

TEORETIČNA IN METODOLOŠKA IZHODIŠČA RAZISKAVE O MEDICINSKIH SESTRAH V SLOVENIJI

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL BACKGROUND OF THE RESEARCH STUDY ABOUT NURSES IN SLOVENIA

Majda Pahor

UDK/UDC 614.253.52:616-083-057

DESKRIPTORJI: *zdravstvena nega, raziskava; zdravstvena nega, metodološka raziskava; Slovenija*

DESCRIPTORS: *nursing research; nursing methodology research; Slovenia*

Izvleček – Odločitev za izvedbo obsežne in zahtevne raziskave na še neobdelanem raziskovalnem polju ni naključna. Namen prispevka je, da osvetli kontekst, v katerem je do te odločitve prišlo, in predstavi njena izhodišča. Le-ta so teoretična in temeljijo na določeni konceptualizaciji in vrednostni orientaciji naročnika raziskave in raziskovalk ter metodološka, se pravi razlogi za izbiro določene raziskovalne strategije in metod. Avtorica opozori tudi na etične vidike raziskovanja in zaključni s predstavitvijo implikacij raziskave za dejavnost medicinskih sester in za nadaljnje raziskovanje ob upoštevanju njenih omejitv.

Abstract – The decision to perform a large research study in a not very much researched field of nursing in Slovenia is not contingent. The aim of the article is to present the context of this decision and its background. The theoretical basis of the study is discussed, based on the conceptualization of the research subject by the commissioner and the researchers as well as the reasons for choosing research strategy and methods. The author discusses ethical considerations of the research. Finally, she presents the implications of the research findings for the nursing practice and for further research as well as their limitations.

Uvod

Prispevek na začetku predstavi teoretično utemeljitev izbora raziskovalnega problema v družbenem kontekstu tranzicijske Slovenije in slovenskega zdravstva v začetku 21. stoletja. Nato želi pojasniti metodološko zasnovo raziskave, razloge za izbrano raziskovalno strategijo ter opravljene korake, ki so zagotovili visoko stopnjo zanesljivosti podatkov. Opozori tudi na etične vidike raziskave. V razpravi so obravnavane omejitve kvantitativnega raziskovanja z uporabo anketnega vprašalnika ter implikacije te raziskovalne študije, tako na področju načrtovanja nadaljnjega raziskovanja kot možnih ukrepov oziroma akcij, ki bi lahko sledili iz raziskovalnih ugotovitev.

Predmet raziskave, katere prvi rezultati so objavljeni v knjigi *Medicinske sestre v Sloveniji*, je poklicna skupina medicinskih sester, oziroma vsi, ki so v Sloveniji zaposleni na področju zdravstvene nege. Javno dostopne podatke o medicinskih sestrah v Sloveniji objavljajo uradna statistika, resorno ministrstvo, zaposlovalci, stanovske organizacije, tudi nekaj raziskav je že obravnavalo določene vidike življenja in ravnanja te poklicne skupine, vendar je pričujoča predstavljena raziskava opravljena na doslej največjem vzorcu. Zakaj si je bilo potrebno zastaviti vprašanje »Kdo

so medicinske sestre v Sloveniji?«? Kaj novega naj bi nam ta raziskava prinesla? Komu bi koristila? Kako zagotoviti, da to ne bo le oblika »socialnega knjigovodstva« (Tonkiss, 1998, v Seale (ed), 1998), ampak bo globlje pojasnila obravnavani pojav? In tudi tu je kleč. Kajti raziskovanje je po definiciji zasnovano tako, da poskuša pojasnjevati pojave objektivno, neodvisno od vrednostnih predpostavk in interesov raziskovalcev ali naročnikov raziskave. Vendar pa se raziskovanje (ali branja raziskovalnega poročila) ponavadi lotimo z nekimi bolj ali manj (ne)zavednimi vnaprejšnjimi predstavami o pojavu in z določenimi pričakovanji. Večinoma imamo v mislih že izdelan »idealni tip« medicinske sestre. Zato bodo rezultati lahko povzročili pri nekaterih presenečenje, pri drugih navdušenje ter pri tretjih razočaranje. Je pa potrebno opozoriti, da številke, čeprav izgledajo še tako objektivne, ne govorijo same zase. Pomen dobijo šele v kontekstu oziroma v interpretaciji. Ta raziskava tudi ne poskuša izdelati »fotografije« slovenskih medicinskih sester, ampak je dobljeni seznam značilnosti, predstavljen v knjigi *Medicinske sestre v Sloveniji*, šele začetek pojasnjevanja pojava. Na osnovi tega, kar smo ugotovili tukaj, se bo potrebno vprašati, katere so tiste okoliščine, ki so pripeljale do teh značilnosti medicinskih se-

