

UNIVERZITETNI ŠTUDIJ ZA MEDICINSKE SESTRE: PRIMER PRVE GENERACIJE ŠTUDENTK ZDRAVSTVENE VZGOJE

UNIVERSITY LEVEL STUDY FOR NURSES: THE CASE OF THE FIRST
GENERATION OF STUDENTS OF HEALTH EDUCATION

Majda Pahor

UDK/UDC 378.1:614.52

DESKRIPTORJI: *izobraževanje, sestrsko; dodiplomsko*

DESCRIPTORS: *education, nursing; diploma program*

Izvleček – Članek poroča o rezultatih raziskave poteka univerzitetnega študija zdravstvene vzgoje (ZV) za medicinske sestre na Univerzi v Ljubljani. Avtorica je zastavila dve raziskovalni vprašanji: prvo o študentskem doživljanju študija na fakultetni stopnji, in drugo o spremembah v poklicni podobi in samopodobi. Uvodoma je predstavljen študijski program ZV, ki je izhodišče raziskave, njegova vsebinska usmerjenost, načela, pedagoški pristopi, struktura in izvedba ter ekspertna ocena.

Raziskovalna strategija je dvoletna prospektivna študija primera prve generacije (izrednih) študentov, vpisanih v letih 1993 do 1995. Zbiranje podatkov je trajalo dve leti z uporabo različnih instrumentov. Obdelava je bila kvantitativna (statistična) in kvalitativna.

Rezultati so pokazali pretežno pozitivno doživljanje študija ZV in opozorili na določene točke, kjer bi bile možne izboljšave. Spremembe v poklicni podobi pa kažejo na nastajanje elementov novega profesionalizma v partnerstvu z uporabniki zdravstvenega varstva.

Abstract – The article reports on the results of the research into the course of university level study of health education (HE) for nurses at the University in Ljubljana. The author proposed two research questions: the first one dealt with the experiencing of university level study by the students themselves, and the second one with changes in professional image and self image. In the introduction, study program of health education representing the starting point of the present research work, its contents, principles, teaching style, structure and expert assessment are presented.

The research strategy was took the form of a two-years prospective study of the case of the first generation of (irregular) students, enrolled in the period 1993 to 1995. The gathering of data covered two years, and different instruments were used. Quantitative (statistical) and qualitative processing of the data was used.

The results revealed that the study of HE is experienced predominantly positively, and pointed out certain weak points, requiring certain modifications. Changes in professional image reveal that elements of a new professionalism in partnership with health system users are coming into existence.

Uvod

V prvi polovici 90-ih let je na Pedagoški fakulteti in Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani prvič potekal univerzitetni nadgraditveni študij zdravstvene vzgoje za medicinske sestre, ki so ga v sodelovanju z drugimi strokovnjaki pripravile medicinske sestre same. Naziv programa je bil prvotno, v času priprave, zdravstvena nega. V naziv zdravstvena vzgoja je bil spremenjen iz dveh razlogov: prvič, ker na ljubljanski Univerzi ni bilo nobene fakultete, ki bi bila pripravljena izvajati program s takim imenom (ali sodelovati pri izvajanju), in drugič, ker se je glede na

dogovor o sodelovanju med Visoko šolo za zdravstvo in Pedagoško fakulteto povečal delež pedagoških predmetov, kar diplomantom omogoča naziv profesor. Gre pa za izobraževanje medicinskih sester, katerih strokovno področje je zdravstvena nega. V istem obdobju se je na Visoki šoli za zdravstvo pričelo intenzivno mednarodno sodelovanje in šola povezalo s številnimi podobnimi ustanovami v tujini, kar je omogočilo primerjave študijskih programov in pedagoških pristopov na področju zdravstvene nege.

Ti procesi, v katerih sem kot koordinatorka za mednarodno dejavnost in prodekanica za visoko šolo aktivno sodelovala, so mi postavljali različna vpraša-

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

Članek temelji na doktorski disertaciji z naslovom »Spremembe stališč in vrednot študentov zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani« (mentorica prof. dr. Cveta Razdevšek Pučko), ki jo je avtorica zagovarjala maja 1997 na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani.

nja, na katera sem želela dobiti odgovor. Želela sem izvedeti, kaj se pravzaprav dogaja, ko vstopajo medicinske sestre na univerzo, kateri so razlogi za to, kakšne so značilnosti in kakšne posledice tega dogajanja. Zato sem zastavila raziskavo v obliki študija primera o spremembah stališč in vrednot študentov zdravstvene vzgoje v času dvoletnega študija. Zanimali so me predvsem odgovori na dve vprašanji:

1. Kako študenti doživljajo študijski proces na fakultetni stopnji?
2. Ali je prišlo do sprememb v poklicni podobi in samopodobi?

