naslavlja z »gospod«, da mu odgovorijo na vprašanje, vendar pri tem ne posredujejo svojega mnenja (18). Če mu že posredujejo svoje mnenje, mora izgledati tako, kot da le-to prihaja s strani zdravnika samega (19).

Vloga medicinske sestre v odnosu do zdravnika je vloga tehničnega asistenta (20). Ona je zdravnikova desna roka. Od nje se pričakuje, da brezpogojno uboga in izpolnjuje zdravnikove ukaze. Ta odnos se popolnoma pokriva z odnosom moža do žene. Je poslušna in požrtvovalna, pripravljena na najglobljo uvidnost in samoodrekanje, hkrati pa nesposobna za samostojno odločanje (14, 17). Od žensk se pričakuje, da raje živijo skozi in za druge kot pa zase (13). Vloga medicinske sestre je nastala po viktorjanskem obrazcu »idealne žene« 19. stoletja in vanjo spada skoraj vse, kar od nje zahtevata tradicionalni dom in družina (14). Medicinska sestra zagotavlja red na več načinov. »Najprej tako, da sodeluje v ritualih in ravna na način, ki poudari zdravnikovo glavno vlogo (na primer ob viziti), pa tudi, da prenaša na bolnike navodila z vrha in da otežuje komunikacijo navzgor.« Je kot družbena bariera, ki pripušča do zdravnika samo izbrance (14).

Medicinske sestre izvajajo tudi gospodinjska opravila za zdravnike: jim kuhajo kavo, tekajo za njih po opravkih; kirurgom pa dejansko celo pomagajo pri umivanju in oblačenju (13).

Tudi narava izobraževanja medicinskih sester se kaže v pomembnosti te temeljne ideologije o ohranjanju zdravstvene nege (in ženske) v podrejenem položaju. Pahorjeva (14) imenuje šole za medicinske sestre v preteklosti »šole za uboganje«. Medicinska sestra je izurjena ubogati ukaze predpostavljenih (predvsem zdravnikov), opraviti stvari »kot je treba« (ne glede na okoliščine) in se posvečati svojim bolnikom in »klicem«. Posledica tega je, da so se medicinske sestre že po tradiciji sprijaznile s tem, da dobivajo nizke plače in da delajo v težkih delovnih pogojih, ker še vedno velja zdravstvena nega za poslanstvo in ne samo za zaposlitev (8).

Pri tem prihaja medicinska sestra v konflikt s svojo drugo vlogo, vlogo zastopnika interesov bolnika. Medicinska sestra je po naravi svojega dela glavni zagovornik bolnikovih interesov (21), hkrati pa ga tudi psihološko in sociološko podpira. Pri tem mora biti zagotovljena temeljna predpostavka: njena pravica in etična dolžnost, da ga seznanji z njegovo boleznijo, njegovim stanjem, terapevtskimi metodami, njihovimi prednostmi in pomanjkljivostmi. Namen tega seznanjanja je vsekakor zmanjšati strah, tesnoba in negotovost, kar pozitivno vpliva na potek bolezni (22).

Zdravniki zagovarjajo profesionalno podrejen položaj medicinskih sester z delitvijo dela po spolu. Delo medicinske sestre je delo ženske, zato od nje zahtevajo brezpogojno ubogljivost (18,14). Pred reformo, ki jo je uvedla Florence Nightingale, je odnos med zdravnikom in negovalko temeljil na odnosu gospodar-služabnik. Negovalka je bila obravnavana kot hišni služabnik, ki je zaposlen v bolnišnici (18).

Nightingalova je bila prva, ki je opredelila ločnico med medicino in zdravstveno nego. Podrejenost medicinskih sester zdravnikom je definirala kot profesij-

onalno podrejenost zdravstvene nege medicini. Poleg izvrševanja ukazov zdravnika je postala njena specifična naloga opazovanje bolnika in poročanje o simptomih (18).

Zdravniki želijo ohraniti monopol nad postavljanjem diagnoz, čemur se medicinske sestre čedalje bolj upirajo. Opazovanja medicinskih sester tvorijo podatke, na katerih temelji zdravnikova diagnoza (18). Takšen monopol nad postavljanjem diagnoze je kritiziral tudi Foucault (23).