ster v Sloveniji, zakaj so porazdeljene tako, kot so, kakšne posledice imajo za zdravje prebivalcev te družbe in ali bi bilo mogoče te okoliščine spremeniti tako, da bo lahko zdravstvena nega naredila vse, kar bi sicer lahko, za blaginjo svojih uporabnikov in izvajalcev. Stara latinska modrost, ki jo je odlično prevedel Saša Vuga »Le zdrav zdravnik naj zdravi«, velja namreč za vse zdravstvene delavce.

Teoretična izhodišča raziskave

Medicinske sestre so večinski, a skoraj nevidni del zaposlenih v zdravstvenem varstvu. Raziskovanje fenomena medicinskih sester je torej še korak onkraj že znanega pojmovanja raziskovanja kot specifične oblike gledanja pojavov. Ena od mnogih mogočih opredelitev raziskovanja namreč je, da raziskovati pomeni gledati to, kar vsi gledajo, in videti, česar drugi (še) ne vidijo. Raziskovati medicinske sestre pomeni gledati ne-videno v obeh pomenih. Zdravstveno nego lahko opredelimo kot dejavnost pomoči pri vsakodnevnih življenjskih dejavnostih, ki bi jih ljudje opravili sami, če ne bi imeli zdravstvenih problemov (Henderson, v Bohinc, Cibic, 1995). Pomemben element te dejavnosti je približevanje pacientom, vzpostavljanje skupnosti, zaveznitva, ki je temeljna značilnost odnosov med medicinsko sestro in pacientom (Royal College of Nursing, 1992, cit. po Davies, 1995). Profesionalna zdravstvena nega torej ne sloni le na racionalnem znanju, ampak tudi na odnosih in čustvih.

Kako pa raziskovalno in racionalno prijeti to, kar je nevidno, na videz neoprijemljivo, ne-samo-racionalno v procesu vzpostavljanja zdravja? Je malo raziskovalnega dela na tem področju samo posledica spoznavnih, epistemoloških in metodoloških zadreg ali česa drugega? Zakaj je to raziskovanje v nekaterih družbah bolj razvito, ponekod, na primer v Sloveniji, pa ne predstavlja prioritete?

Kot teoretični okvir za razumevanje dejavnosti zdravstvene nege lahko uporabimo Habermasovo razlago razlike med svetom življenja in sistemom (Habermas, 1984, Scambler, 1987). Habermas pojmuje svet življenja kot tisti prostor vsakdanje dejavnosti, kjer se življenje reproducira. Skrb za bolne in pomoči potrebne, torej zdravstveno delo, je element sveta življenja. Temelji na predrefleksivnih predpostavkah, prepričanjih in odnosih, ki delujejo kot nezavedno ozadje eksplicitne komunikacije in medsebojnih odnosov. Svet življenja je torej »predracionalen«, a hkrati iz sebe skozi razvoj človeške družbe producira »racionalizacije« kot zgoščene izkušnje in znanje. Produkt teh racionalizacij imenuje Habermas »sistem«, ki najprej nastane na področju materialne produkcije, sčasoma pa racionalizira in potegne vase tudi dejavnosti sveta življenja. Sistem temelji na formalnem znanju, dejavnost v njem je ciljno-racionalna in v osnovi drugačna od dejavnosti v svetu življenja, ki je predvsem komunikacijska. Prevlada sistema nad svetom življenja po-

meni »paradoks racionalnosti«, saj se življenjska racionalizacija v sistemu osamosvaja, instrumentalizira življenje in ga lahko celo ogroža. Sistemska racionalizacija kolonizira življenje in prevlada nad drugimi vrednostnimi orientacijami. Primer za to je tudi institucionalizacija in birokratizacija zdravstva in medikalizacija življenja (Scambler, 1987), ki temelji na formalnem medicinskem znanju in prevladi poklicnih zdravstvenih delavcev. Vendar kolonizacija sveta življenja ni nujna sama po sebi. Možna je tudi drugačna pot. Možna je racionalizacija sveta življenja s kritično prisvojitvijo formalnega znanja. Na osnovi svobodne in enakopravne razprave je mogoče doseči racionalno soglasje za uravnavanje življenja. Za to nista potrebni sila in dominacija.