Značilnosti študijskega programa zdravstvene vzgoje

a. Vsebinska usmerjenost k zdravju

Dvoletni nadgraditveni program je bil izdelan na osnovi načel strategije »Zdravje za vse do leta 2000« in ob podpori SZO. Eden od pogojev za izboljšanje zdravstvenega varstva je posodobitev izobraževalnih programov za zdravstvene delavce. Operacionalizirali naj bi prizadevanja za dodajanje let življenju (vpliv na zmanjšanje umrljivosti), zdravja letom (zmanjšanje obolenosti) in življenja letom z izboljšanjem kakovosti življenja v vseh fazah zdravja in bolezni. Študenti naj bi se usposobili za pomoč ljudem pri doseganju teh ciljev.

Podlaga programa je pojmovanje zdravja in bolezni kot fizičnih, psihičnih in socialnih pojavov. Zdravje je pojmovano kot proces, kjer so v reševanje zdravstvenih problemov vključeni tako tisti, ki imajo probleme (in jih imenujemo klienti ali uporabniki), kot tisti, ki imajo ustrezno profesionalno znanje za pomoč pri tem. Vsebina programa je v veliki meri naravnana k preventivi. Močneje sta poudarjeni zdravstvenoizobraževalna in zdravstvenovzgojna komponenta. Temeljno izobrazbo iz zdravstvene nege povezuje z znanji s področja zdravstva, s pedagoškimi, psihološkimi, sociološkimi, ekonomskimi in drugimi vsebinami. Diplomant tega programa naj bi bil usposobljen za pedagoško, organizacijsko in razvojno-raziskovalno delo. Interdisciplinarna usposobljenost naj bi omogočala ustvarjalno sodelovanje v zdravstvenem timu.

b. Pedagoški pristopi

Del programa je zasnovan na modelu integriranega študija, ki ga je razvil znani medicinski didaktik J. J. Guilbert (1): študijski projekti študentov integrirano obravnavajo izbrani vidik določenega zdravstvenega problema. S povezovanjem teoretičnega znanja in ustreznih metodoloških principov poiščejo praktične rešitve ter svoje delo predstavijo kolegom in učiteljem. Učitelji naj bi spodbujali razvoj kritičnega mišljenja, od študentov pa se pričakuje veliko samostojnega dela ter aktivnosti pri skupinskem delu. Študij

se zaključuje z diplomskim delom, ki je praviloma empirična raziskava.

c. Načela programa

Program upošteva naslednja načela:

- načelo *kontinuitete*: upošteva znanja, pridobljena na višješolskem študiju zdravstvene nege, jih pogloblja, razvija in dodaja nova;
- načelo *samostojnosti in kompleksnosti*: zdravstvena vzgoja je pojmovana kot samostojna stroka, ki pa je zaradi kompleksnosti obravnavane problematike povezana z družboslovnimi in medicinskimi vedami;
- načelo *problemske naravnosti*: program stimulira kritično mišljenje, ki omogoča razpoznavanje problema in iskanje alternativnih možnosti rešitve;
- načelo *procesne orientiranosti*: zdravstvena vzgoja na vseh področjih uporablja metodo procesnega pristopa – ugotavljanje stanja, načrtovanje, realizacija programa in vrednotenje rezultatov;
- načelo *fleksibilnosti*: program izhaja iz potreb populacije in upošteva aktualne zdravstvene probleme, razvojne tokove ter pričakovane potrebe v prihodnosti;
- načelo *progresivnosti*: od informativne ravni v začetnih semestrih preko analitičnega in aplikativnega pristopa do sinteze različnih znanj ob koncu študija;
- načelo *individualizacije*: študent lahko izbere interesna področja na osnovi predhodnega znanja, delovnih izkušenj in bodočih nalog;
- načelo *aktivacije*: naravnost programa k realnim praktičnim problemom stroke povečuje motiviranost za študij, aktivnost pri vseh oblikah pridobivanja znanja in odgovornost za uspeh v študiju (2).

č. Ekspertna ocena programa

Načrtovanje in priprava programa sta bila povezana z zanimivimi kurikularno-organizacijskimi pristopi, ki so v slovenski visokošolski praksi redko prisotni. Nanje je opozoril Kroflič (3):

1. Načrtovanje je izhajalo iz začetne opredelitve najširše filozofije kurikuluma in ne iz obstoječe (ali želene) kadrovske-predmetne strukture institucije. Drugače od mnogih oblik načrtovanja, ki se ukvarjajo predvsem z vprašanji, kaj učiti ali kako učiti, je bilo tu izhodišče odgovor na konceptualno vprašanje, *zakaj učiti*.
2. Sestavljalci kurikuluma so na zanimiv način upoštevali in kombinirali nekaj didaktično-kurikularnih pristopov – *problemskost študija, integrirani model, procesno načrtovanje*. Vnaprej je načrtovana prožnost pri izbiri aktualnih vsebinskih sklopov glede na spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva, stroki in samem študijskem procesu. Integrirani model študija pa omogoča problemsko

naravnost in postopno povezovanje parcialnih znanj, ki jih študent pridobiva pri posameznih predmetih. Nepovezanost znanj in veščin, ki jih pridobiva študent med študijskim procesom, je velik problem visokošolskega poučevanja.