Zdravniki svoje trditve utemeljujejo na novi opoziciji, opoziciji med kulturo in naravo. Medicinsko sestro-žensko povezujejo z naravo, medtem ko zdravnik-moškega povezujejo s kulturo. Kultura vedno dominira nad naravo, ker so kulturne interpretacije naslonjene na bioloških dejstvih (24).

Skoraj vse družbe žensko definirajo kot bližjo naravi glede na moškega, ker je njeno telo in življenje močnejše podvrženo biološkemu zakonu vrste. Tako se vse njene aktivnosti označujejo kot nižje, kulturno manj vredne in brez pravice do enakosti v družbi (25). Littlewood (13) navaja, da so dejanja žensk v medicini bolj pasivna, bližja »naravi«, čakajoč na moško, »kulturno« sposobnost organizacije. Ortnerjeva (25) opredeljuje to specifično videnje narave, kot rezultat specifične kulturne operacije s katero sam človek doživlja en del svojega družbenega bitja kot manjvreden, preveč blizu naravi.

Tipičen primer je rojevanje. Biti ženska, pomeni, da si identificirana z biološko reprodukcijo. V nasprotju z žensko je moška vloga očeta družine samo ena izmed številnih javnih vlog, ki oblikujejo njegovo identiteto. Moški spreminja obraz Zemlje, izumlja nove instrumente, oblikuje prihodnost, torej transcendirajo življenje preko svojih kreativnih dejanj, medtem ko ženska samo ponavlja dajanje življenja prek svoje kreativne moči telesa (24).

Tudi »ženska« emocionalnost igra pomembno vlogo. V primerjavi z moškimi je ženskam dovoljena večja svoboda pri izražanju čustev (13). Ženske lastnosti so odvisnost in pasivnost, otroška nesposobnost obrambe ter potreba po moški zaščiti in usmerjanju (13).

Zdravstveno nego so utemljevali kot ženski poklic s predpostavko, da ženske nimajo dovolj intelektualnih in čustvenih sposobnosti, da bi se ukvarjale z znanstvenim zdravljenjem, in obratno, da bi bilo razsipavanje njihovih nedvomnih organizacijskih, materinskih in vzgojnih sposobnosti, če bi se morale zaposliti kjerkoli drugje, razen v vlogi medicinskih sester (8).

Pri tem se porodi vprašanje, kakšen pa je odnos med zdravnico-žensko in medicinsko sestro-žensko. Tudi ta odnos zaznamuje opozicija med moškim in žensko. Zdravnice, v tem primeru, prevzamejo moško vlogo (13). Kot ilustracijo lahko navedemo dejstvo, da bolniki-moški velikokrat »flirtajo« z medicinskimi sestrami, medtem ko z zdravnicami zelo redko. Littlewood (13) navaja tudi dejstvo, da zdravnicam-ženskam ni

dovoljeno postati ženska prek rojevanja otrok, saj je raziskava pokazala, da jih po zanositvi sodelavci sploh niso več jemali resno.

Naslednja nejasnost je vstop moških v ženske poklice. Zaradi asociacije zdravstvene nege z žensko »nego«, je pozicija zdravstvenega tehnika-moškega obdržala določeno nejasnost. Pri tem poklicu zdravstveni tehniki-moški prevzamejo določene homoseksualne lastnosti (13). Spolna orientacija zdravstvenih tehnikov-moških in zdravnic-žensk je konstantno področje zanimanja, medtem ko so spolni interesi na primer inženirjev in antropologov irelevantni (13).

Znotraj zdravstvenega sistema obstaja tudi delitev na področja, ki so bolj moška, in tista, ki so bolj ženska. Predvsem je nejasna vloga ženske-zdravnice na področjih, kjer se najbolj manifestira odnos moški-ženska. To sta področji ginekologije in porodništva (25,14). Tu je zaposlenih manj zdravnic glede na druge specializacije. Najbolj žensko področje medicine je področje, kjer se najbolj izraža odnos mati-otrok in kjer je polarnost moško-žensko zabrisana (13). To sta področji pediatrije in psihiatrije (13).