Dvojnost družbenega prostora po Habermasu	
Svet življenja	Sistem
(re)produkcija ljudi – rojevanje, nega, socializacija, skrb za nemočne, prenos kulture, razvoj osebnosti	produkcija stvari – trg, ekonomija, država
neformalna organiziranost	formalna organiziranost
temeljno gibalno je preživetje	temeljno gibalno je moč in denar
racionalizacija na tem področju pomeni iskanje smisla teh dejanj, njihova organizacija in formalizacija pa selitev v sistem	racionalizacija pomeni rast in ekspanzijo proizvodnje, moči in profita vstop skrbi v sistem pomeni prevzem novih »pravil igre«
paradoks racionalnosti izhod iz njega možen z uporabo razuma v korist vseh na osnovi svobodne in enakopravne razprave	

(prirejeno po Habermas, 1984, in Scambler, 1987)

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 v neracionalni uporabi racionalnih znanstvenih dosežkov.

Obstaja možnost racionalizacije sveta življenja in razumevanja pojavov, ki nas obdajajo na osnovi kritične analize tega, kar velja za dano, in pridobitve pravega racionalnega konsenza. Racionalno uravnavanje življenja temelji na *svobodni in enakopravni razpravi*, ne pa na sili. Z modernizacijo je prišlo samo do sistemske racionalizacije, ne pa do življenjske. Za življenjsko racionalizacijo pa so pomembni družbeni pogoji za odprt, demokratičen dialog. *Samo neomejena razprava daje možnosti za razvoj samoreflektiranega kritičnega znanja in zavedanja*. Posebno vlogo pri tem imajo družboslovne vede, ki so po Habermasu nosilke emancipacijskega spoznavnega interesa. Poskušajo izpostaviti in kritizirati tiste okoliščine, ki deformirajo

človekovo komunikacijo in naredijo znanje nezanesljivo in nenatančno (Habermas, 1976, 1984). Primer deformirane komunikacije je na primer še vedno praviloma neenakopraven odnos med zdravnikom in bolnikom (Turner, 1995). 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.

Zdravstvena nega je tipičen primer sistemske podreditve sveta življenja. Čeprav gre za pomoč pri vitalnih dejavnostih, ki omogočajo obstoj človeka, dobi v institucionaliziranem zdravstvenem varstvu podrejen položaj, z njo pa tudi njene izvajalke. V preteklosti (in deloma še sedaj) je šlo za pretežno enosmeren pretok komunikacij od zdravnikov prek medicinskih sester do bolnikov. 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 pa potekajo v širši družbi in se šele sčasoma uveljavijo tudi v zdravstvenem varstvu.

Če se torej vprašamo, zakaj raziskovanje o zdravstvenonegovalnih vidikih skrbi za pomoči potrebne v Sloveniji ni zelo razvito in poteka predvsem v okviru diplomskih nalog študentk zdravstvene nege na visokih strokovnih šolah in magistrskih ter doktorskih del tistih, zelo redkih medicinskih sester ki nadaljujejo študij na drugih fakultetah, kje bomo našli odgovor?

Preveč poenostavljeno bi bilo odgovoriti, da so si medicinske sestre v Sloveniji pač same krive, saj niso razvile lastne teoretične baze in specifične metodologije, niti niso omogočile zadostnemu številu strokovnjakinj pridobitve najvišjih akademskih nazivov, na primer na univerzah v tujini. Res je, da postsekundarno izobraževanje za zdravstveno nego obstaja že petdeset let (Višja šola za medicinske sestre v Ljubljani je bila ustanovljena leta 1951), a poteka ves čas v senci »velike sestre« Medicinske fakultete, ki je že večkrat jasno pokazala, kje so po njenem mnenju meje izobrazbene ravni za zdravstveno nego, da bi ta še naprej lahko ohranjala sedanjost, zdravnikom podrejeno vlogo. To prepričanje se je usidrilo tudi v glavah mnogih pripadnic poklica. Kako se je ta čas stroka razvijala po svetu in kakšne potrebe po zdravstveni negi imajo slovenski bolniki, pa ni nikogar posebej zanimalo. Tudi če pogledamo po slovenskem akademskem prostoru, vidimo, da so zdravstvena nega in drugi zdravstveni poklici, nekoč imenovani »paramedicinski«, kot so delovni terapevti, fizioterapevti, sanitarni in radiološki inženirji in babice, zaostali v razvoju za nekaterimi drugimi poklici, ki so svoje izobraževanje utemeljili na raziskovalnem delu, kot so to naredili recimo učitelji ali športni vzgojitelji.