d. Struktura in izvedba programa

Fakultetni program zdravstvene vzgoje je trajal 4 semestre po končanem višješolskem študiju zdravstvene nege in omogočal pridobitev strokovnega naslova profesor zdravstvene vzgoje. Predmetnik je obsegal 15 predmetov, med obveznosti študenta pa je spadala tudi izdelava študijskih projektov, ki so zasnovani interdisciplinarno.

Tab. 1. Predmetnik zdravstvene vzgoje.

Predmet	Ure	P	S	V
1. Izobraževanje za zdravje	120	60	30	30
2. Psihologija v zdravstvu	90	60	15	15
3. Svetovanje	60	45	15	
4. Teorija vzgoje	90	90		
5. Didaktika	45	30		15
6. Didaktika zdravstvene vzgoje	90	60		30
7. Sociologija	90	90		
8. Zdravstvena nega	215	170		45
9. Zdravje, bolezen in okolje	90	75		15
10. Aktualna zdravstvena problematika	90	24	30	36
11. Raziskovalna metodologija	150	60	60	30
12. Statistika z računalništvom	90	40		50
13. Sistem zdravstvenega varstva s poslovanjem zdravstvenih zavodov	60	45	15	
14. Organizacija dela v zdravstvu in zdravstveni negi	75	60		15
15. Management v zdravstveni negi	145	105		40
16. Študijski projekt				
Skupaj	1500	1014	165	321

Študij je potekal v prostorih Visoke šole za zdravstvo, Poljanska 26a. V programu so sodelovali učitelji Pedagoške fakultete kot nosilke programa, učitelji drugih fakultet ljubljanske Univerze (Fakultete za družbene vede, Medicinske fakultete, Ekonomske fakultete, Pravne fakultete) ter učitelji in sodelavci Visoke šole za zdravstvo.

Metode

Raziskovalna strategija je bila dvoletna prospektivna študija primera. »Primer« je bila prva generacija študentk zdravstvene vzgoje, torej je šlo za multipli primer, sestavljen iz posameznih subprimerov. Študija primera je pristop, ki je uporaben pri obravnavi raziskovalnih problemov, o katerih nimamo veliko predhodnega znanja, na osnovi katerega bi formulirali hipoteze (4–6). Primeren je za raziskovanje, katerega glavni namen ni posploševanje, ampak globinsko razumevanje obravnavanega pojava (5). V študiji primera so običajne kvalitativne metode, kadar gre za multipli primer, pa tudi kvantitativne. V raziskavi sem uporabljala oba pristopa – s pomočjo kvantita-

tivnih metod sem analizirala zvezo med vključenostjo v študij zdravstvene vzgoje ter spremembami stališč in vrednot pri študentih, s pomočjo kvalitativnih metod pa njihovo doživljanje študija in pripisovanje pomena dogajanjem v tem času. Triangulacija podatkov in metod izboljša veljavnost rezultatov (7–9).

Vzorec

Vzorec je obsegal prvo generacijo študentov zdravstvene vzgoje, vpisane v št. l. 1993/94 in 1994/95. Študiral jih je 49, od tega 2 moška. Ob pričetku študija je bila njihova povprečna starost 39 let (razpon od 25 do 47 let, največ v starostni skupini 41 do 45 let). Polovica anketiranih je prebivala v Ljubljani ali Mariboru. Dobra polovica jih je končala srednjo zdravstveno ali medicinsko šolo, ostali pa gimnazijo. Vsi so zaključili višješolski študij zdravstvene nege in imeli v povprečju 18 let delovne dobe. *Motivi* za nadaljevanje študija so bili poleg zanimanja za področje predvsem *notranji*: občutek stagnacije, odpor do rutine in želja po spremembah. V manjši meri so bili prisotni tudi *zunanji* motivi, od želje po uspešnem delu, večjem ugledu v delovnem okolju do interesa delodajalca in želje po večjem zaslužku.