Področje medicine, kjer je moškost najbolj poudarjena, je kirurgija. Kirurgi zasedajo najvišji položaj na lestvici zdravnikov (13). Samopercepcija kirurga se enači s herojem. Želijo, da se jih naziva raje s specifično moškim nazivom »gospod« kot pa z nevtralnim »doktor«. Moška družba kirurgov obožuje avtomobile, šport, hitrost in tekmovalnost (13). Na zabavah »flirta« vsak s »svojo« medicinsko sestro ali kot pravi Littlewood (13): »Zdravniki imajo »svoje« medicinske sestre; medicinske sestre pa nimajo »svojih« zdravnikov.«

V odnosu med zdravnikom in medicinsko sestro se kaže tudi opozicija centralno-periferno. Spremembe v naravi zdravniške prakse so proizvedle potrebo po novi vrsti delavca, medtem ko je hkrati postopno spreminjanje tako družbene opredelitve kot tudi pričakovanja žensk proizvedlo novo ponudbo delovne sile. Ker je zdravniško delo postajalo vse bolj specializirano, se je pojavila naraščajoča potreba po novi vrsti podrejenega delavca, ki bi mu zdravnik lahko zaupal določene obveznosti (8). V procesu delitve dela so zdravniki na medicinske sestre najprej preložili obrobna opravila, ki jih sami niso več želeli opravljati. Osnovna, centralna dejavnost je postala intervencija zdravnika, medtem ko je intervencija medicinske sestre, torej zdravstvena nega, postala perifernega pomena. Dejansko pa obstajajo podatki, ki so že v času Nightingalove pokazali, da dobra zdravstvena nega lahko bistveno zmanjša smrtnost bolnikov. Smrtnost vojakov v Skutariju, kjer je nadzor nad zdravstveno nego med krimsko vojno prevzela Florence Nightingale skupaj z 38. negovalkami, je padla s 40 odstotkov na dva.

Opozicija javno-privatno sovпада z opozicijo moški-ženska. V večini poznanih družb pripada ženskam privatni svet, moškim pa svet javnega delovanja. Pri-

vatni svet, ki mu pripadajo ženske, je ozko definiran, pregleden, predvidljiv in predstavlja statusno nepomembno področje družbenosti. Na področju javnega delovanja, ki mu pripadajo moški, dominira oblast, avtoriteta in moč (26).

Opozicija javno–privatno znotraj zdravstvenega sistema se kaže poleg delitve na javno zdravstvo in zasebnike tudi v patronažni službi. Patronažna medicinska sestra je tista, ki pri svojem delu vstopa v zasebno sfero svojega varovanca. Pri tem opravlja tudi obiske, ki niso naročeni, kjer je varovanci ne kličejo, temveč je sama pobudnik. Odnos med zdravstvenim delavcem in varovancem v inštituciji, kjer se varovanec zaveda svojega problema je dugačen kot na terenu, kjer je varovancu problem pogosto prikrit in je patronažna medicinska sestra vdiralka v zasebnost varovanca, ki je lahko nezaželena.

Tukaj lahko zasledimo tudi nasprotja med interesi medicine in interesi zdravstvene nege. Medicina je tista, ki je usmerjena na bolezen, na bolnikov bolni organ oziroma na bolezenske procese okolja (22). Zdravniki poudarjajo biofizični vidik zdravljenja ob pomoči tehnologije (14). Zdravstvena nega pa je usmerjena bolj v zdravje, v celostno obravnavo bolnika znotraj svojega okolja (22, 18). Pri tem poudarja nego, čustveno podporo in neinvazivne metode (14).

Sklep

Če povzamemo opozicije, ki opredeljujejo zdravstveno službo, lahko kot prvo navedemo opozicijo med zdravnikom in medicinsko sestro. Na le-to se veže še širša opozicija med medicino in zdravstveno nego, sledi opozicija med zdravnikom in bolnikom, ki, kot skoraj vse ostale, temelji na družbeno najstarejši in najmočnejši opoziciji med moškim in žensko. Naslednje opozicije so še med kulturo in naravo, centralnim in perifernim, javnim in privatnim ter usmerjenostjo v bolezen in usmerjenostjo v zdravje.