Razlogi za tako stanje so predvsem v političnih *okolicih*, ki omejujejo svobodno razpravo. Te okoli-

ščine je potrebno izpostaviti tudi na področju zdravstva in s tem pripomoči k odpravljanju deformirane komunikacije, ki temelji na odnosih moči. *Ko se družbeni odnosi dominacije transformirajo, ali bolje bi bilo reči – racionalizirajo v odnose sodelovanja, recimo v družbi, ki se imenuje demokratična, se razprejo novi raziskovalni problemi v zdravstvu*. Po Habermasu bi jih lahko imenovali problemi notranje racionalizacije sveta življenja z izpostavljanjem nevid(e)nega, z omogočanjem glasu neslišanim, z refleksijo (še) nerefleksiranega. Zato lahko stopnja razvitosti raziskovanja zdravstvenonegovalnih problemov deluje kot indikator temeljnih, dejanskih, in ne le deklariranih vrednot in etičnih načel v družbi.

Etika skrbi (Sevenhuijsen, 1998) kot tradicionalen element sveta življenja in kot domena žensk in ženskih profesij v zdravstvu se v poznomoderni družbi spreminja v politično kategorijo. Kakovost življenja postaja cilj sam po sebi in zdravje sredstvo za kakovostno življenje, ne pa le sredstvo za funkcioniranje posameznikov v interesu družbene strukture. Skrb v odnosu do drugih ljudi in do okolja je pogoj obstoja družbe. In če so viri človeškega bivanja in delovanja na primer denar, vpliv, znanje in sposobnosti, je to prav gotovo tudi skrb. Vendar je ta vidik, tudi zaradi majhne družbene moči njegovih nosilk in nosilcev, pogosto prezrt, neviden in neslišan.

Nadaljnji razvoj raziskovanja v zdravstveni negi v Sloveniji je torej v veliki meri res odvisen od teoretičnega in metodološkega razvoja stroke, števila pripadnic z akademskimi kvalifikacijami za raziskovalno delo in kakovosti njihovega raziskovanja ter znanstvene utemeljenosti njihovih publikacij. Še pomembneje kot od teh »notranjih« dejavnikov pa je odvisen od družbenih razmerij, političnih prioritet in uveljavljanja etike skrbi kot temeljne družbene vrednote. (Pahor, 2000)

Ko se enkrat ti dejavniki zložijo tako, da se lahko oblikuje raziskovalna skupina z nekaj materialne podpore, se postavi vprašanje izbora problema in oblikovanja raziskovalnega vprašanja, na katerega bo mogoče z obstoječimi sredstvi najti zanesljiv in veljaven odgovor. Kako zastaviti prvo večjo empirično raziskavo v slovenski zdravstveni negi, da bo prinesla relevantne ugotovitve in da se bo hkrati lahko smiselno vpela v bodoči razvoj raziskovanja na tem področju? Če pogledamo po svetu, zlasti v ZDA, kjer ima raziskovanje v zdravstveni negi dolgotrajno tradicijo, vidimo, da lahko raziskovalno zgodovino razdelimo na nekaj obdobj, v katerih so se raziskovalna prizadevanja osredičala okrog nekaterih temeljnih vprašanj. V prvem obdobju, v ZDA že v 30-ih in 40-ih letih, v Veliki Britaniji pa v 50-ih, so si raziskovalke najpogosteje zastavljale vprašanje »Kdo so medicinske sestre«? Želeli so preučiti lastno poklicno skupino, njene značilnosti, notranjo razslojenost, razlike med podskupinami in sloji medicinskih sester, njihove vrednostne orientacije, medsebojne odnose, poklicno socializacijo in izobraževanje, zlasti na relaciji šola – bolnišnica,

ipd. Kasneje so se raziskovanja začela zgoščati okoli vsebine dejavnosti zdravstvene nege, poskušala so odgovoriti na vprašanje Kaj in kako delajo medicinske sestre? To so vprašanja o razmejitvi poklicnega področja, o avtonomiji pri delu, o organizaciji, odgovornosti, učinkovitosti in stroških, o posegih in njihovih učinkih. Tretja skupina vprašanj je najtežja, to so vprašanja o teoretičnem ozadju in učinkovanju v kontekstu. Gre za vprašanja »Zakaj in čemu zdravstvena nega«, kaj je »pred« zdravstvenonegovalnim posegom, kateri so torej razlogi zanj, in kaj je »za« njim, kakšne posledice ima, kakšen pomen in vpliv na zdravje. (Polit, Hungler, 1995)

Raziskovalna skupina pri DMSZT Ljubljana si je na osnovi zgoraj prikazanih razmislekov za svoj raziskovalni izziv izbrala prvo vprašanje: Kdo so medicinske sestre v Sloveniji?