Zbiranje in obdelava podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo dve leti, od jeseni 1993 do jeseni 1995. Uporabljenih je bilo več instrumentov:

1. **Vprašalnik za študente zdravstvene vzgoje** s 57 vprašanji (35 zaprtimi in 12 odprtimi), ki so ga izpolnjevale trikrat: prvič ob pričetku študija, v novembru 1993, drugič oktobra 1994, in tretjič ob zaključku konec septembra 1995. Pred uporabo je bil vprašalnik preizkušen na 12 študentih Visoke šole za zdravstvo. Vprašalnik je poleg demografije in sklopa vprašanj o motivih vseboval lestvice, ki so merile pet ključnih raziskovanih konceptov: *vrednotenje visoke izobrazbe, učne navade, doživljanje študija, vrednostne orientacije in samopodoba*. Zanesljivost in veljavnost lestvic je bila potrjena z izračunom koeficienta notranje konzistentnosti (Cronbach alfa) in z analizo glavnih komponent. Za analizo sprememb na petih konceptih je bilo uporabljenih sedem lestvic s skupno 89 trditvami in 453 merjenimi spremenljivkami. Na teh konceptih je bila opravljena kvantitativna analiza. Izračunane so bile frekvenčna distribucija, mere centralne tendence in mere razpršenosti. Razlike med latentnimi koncepti (stališči) v času sem ugotavljala s pomočjo 95 % intervalov zaupanja za njihova povprečja. Odvisnost konceptov od demografskih značilnosti anketiranih pa je bila analizirana v vsaki točki merjenja posebej z metodo multiple regresije (10). Podatki so bili obdelani z računalniškim programom SPSS.

Odgovori na odprta vprašanja, ki so merila profesionalno podobo, pa so bili analizirani kvalitativno (5, 6, 11–13). Dobesedne transkripcije odgovorov so bile osnova za identifikacijo glavnih tem in kategorij, na tej osnovi pa izdelana shema za kodiranje odgovorov. Pri tem sta poleg avtorice sodelovali še dve opazovalki, ki sta se seznanili z materialom za analizo in s katerima so bili predskutirani postopki analize ter oblikovanja kategorij in njihovih medsebojnih zvez. Opravljeno je bilo tudi usklajevanje seznama kategorij s tremi naključno izbranimi intervjuvankami, kar je priporočen postopek za povečanje notranje veljavnosti kvalitativnega raziskovanja.

2. Vprašalnik za študente medicine

Nekoliko spremenjen vprašalnik so izpolnjevali študenti medicine, in sicer enkrat v času raziskave. Vprašalnik je obsegal 44 vprašanj, izpolnjevali pa so ga študenti 2. letnika medicine v letnem semestru št. 1. 1993/94 (aprila 1994, rezultati v koloni M).

3. Intervjuji s študenti zdravstvene vzgoje

Drugi vir podatkov za analizo so bili polstrukturirani intervjuji, ki so potekali v septembru 1995. Intervjuvanih je bilo 34 študentk, ki so se prostovoljno javile za sodelovanje. Uporabljen je bil polstrukturiran intervju s 4 vprašanji in 12 podvprašanji, ki je trajal od 35–60 minut. Intervjuji so bili snemani in nato dobesedno prepisani ter analizirani po metodi analize vsebine. Transkripcije intervjujev obsegajo 387 strani.

4. Evalvacijski vprašalnik

Izdelan je bil vprašalnik o mnenju o doseženih načelih izvajanja programa, kot so bila zapisana pred pričetkom njegovega izvajanja, in o izvedbi študija. Vprašalnik so izpolnjevali študenti ob koncu študija, konec septembra 1995.

Rezultati

Vrednotenje izobraževanja in doživljanja študija

Vrednotenje visoke izobrazbe

»Drugačnost« diplomantov visokošolskega študija

Prepričanje, da so diplomanti drugačni, se študentom skozi potek študija krepi – od 55,3 % na 65,1 % v zadnjem anketiranju, kjer se skoraj izenači s prepričanjem študentov medicine (64,3 %). Diplomanti se od drugih razlikujejo zlasti po razgledanosti in samozaupanju.

V odgovorih na odprto vprašanje, katere lastnosti **bi morala** visokošolska izobrazba posebno spodbujati, se je na prvo mesto uvrstila odgovornost. Isto lastnost so na prvo mesto postavili tudi študenti medicine.

Tab. 2. Lastnosti, ki so bolj izražene pri diplomantih visokošolskega študija.

A	B	C	M
razgledanost (85,7 %)	razgledanost (89,7 %)	samozaupanje (90,7 %)	razgledanost (85,9 %)
org. sposobn. (81,0 %)	spos. vodenja (84,6 %)	org. sposobn. (88,4 %)	kritičnost (72,9 %)
spos. vodenja (81,0)	org. sposobn. (82,1 %)	razgledanost (88,4 %)	jasno izražanje (69,0 %)

Ugodnosti in moč visoke izobrazbe

Anketiranci so menili, da prinaša visokošolska izobrazba velike ugodnosti predvsem zato, ker daje strokovno znanje. Izobrazba lahko spremeni lastnosti ljudi, zlasti je mogoče s pomočjo izobrazbe spremeniti samozaupanje, odgovornost in kritičnost. Prepričanje o vplivu izobrazbe na spreminjanje ljudi se pri anketirancih med študijem krepi.