V članku je največja pozornost namenjena prvi opoziciji med zdravnikom in medicinsko sestro. Ta opozicija ni enakovredna, kot ni enakovredna niti opozicija med moškim in žensko v plemenu Bororo. Podrejenost ženske moškemu se je zgodila nekje v preteklosti. Skozi zgodovino se je ta podrejenost v različnih kulturah različno interpretirala (27).

Podrejenost zdravstvene nege medicini ni naključna, temveč načrtovana z namenom, da se zagotovi kontinuirano služenje medicinskih sester zdravnikom ter izrazi dominantna moč znotraj družbe. Hierarhija temelji predvsem na razredni in spolni diskriminaciji. (3) (Hierarhičnost odnosov v zdravstvu je bila nekoč morda učinkovita, vendar pa dandanes raziskave kažejo drugače.) kakovostna zdravstvena oskrba kot najvišji cilj vseh zdravstvenih delavcev zahteva drugačne odnose. Predvsem zahteva sodelovanje med različnimi zdravstvenimi profili, katerih vloge so jasno definirane, njihovi izsledki pa timsko obravnavani.

Podrejen položaj medicinskih sester, ki so se mu le-te že začele upirati (13), zmanjšuje možnosti za komunikacije in povzroča konflikte. Takšen položaj medicinskih sester škodi bolnikom (3,4), saj zmanjšuje kakovost zdravstvene nege, in pa tudi samim medicinskim sestram (2), ki jih takšna zadušenost hromi. Pri tem slabša kakovost življenja zdravstvenih delavcev, saj slabša njihove medsebojne odnose (14) in vodi v prezgodnjo poklicno iztrošenost (2).

Ideja o nujnosti hierarhičnih odnosov v zdravstvu se je zlasti trdno zasedla v srednji in južni Evropi, medtem ko Skandinavci in Američani spodbujajo take načine vedenja in odnose, ki več prispevajo k učinkovitosti in kakovosti dela (14). Pahorjeva (14) kot primer navaja participacijo oziroma sodelovanje delavcev pri odločanju, ki temelji na egalitarnem vrednostnem sistemu. Razvijanje sodelovanja oziroma partnerstva (22) je spodbuda za tvorne in zadovoljive medčloveške odnose pri slojevitim in kompleksnem opravljanju del zdravstvenega varstva.

Družbene spremembe, kot so drugačna obolevnost prebivalstva (staranje prebivalstva ter porast kroničnih bolezni), vplivajo na nove trende v zdravstvu, ki jih že začrtuje Svetovna zdravstvena organizacija. Nacionalni program Zdravje za vse do leta 2000, ki so ga predstavniki narodov sprejeli leta 1978 na konferenci v Alma-Ati je usmerjen v primarno skrb za zdravje (28).

Ključni koncept, na katerem temelji razvoj zdravstvene nege, je v njeni vlogi zadovoljevanja zdravstvenih potreb ljudi, in ne potreb zdravstvenega varstva (29). Če izhajamo iz cilja po kakovostnejši zdravstveni oskrbi varovancev, potem se mora tradicionalna vloga medicinske sestre, ko je le-ta služila le zdravniku, spremeniti. Biti mora dobro strokovno izobražena, njeno enkratno in določeno sodelovanje v zdravstvenem varstvu cenjeno, sodelovanje v zdravstvenem timu pa enakopravno. Sama mora prevzeti vso odgovornost za zdravstveno nego svojih varovancev (30).