Metodološka zasnova raziskave

Raziskava je načrtovana znotraj kvantitativne paradigme, ki predpostavlja, da svet objektivno obstaja in da je mogoče z empiričnim raziskovanjem pojasniti njegovo delovanje. Pri empiričnem raziskovanju se je potrebno držati natančno določenih korakov in postopkov, ki zagotavljajo objektivnost, zanesljivost, veljavnost, natančnost, sistematičnost in posplošljivost ugotovitev.

V prvi fazi je bil formuliran problem v obliki vprašanja, kdo so medicinske sestre v Sloveniji. Namen raziskave je bil torej ugotoviti demografske in nekatere druge značilnosti populacije slovenskih medicinskih sester. Katere značilnosti bodo predmet proučevanja, je bilo odločeno v raziskovalni skupini na podlagi usklajenih raziskovalnih interesov članic. Izbrane so bile naslednje: *izobraženost, izobraževanje in stališča do izobraževanja* (Andreja Kvas), *etične dileme* (Jana Šmitek), *zadovoljstvo na delovnih mestih* (Renata Zupančič), *samopodoba* (Zdenka Mrak), *zdravje, zdravstvene navade in mnenje o zdravstveni službi* (Zlata Živič), *gibalne aktivnosti* (Djurdja Sima in Divna Eržen), *prosti čas* (Irena Planinšek) in *uporaba kulturnih dobrin kot kazalec kakovosti življenja medicinskih sester* (Darinka Klemenc). Klavdija Peternelj se je poglobila v *demografske značilnosti vzorca*. Celotna skupina je pregledala prek 70 diplomskih, magistrskih in doktorskih del z ljubljanske in mariborske univerze, ki so raziskovalno obravnavala to problematiko, da se je razgledala po že opravljenem delu na tem področju v Sloveniji. Klavdija Peternelj in Majda Pahor pa sta o teh delih napisali *pregledni članek*. Raziskavo dopolnjuje še kvalitativna študija Majde Pahor o tem, *kako študenti zdravstvene nege vidijo medicinske sestre*.

Sledil je pregled področne literature po posameznih področjih, katerega rezultat so bili kasneje teoretični deli člankov, bil pa je tudi osnova za izdelavo instrumenta raziskave – anketnega vprašalnika.

Odločili smo se za deskriptivno raziskovanje, na osnovi katerega bi lahko s statističnimi ocenami odgovorili na raziskovalna vprašanja. To raziskovanje je manj fleksibilno od eksplorativnega in zahteva pazljivo načrtovanje vseh korakov raziskave. Naša raziskava je presečna, podatki so bili zajeti v eni časovni točki in dajejo informacije o medicinskih sestrah v Sloveniji v ozko omejenem časovnem okviru – jeseni leta 2001. Podatke smo zajemali s pomočjo anketiranja.

Prednosti ankete so, da lahko zberemo podatke o velikem številu ljudi, ker na osnovi vzorca lahko sklepamo na populacijo. Seveda ima anketiranje tudi pomanjkljivosti: daje samo površinske informacije o pojavu. Pogosto, zlasti če je populacija heterogena, ne moremo biti prepričani, da izrazi, ki jih uporabljamo v vprašalniku, pomenijo isto za vse anketirance, zlasti, če so med njimi na primer velike razlike v izobrazbi. Vprašalnik z zaprtimi vprašanji (ki je najbolj pogost in za obdelavo najlažji) je neke vrste Prokrustova postelja, ki sili anketirance v vnaprej postavljene odgovore, ki se morda ne ujemajo z njihovimi stališči ali dejstvi, po katerih sprašujemo. Lahko tudi uporabljajo »zaželen« odgovore, o katerih velja družbeni konsenz.