Izobrazba je tudi pomemben dejavnik družbenega položaja posameznika. Anketiranci so jo uvrstili na četrto mesto med ponujenimi dvanajstimi dejavniki, za osebnimi lastnostmi, iniciativnostjo in organizacijskimi sposobnostmi. Čeprav se pri vseh treh anketiranih ohranja na istem mestu, pa se delež tistih, ki jo ocenjujejo kot zelo pomembno, rahlo zmanjša (s 73,8 na 70,5 %). Študenti medicine so pomen izobrazbe postavili nižje, na šesto mesto, za osebnimi sposobnostmi, iniciativnostjo, prilagodljivostjo, organizacijskimi sposobnostmi in zvezami. Podobno ugotavlja tudi Kump (14) za študente, anketirane v letih 1977–1984.

Učne navade in težave pri študiju

Že raziskovalce v sedemdesetih letih (projekt FORM, 14) je zanimalo, na kakšen način se študenti poglobljajo v snov in ali doživljajo strah pred neuspehom. Ugotovili so (15), da »klasično šolsko« učenje prevaduje nad »raziskovalnim«; značilna sta usmerjenost v zapomnjevanje podatkov, pogosto branje brez razumevanja, največ pa povedo o učni situaciji in o študentih odgovori, da je več takih, ki se radi učijo stran za stranjo in le en predmet naenkrat.

Odgovori študentov zdravstvene vzgoje kažejo skoraj identično sliko, ravno tako pa tudi študentov medicine.

Ali imajo študenti zdravstvene vzgoje kakšne pristope k študiju, ki bi jih lahko imenovali raziskujoče učenje (15)? Rezultati kažejo rahlo povečanje značilnosti raziskujočega učenja med študijem zdravstvene vzgoje. Študenti medicine pa kažejo manj raziskujoč odnos do učenja, in so bolj podobni študentom iz 70. let, o katerih Mihevc (15) v času študija ugotavlja celo upad učenja, usmerjenega k raziskovanju.

Največje težave sta v vseh treh časovnih točkah povzročala *izpolnjevanje pričakovanj predavateljev in vključevanje v razpravo*. Iste težave, a v obratnem

zaporedju, so imeli študenti medicine, enako kot študenti v 70. letih (14).

Glede na to, da so študenti zdravstvene vzgoje nadaljevali študij po nekajletni prekinitvi, me je zanimalo, ali so imeli še kakšne druge težave. V vseh treh časovnih točkah so študentom zdravstvene vzgoje največ problemov povzročali *denar in odnosi na delovnem mestu*. Te težave se v času študija povečujejo. V prvi časovni točki sta več težav povzročala še zahtevnejši način učenja in privajanje na študij. Študenti medicine niso imeli (skoraj) nobenih večjih težav.

Kako premagati težave

Analiza odgovorov študentov zdravstvene vzgoje na odprto vprašanje o tem, kaj bi olajšalo njihov prehod v status študenta, je identificirala štiri ravni nastajanja težav in možnosti njihovega razreševanja: *osebnostno* (če bi imel/a drugačne lastnosti ali sposobnosti), *družinsko* (psiho-socialna podpora), raven *delovne organizacije* (čas, denar, psiho-socialna opora) in raven *šole* (boljša organiziranost, fleksibilnost, kvaliteta pouka). Ključni dejavnik, ki bi lahko olajšal težave izrednih študentov, so delodajalci, ki bi lahko zagotovili pogoje za študij pa tudi za uporabo pridobljenega znanja v praksi.

Študenti imajo težave tudi zaradi nerazumevanja snovi pri predavanjih. V takem primeru se študenti zdravstvene vzgoje najpogosteje (v vseh treh časovnih točkah) obrnejo na kolege – študente, sčasoma pa rahlo naraste delež tistih, ki se obrnejo na predavatelje. Do enakih ugotovitev so prišli v raziskavi FORM. Pri študentih medicine je tudi najbolj pogosto iskanje pomoči pri kolegih in najmanj – še manj kot pri študentih zdravstvene vzgoje – pri predavateljih. Ta značilnost študentov medicine se je pokazala že v raziskavi v 70. letih (15).

Značilnosti odnosov med študenti in predavatelji ter značilnosti študijskega procesa kažejo tudi odgovori na vprašanje, kako pogosto razpravljajo o stvareh, ki se nanašajo na študij, z drugimi študenti in kako pogosto s predavatelji. Odgovori kažejo, da je razpravljanje s predavatelji zelo malo, pri študentih medicine še bistveno manj kot pri študentih zdravstvene vzgoje.

Doživljanje študija

Zanimalo me je, kako je program ustrezal (odraslim) študentom glede vsebine in izvedbe. Deloma gre za preordinatno evalvacijo, to je ugotavljanje skladnosti ciljev in izvedbe programa, deloma pa za responzivno, katere namen je, odkrivati probleme ter odlike in pomanjkljivosti (16).