Literatura

1. Nakajima H. Medicinske sestre potrebujemo bolj kot kdajkoli prej. *Zdrav Obzor* 1993; 27: 69.
2. Rupnik A. Poklicna identiteta medicinskih sester. *Medicinska sestra v bolnišnici*. Diplomsko naloga. Logatec: Univerza v Ljubljani. Visoka šola za socialno delo, 1995.
3. Darbyshire P. The burden of history. *Nursing Times* 1987; 28: 32–4.
4. Jones C. Handmaiden mentality. *Nursing Times* 1987; 40: 59.
5. Zdravstveni statistični letopis 1997. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1988: 295–327.
6. Lévi-Strauss C. *Strukturalna antropologija*. Zagreb: Stvarnost, 1977: 139–69.
7. Rohrlh-Leavitt R, Sykes B, Weatherford E. Domorotka: Videnja antropologa-muškaraca i antropologa-žena. V: Papič Ž, Sklevický L. *Antropologija žene*. Zbornik. Beograd, Prosveta, 1983: 55–73.
8. Doyal L. *Politična ekonomija zdravja*. Ljubljana: Knjižnica revolucionarne teorije, 1984: 131–64.
9. Brus A. Organiziranost javnozdravstvene službe v Republiki Sloveniji. *Organizacija* 1995; 6: 343–9.
10. Letica S. *Zdravstvena politika v doba krize*. Zagreb: Medicinska biblioteka. Naprijed, 1989: 327.

11. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije, 9/92: 590–3.
12. Česen M, Mencelj M, Petrič D, Fakin S. Strategija razvoja zdravstva v Republiki Sloveniji. Ministrstvo za zdravstvo Republike Slovenije, predlog, oktober 1994: 13.
13. Littlewood R. Gender, role, and sickness: the ritual psychopathologies of the nurse. In: Holden P, Littlewood J. *Anthropology and Nursing*. London and New York: Routledge, 1991: 148–69.
14. Pahor M. Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. *Zdrav Obzor* 1989; 23: 43–64.
15. Kamnar H. Privatizacija zdravstvene dejavnosti v luči nove zdravstvene zakonodaje. *Zdrav Var* 1992; 31: 289–92.
16. Savin K. Društveni ugled lekara. *Gledišta* 1980; 11–2.
17. Smoyak SA. Redefining roles. *Nursing Times* 1987; 28: 35–7.
18. Gamarnikow E. Nurse or woman: gender and professionalism in reformed nursing 1860–1923. In: Holden P, Littlewood J. *Anthropology and Nursing*. London and New York: Routledge, 1991: 110–29.
19. Keddy B, Jones Gillis M, Jacobs P, Burton H, Rogers M. The doctor-nurse relationship: an historical perspective. *J Adv Nurs* 1986; 11: 745–53.
20. Samuelson H. Nurses between disease and illness. In: Holden P, Littlewood J. *Anthropology and Nursing*. London and New York: Routledge, 1991: 190–200.
21. Littlewood J. Care and Ambiguity: Towards a Concept of Nursing. In: Holden P, Littlewood J. *Anthropology and Nursing*. London and New York: Routledge, 1991a: 170–89.
22. Letica S, Letica G. Medicinska sestra kot profesionalka: družbeni položaj in etični problemi. *Zdrav Obzor* 1991; 25: 23–30.
23. Foucault M. *The birth of the clinic*. London: Tavistock, 1976.
24. Callaway H. The most essentially female function of all: giving birth. In: Ardenner S. *Defining females. The nature of women in society. Cross-cultural perspectives on women* 1993; 4: 146–67.
25. Ortner S. Žena spram muškaraca kao priroda spram kulture? V: Papič Ž, Sklevicky L. *Antropologija žene. Zbornik*. Beograd, Prosveta, 1983: 152–83.
26. Papič Ž, Sklevicky L. Antropologija žene – novi horizonti analize polnosti u društvu. V: Papič Ž, Sklevicky L. *Antropologija žene. Zbornik*. Beograd, Prosveta, 1983: 7–32.
27. Ardenner S. Introduction: the nature of women in society. In: Ardenner S. *Defining females. The nature of women in society. Cross-cultural perspectives on women* 1993; 4: 1–33.
28. Kožuh-Novak M. Slovenska zdravstvena informatika v službi programa SZO Zdravje za vse do leta 2000. *Zdrav Var* 1989; 28: 179–82.
29. World Health Organisation. *Nove usmeritve v razvoju zdravstvene nege*. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, TOZD Patronažno varstvo, Zdravstveni dom Dr. Adolfa Drolca Maribor, 1995.
30. Ashworth P, Björn A, Déchanoz G. *Potrebe ljudi po zdravstveni negi. Študija evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije*. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, TOZD Patronažno varstvo, Zdravstveni dom Maribor, 1988.