Načrtovanje vprašalnika je ena od najzahtevnejših faz tega tipa raziskovanja. Izhodišče izdelave vprašalnika je natančen opis informacij, ki jih želimo dobiti z raziskavo. Jasni nam morajo biti koncepti in iz njih izpeljane variable ter indikatorji, s pomočjo katerih jih bomo merili (Ferligoj, Leskošek, Kogovšek, 1995). Potem ko določimo in natančno opredelimo variable, jim priredimo eno ali več anketnih vprašanj. Pri tem se je priporočljivo opreti na raziskave, kjer so bile merjene enake ali podobne spremenljivke. Poleg določitve vsebine vprašanja si moramo biti tudi na jasnem, kakšno vrsto informacij skušamo zajeti z vprašanjem, ali torej sprašujemo po dejstvih in znanju ali mnenjih in stališčih. Nujno je preveriti, ali je vprašanje zares potrebno, ali se mogoče podvaja ali pa bi bilo bolje postaviti več vprašanj namesto enega. Najpomembnejše je seveda, da vprašanja zastavimo tako, da bo čim več anketirancev nanja odgovorilo. Da bodo to storili, pa morata biti izpolnjena dva pogoja: da lahko dajo iskano informacijo in da jo hočejo dati. Zato morajo biti vprašanja kratka in jasna, brez dvoumnih izrazov in ne smejo biti večdimenzionalna. Ne smejo biti sugestivna, zlasti pazljivo je potrebno oblikovati vprašanja, ki so lahko neprijetna, morajo pa biti kar se da natančna. Navodila za odgovarjanje na vprašanja morajo biti jasna. Izrecno je potrebno napisati, v kateri obliki pričakujemo odgovor, na primer samo en ali več možnih odgovorov, ali je potrebno obkrožiti, dopolniti ipd. (Ferligoj, 1996, Couchman, Dawson, 1990, Sapsford, Abbott, 1992).

Pomembno je tudi zaporedje vprašanj. Začetna vprašanja naj bodo dovolj zanimiva, da anketirance pritegnejo, odgovori nanja naj bodo tudi lažji, šele nato zastavimo taka, ki zahtevajo razmislek. Osebna vprašanja o starosti, spolu, dohodku ipd. zastavimo na koncu.

Vprašalnik, ki ga pošljemo po pošti, mora imeti uvodni ali spremni dopis, ki predstavi namen raziskave, naročnika in raziskovalce, pomen sodelovanja v raziskavi, lahko tudi pojasnilo v načinu, kako je bil anketiranelec izbran v vzorec in zagotovilo o anonimnosti oz. zaupnosti podatkov. Potrebno je tudi povedati, za kaj se bodo podatki uporabljali in kako bodo rezultati raziskave dostopni javnosti. Važna je lepa oblika in splošni vtis o vprašalniku. Vprašalnik ne sme biti predolg, ton vprašanj mora biti vseskozi vljuden, z uporabo železnega naklona in zahvalo za sodelovanje na koncu.

Vprašalnik za raziskavo Medicinske sestre v Sloveniji obsega 104 vprašanja. Nekatera so bila prevzeta iz drugih raziskav, kar je navedeno v posameznih prispevkih, druga so bila oblikovana posebej za to raziskavo. Končna verzija je bila izdelana po temeljiti razpravi v raziskovalni skupini in zaključeni pilotski študiji, v kateri je inštrument preizkusilo 30 anketirancev, ki so imeli možnost, da bi bili vključeni v raziskovalni vzorec. V tej fazi raziskave vprašalnik ni bil testiran glede zanesljivosti in veljavnosti.

O izboru vzorca piše v svojem prispevku Klavdija Peternelj.

Realizacija vzorca je bila razmeroma nizka, 43,5 %, vendar to v absolutnih številkah pomeni 1067 respondentov na populacijo nekaj čez 12 000 zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji, kar zagotavlja popolnopravilnost rezultatov.

Etični vidiki

Načrtovanje raziskovanja je v veliki meri »tehnično« zadeva: gre za vprašanja postopkov, korakov, procedur, rigoroznosti. Poleg teh vidikov pa ne smemo prezreti še enega pomembnega vprašanja pri vrednotenju raziskovanja, in to je vprašanje etičnosti celotnega procesa. Vprašati se je potrebno, koliko se upošteva načelo neškodovanja v vseh fazah raziskovalnega procesa. Ali lahko komu škodimo, bodisi z zajemanjem podatkov, bodisi z njihovim širjenjem ali z njihovo uporabo? Vsaka raziskava stoji ali pade na osnovi tega, kako raziskovalci opredelijo polje raziskovanja: od načrta raziskovanja, prek izbora tehnik zbiranja podatkov in konstruiranja instrumentov, do obdelave podatkov in interpretacije rezultatov ter ugotavljanja njihovega pomena.

Eno od etičnih načel je zagotavljanje zaupnosti podatkov, kadar anonimnost ni zagotovljena, in anonimnosti, ko jo raziskovalci obljubijo. V tako majhni srenji, kot je slovenska zdravstvenonegovalna, je bilo mogoče za nekatere objavljene k sodelovanju to vprašljivo, zlasti kadar so določene značilnosti, po katerih povprašuje, prisotne pri zelo majhnem številu oseb v osnovni populaciji. Izbira takih oseb bi bila bolj primerna za poglobljene študije primera s pomočjo intervjujev.