Predavatelji in študenti

Najpogostejše *lastnosti predavateljev* so široka razgledanost, zaupanje v svoje intelektualne sposobno-

sti, odgovornost in delavnost. Študenti medicine postavljajo na prvo mesto njihovo lastnost, da zaupajo v svoje intelektualne sposobnosti, na drugo pa široko razgledanost. Rezultati panelne raziskave iz 70. let so podobni; v vseh treh anketiranjih so študenti na prvo mesto postavili zaupanje v svoje intelektualne sposobnosti kot glavno lastnost svojih predavateljev, ki ji sledijo široka razgledanost, odgovornost, racionalnost in miselna neodvisnost (14).

V vseh treh časovnih točkah so študenti zdravstvene vzgoje menili, da je glavna *lastnost študentov* na njihovem oddelku, da trdo delajo. Ta je bistveno bolj pogosta od naslednjih najpogosteje omenjanih lastnosti: da radi sodelujejo, da jih zanimajo družbeni problemi, da so odgovorni in spodbujajoči. Tudi študenti medicine so identificirali trdo delo kot poglavitno lastnost svojih kolegov. Drugače od njih pa so študenti v 70. letih menili, da so njihovi kolegi predvsem prijeteljski (14).

Izvedba programa

V študijskem programu zdravstvene vzgoje so opredeljena načela programa, ki naj bi se udejanila v njegovi izvedbi.

Posamezna načela programa so dobila naslednje povprečne ocene (1 = min, 5 = max):

1. samostojnost in kompleksnost stroke	4,22
2. aktivacija	4,20
3. problemska naravnost	4,17
4. progresivnost	4,07
5. procesna orientacija	4,02
6. kontinuiteta	3,7
7. individualizacija	3,63
8. fleksibilnost	3,37

Rangiranje predmetov po pomembnosti in izvedbi

Na petstopenjski lestvici od 1 (nepomemben predmet) do 5 (zelo pomemben predmet) noben predmet (od šestnajstih) ni dobil ocene, ki bi bila nižja od 3. En predmet se je uvrstil v razred nad 3 in pod 4 (vrednost 3,95), petnajst predmetov pa v razred med 4 in 5. Povprečna ocena pomembnosti vseh predmetov je 4,60.

Rangiranje predmetov po izvedbi

Na enaki lestvici od 1 (slaba izvedba) do 5 (odlična izvedba) sta se dva predmeta uvrstila med 2 in 3, osem predmetov nad 3 in pod 4 ter šest predmetov med 4 in 5. Povprečna ocena izvedbe vseh predmetov je 3,96.

Triangulacija podatkov iz intervjujev in evalvacijskega vprašalnika je izluščila naslednje ugotovitve: zadovoljstvo s fakultetno ravni, strukturo, interdisciplinarnostjo, integriranostjo programa, opazanje razlike predvsem na relaciji »domači« – »zunanji« učitelji, pa tudi »zdravstveni« – »družboslovni« – tako po strokovnosti in pedagoški usposobljenosti kot po

odnosu do študentov. Anketiranci so opozorili tudi na položaj študentov: premalo je skrbi za kakovost njihovega življenja, premalo pomoči pri premagovanju stresov, zagotavljanju njihove aktivne vloge in fleksibilnejših oblik študija.

Intervjuji o doživljanju programa

Odgovori intervjuvank (n = 34) v zvezi s študijskim programom so bili razdeljeni v štiri vnaprej določene analitične kategorije: študijski program in izvedba, učitelji, kolegice, »jaz« (intervjuvankino doživljanje sebe). Analiza je potekala tako, da sem najprej uredila gradivo glede na vnaprej postavljene kategorije, nato pa še glede na induktivno identificirane. V vsaki kategoriji sem grupirala odgovore na tiste, ki kažejo na pozitivno, in na tiste, ki kažejo na negativno doživljanje programa.

Tab. 3. Shema odgovorov o doživljanju študijskega programa.

Kategorija	Pozitivno doživljanje	Negativno doživljanje
Program in izvedba	širina, humanistična usmeritev	prekrivanja, premalo aktivnih oblik, odpadanja
Učitelji	pomoč, podpora, znanje	avtoritarnost, nerazumevanje, nepripravljenost
Kolegi/ce	povezanost, pomoč, spoštovanje	regresija, »grebatorstvo«, skupinice
Jaz	osebna rast, samozavest	utrujenost, težave

V nadaljevanju sledi nekaj dobesednih navedkov izjav intervjuvank.