Drugo etično načelo je informirano soglasje respondentov k raziskavi. Ga je raziskava zagotovila? Ali

raziskovalci res nimajo moči in avtoritete nad respondenti? Raziskovalke in naročniki raziskave so bili namreč na anketnem vprašalniku podpisani in vsaj nekateri večini anketirancev znani. Je mogoče, da so njihova imena vplivala na odgovore? Čeprav si kot raziskovalke želimo, da ne bi bilo tako, moramo vendar pošteno opozoriti tudi na to možnost. Drug dvom v zvezi z informiranim soglasjem se nanaša na vprašanje, ali je to soglasje res informirano, ali imajo anketiranci dovoljšnje znanje o raziskovanju, da vedo, kaj bo z njihovimi odgovori.

Naslednji etični zadržek se nanaša na vse tiste, ki niso bili povabljeni k sodelovanju v raziskavi. Vprašanje je, kaj bi rekli in zakaj niso imeli možnosti tega povedati?

Še pomembnejše etično vprašanje je, kako bo interpretacija rezultatov koristila anketirancem. Ali jim bo mogoče škodila? Problem je tudi v tem, ker kvantitativno raziskovanje išče le odgovore na raziskovalčeva vprašanja (in še to praviloma zaprta, z vnaprej ponujenimi odgovori) in ne išče respondentovega razumevanja pojava, niti jim ne dovoli, da bi sami opredelili, katera vprašanja se jim zdijo pomembna. Kvantitativno raziskovanje izolira variable, ki jih potem preučuje neodvisno od konteksta, s katerim so smiselno povezane. Tudi anketiranci so pogosteje obravnavani kot objekti raziskave in ne kot njeni subjekti, saj vsem postavljamo identična vprašanja v vnaprej določenem redu, jih kontroliramo in z njimi manipuliramo na način, ki nam bo zagotovil zaželeno podatke. Ali je mogoče ljudi raziskovati na enak način, kot to počne na primer fizika? Ali je raziskovanje vedno neki hierarhičen odnos med raziskovalcem in raziskovancem? Ali ni to etično vprašljivo? Bi morali torej raziskovanje ukiniti? (Sapsford, Abbott, 1996)

Čeprav lahko v marsičem pritrdimo zgoraj navedenim zadržkom, pa vendarle trdimo, da so potencialne koristi od raziskovanja tudi za respondente, saj jim lahko pomagajo razrešiti njihove probleme. »Odtujenost« raziskovalca od predmeta raziskovanja ga lahko osvetli na nov način, tudi skozi njegovo metodološko znanje, ki ga respondenti ne delijo z njim.

Teorije so abstrakcije, niso »nekaj obstoječega«, ampak so načini opisovanja in označevanja realno »obstoječega« – to je ljudi in njihovih odnosov. Habermasova teorija komunikacijske akcije in dvojnosti sveta življenja in sistema je uporabljena kot okvir za »racionalizacijo« dela »sveta življenja«, ki ga živijo medicinske sestre v Sloveniji. Z raziskavo smo pogledali za vsakdanje, kar »itak vemo«, kar je obrobno, trivialno, kar ni na dnevnem redu. Ali ni bila ta dosedanja izključitev sveta življenja medicinskih sester rezultat nekkih določenih interesov in pogledov?

Razprava

Namen pričujočega članka je, da povzame glavne elemente teoretične in metodološke zasnove raziska-

ve in jih kritično komentira ter opozori na omejitve raziskovalnih ugotovitev. V nadaljevanju predstavi možne implikacije za prakso zdravstvene nege, za zaposlovalce, za stanovske organizacije, za šole in za nadaljnje raziskovanje.