Pozitivno doživljanje programa

»Sem razmišljala, kako bo to sploh zgledalo, mi je bilo nepredstavljivo, kako se to sploh da skombinirat, ampak moram reči, da je bilo prav posrečeno.«

»Jaz sem (prej) malo izgubila stik z razvojem, na primer jaz sem bila vedno prepričana, da je zdravnik tisti, ki bo dirigiral sestrično delo, medicinska sestra je njegova pomočnica. Izgleda, da sem bila malo konservativna.«

Negativno doživljanje programa

»Premalo diskusije, aplikacije na naše razmere.«

»Ni bilo koordinacije med vsebinami, pri zdravstvenih predmetih so se stvari precej ponavljale z višješolske ravni.«

»Problem je bil, ker so imeli študenti zelo raznolike interese – od učiteljev do organizacije v bolnici.«

»Moralo bi biti več evalvacijskih razprav, to bi morali vgraditi v program, bolj aktivne oblike pouka.«

Učitelji

Skoraj vse intervjuvanke (32 od 34) omenjajo veliko razliko v strokovni ravni in načinu poučevanja med univerzitetnimi učitelji z drugih fakultet in predavateljicami – medicinskimi sestrami. Razlika je v akademskem naslovu, v praksi raziskovanja in poučevanja na univerzitetni ravni, v odnosu teh učiteljev (študentke jih imenujejo »zunanjci« v nasprotju z »domačimi« medicinskimi sestrami), pa tudi v vnaprej različnem odnosu študentk in študentov do predavateljic, ki so njihove poklicne kolegice.

Kot predlaga Strauss (6), lahko glavno identificirano kategorijo (v našem primeru kategorijo »razlika«) opredelimo glede na njene značilnosti, pogoje in posledice.

»Razlika«		
pogoji	značilnosti	posledice
različna izobrazba, poklic, ugled stroke	metode poučevanja, pristop do študentov	različen odnos, dovoljenje za poučevanje

Izjave intervjuvank:

»Tiste univerzitetne profesorje sem doživljala kot prave profesorje in sem jim v sebi dovolila, da me poučujejo, medtem ko te s šole nisem nekako doživljala kot učitelje, ampak vseskozi se mi je zdelo, da vsi nekako iščemo in ustvarjamo nekaj novega – in pogrešala sem dialog, priznanje, da vsi iščemo in nisem sprejela tega ex cathedra, da nekdo meni predava in mi tupi.«

Na primeru doživljanja učiteljev lahko vidimo razliko med kvantitativnim in kvalitativnim pristopom. Zaprto vprašanje z vnaprej ponujenimi odgovori usmerja anketirance k iskanju nekega povprečja vseh dvajset in več učiteljev, s katerimi so se srečali med študijem. To povprečje so študenti zdravstvene vzgoje ocenili zelo podobno kot študenti medicine in študenti v 70. letih. Kvalitativna analiza pa je kot glavno značilnost njihovega doživljanja učiteljev identificirala kategorijo »razlika« med učitelji, in sicer kot posledico različne usposobljenosti, okolja, izkušenj pa tudi vnaprej drugačnega odnosa študentov do njih (»dovoljenje-za-poučevanje«, ki so ga dobili univerzitetni profesorji, ki pa so ga v manjši meri dobile predavateljice – medicinske sestre). Eno od hipotetičnih razlag, zakaj se je to zgodilo, bi lahko iskali v ugotovitvah tujih raziskav o značilnostih medsebojnih odnosov medicinskih sester (7). Zdravstvena nega kot mlada disciplina seveda šele razvija tako svoj teoretični kot metodološki aparat, pa tudi načine poučevanja na akademski ravni. Zelo podobne probleme imajo tudi v drugih evropskih deželah ob uvajanju univerzitetne izobrazbe za medicinske sestre.

Kolegi/ce

Izjave lahko razdelimo na pozitivne, neopredeljene in negativne. S pomočjo induktivne analize sem

na pozitivnem polu kontinuuma identificirala kategoriji »povezanost« in »pomoč«, na negativnem »regresija«, »grebatorstvo«, »nepravilen-odnos-do-predavateljev«. Nekatere izjave ugotavljajo spremembe, ali od boljših odnosov k slabšim ali obratno, ali pa relativizirajo odnose.

Povezanost

»Ogromno sem se naučila od njih. Bile smo homogena skupina, resno smo vzele študij, pridobile ogromno znanja, ne le stopnjo izobrazbe.«

Pomoč

»Zelo veliko smo si pomagale, ob obremenitvah smo stopile skupaj, se klicale, se učile skupaj, literaturo pa to.«

Spremembe od boljših k slabšim odnosom

»V prvem letu smo zelo skupaj držale, nato bolj na osnovi individualnih interesov, boj za prestiž.«

Spremembe od slabših k boljšim odnosom

»Zdaj je boljše, smo tudi v osebnostni rasti dosti naredile, je sprememba, jaz jo opazim. Smo bolj zrele, saj če je človek kot posameznik izpostavljen velikim preizkušnjam, se spremeni in gotovo je bil ta študij velika preizkušnja za večino nas.«