Teoretično ozadje raziskave pomeni opredelitev nekaterih pojmov ali konceptov, ki jih želimo raziskati, ter iz njih izpeljane variable in indikatorje, s katerimi pojav merimo. Če smo izhajali iz Habermasove teorije komunikacijske akcije kot sredstva racionalizacije sveta življenja, smo temeljni pojem raziskave o medicinskih sestrah v Sloveniji opredelili kot »svet življenja« v »sistemu« zdravstvenega varstva, in ga kot takega tudi raziskovali. Kljub vsem omejitvam kvantitativnega raziskovanja, ki se jih kot raziskovalci zavedamo, pa ima le-to vrsto prednosti, posebno za prvi pogled, za ptičjo perspektivo nad opazovanim pojavom. Omogoči nam namreč splošni pregled nad strukturo pojava, nad porazdeljenostjo odgovorov, nad razpršenostjo in zgoščenostjo podatkov. Tako omogoči splošno orientacijo in nadaljnje načrtovanje raziskovanja na bolj poglobljen način. Ustvari tudi bazo podatkov, ki bo po zagotovilih njenega lastnika, DMSZT Ljubljana, dostopna za nadaljnje raziskovanje po predhodnem dovoljenju. Na njej se bodo lahko metodološko izpopolnjevali raziskovalke in raziskovalci in bolj poglobljeno analizirali rezultate, ki se jih je ta prva študija dotaknila le na površini. To je torej pomembna omejitev te raziskave, a je hkrati izziv za naprej. Vprašalnik bo potrebno testirati glede zanesljivosti in veljavnosti, kar nam bo pomagalo ločiti bolj zanesljive in veljavne podatke od manj zanesljivih. Možno bo uporabiti zahtevnejše statistične metode, pa tudi kvalitativno analizirati ne tako malo dopisanih odgovorov in odgovorov na zadnje, odprto vprašanje o tem, kar bi anketiranci radi še povedali, pa jih tega nismo vprašali.

Ugotovitve raziskave, kljub vsej previdnosti, s katero raziskovalke opozarjamo na njene omejitve, lahko povzročijo kakšno presenečenje, ker spravijo na dan kaj nepričakanega. Vzemimo to kot izziv, kot možnost za spremembe!

Ena od nujnih implikacij te raziskave je potreba po poglobljeni razpravi o vseh obravnavanih pojavih. Potrebno bi bilo organizirati serijo okroglih miz o posameznih vsebinskih sklopih, in sicer iz dveh vidikov:

- iz akcijskega, ko bi poskušali odgovoriti na vprašanje, če to so ugotovitve, kaj pa lahko zdaj naredimo? Ta vidik gotovo zanima stanovske organizacije, zaposlovalce medicinskih sester in izobraževalne ustanove.
- iz spoznavnega, ko rečemo, do tukaj smo pojav spoznali, kako in kam bomo naše znanje poglobljali? Ta vidik je pomemben za vse zgoraj navedene, posebej še za velike bolnišnice in klinične centre, ki bi morale imeti svoje raziskovalne inštitute za to področje, ter seveda za raziskovalne inštitute obeh visokih šol v Sloveniji ter raziskovalne skupine pri nekaterih društvih.

Sklep

Raziskovalna skupina pri DMSZT Ljubljana in podpisana smo intenzivno delali na iskanju raziskovalnega odgovora na vprašanje Kdo so medicinske sestre v Sloveniji? Zavedamo se mnogih omejitev, ki jih imajo naše ugotovitve. Vendar smo prepričane, da bodo naslednje aktivnosti na tem področju uspešnejše tudi zaradi našega prispevka.

Literatura

1. Bohinc M, Cibic D. Teorija zdravstvene nege. Didacta, Radovljica, 1995.
2. Couchman W, Dawson J. Nursing and health care research. London: Scutari Press, 1990.
3. Davies C. Gender and the professional predicament in nursing. Open University Press, 1995.
4. Ferligoj A, Leskošek K, Kogovšek T. Zanesljivost in veljavnost merjenja. Ljubljana: FDV, 1995.
5. Habermas J. Saznanje i interes. Beograd: Nolit, 1976.
6. Habermas J. The theory of communicative action. London: Heineemann, 1984.
7. Pahor M. Politika in etika raziskovanja zdravstvenega dela: razmišljanje o razlogih za zastavljanje ali nezastavljanje določenih raziskovalnih vprašanj. Anthropos 2000; 1-2, 146-56.
8. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. Philadelphia: JB Lippincott, 1995.
9. Sapsford R, Abbott P. Research methods for nurses and the caring professions. Buckingham: Open University Press, 1992.
10. Sapsford R, Abbott P. Ethics, politics and research. In: Sapsford R, Jupp V (eds). Data collection and analysis, Sage, 1996.
11. Scambler G (ed). Sociological theory and medical sociology. London and New York: Tavistock Publications, 1987.
12. Sevenhuijsen S. Citizenship and the ethics of care. London and New York: Routledge, 1998.
13. Tonkiss F. The history of social survey. In: Seale C (ed). Researching society and culture. Sage, 1998.
14. Turner BS. Medical power and social knowledge. Sage, 1995.