Neopredeljene

»Različno – z enimi sem našla stik, z drugimi ne.«

Negativne izkušnje intervjuvank s kolegicami

Regresija

»Včasih smo reagirali kot srednjeolci, na primer se pregovarjali za datum izpita, se pritoževali nad literaturo v angleščini.«

»Grebatorstvo«

»Nekateri ne izbirajo sredstev, tudi prosile so za višjo oceno, kaj vse so eni pripravljene storiti za oceno.«

»Nepravilen-odnos-do-predavateljev«

»Nekatere niso ohranjale tiste distance, ki je nujno potrebna v odnosu med učiteljem in študentom, tudi če sta osebna znanca.«

»Jaz«

Odgovore na vprašanje o doživljanju sebe med študijem sem razdelila na tiste, ki so študij doživljale pozitivno, in na tiste, ki so ga negativno. Osebnostno do-

življanje študija je bilo močno povezano z neposrednim okoljem intervjuvank, zato sem ti dve osnovni kategoriji razdelila še na podkategorije, ki to okolje osvetljujejo, to je družina, kolegice pri študiju in služba.

Izjave intervjuvank o pozitivnem doživljanju sebe med študijem:

Glede na sebe

»In sedaj sem videla, da sem jaz jaz tudi s svojimi napakami, da se mora človek pokazati tudi s svojimi napakami. Jaz pa sem jih celo življenje skrivala, ker sem mislila, da se tako mora, da medicinska sestra ne sme pokazati, da je ranljiva, zdaj vem, da je lahko človek tudi do sebe.«

»Mogoče sem v začetku menila, da je moj domet večji kot je v resnici, da sem se bolj identificirala s to željo kot pa z vedenjem o sebi sami. Sem malo neprijetno presenečena, čeprav me to ne ogroža, sam samo vesela, da vem, kdo sem.«

Glede na družino

»Mož me je podpiral, na neki način je vračal mojo podporo pred leti, ko je on študiral.«

»V družini so me vsi podpirali, otroci so bili ponosni name.«

Glede na kolegice

»Pri študiju sem lahko pomagala drugim, to mi je dajalo občutek zadovoljstva – lej, saj si enakovredna drugim.«

V zvezi z doživljanjem študija *glede na službo* ni bilo nobene pozitivne izjave. Pogosto je omenjena vnaprejšnja pripravljenost na težave (»Saj smo vedele, v kaj gremo.«).

Izjave intervjuvank o negativnem doživljanju sebe med študijem:

Glede na sebe

»Bila je tudi sprememba položaja, jaz sem bila prej tisti, ki ukazuje, ki vodi, sedaj pa na nasprotni strani, in to vsaj za začetek ni enostavno.«

»Potrebovala sem približno pol leta, da sem se začela znova učiti, po 18 letih, da sem si glavo odprla.«

Glede na družino

»Mogoče je bilo meni lažje, ker nimam otrok.«

»Jaz slabo funkcioniram pri usklajevanju služba – družina – študij – prosti čas, imam občutek slabe vesti, vse se mi je nekam zrušilo.«

»Imela sem probleme s partnerjem, verjetno je bil študij kriv – hotela sem biti prepametna, se pogovar-

jati o določenih temah, on pa – kot da je ta študij neobdobjat treba.«

Glede na službo

Veliko dela, pomanjkanje denarja.

»Vse me je čakalo.«

Integrirani študijski projekt – poskus problemskega interdisciplinarnega pristopa

Ena od inovativnih značilnosti programa zdravstvene vzgoje je bil integrirani pristop k zdravstvenim problemom s specifičnega zornega kota medicinskih sester – profesorjev zdravstvene vzgoje. Načrtovani so bili trije izdelki študentov – integrirani študijski projekti, izdelani in predstavljeni v 2., 3. in 4. semestru študija. Prvi naj bi bil usmerjen k zdravstvenim problemom, ki so povezani z mortaliteto, drugi k tistim, ki izhajajo iz najpogostejše morbiditete, in tretji h kakovosti življenja ljudi v zvezi z zdravjem in boleznijo. Iz organizacijskih razlogov sta bila prvi in drugi projekt združena, tako da so študenti oddali in zagovarjali vsak po dva pisna izdelka, ki so ju izdelali s pomočjo štirih mentoric – sodelavk in predavateljic pri ustreznih predmetih. Mentorice so porabile veliko časa za medsebojno usklajevanje temeljne filozofije pristopa, pa tudi konkretnih navodil študentom. Kljub temu rezultati niso popolnoma izpolnili pričakovanj. Pomen integriranega projekta so študenti sicer ocenili zelo visoko, izvedbo pa nekoliko slabše. V odgovorih na odprta vprašanja v intervjujih in evalvacijskem vprašalniku pa študenti pogosto omenjajo integriran pristop kot pomemben del programa, ki ga je vredno nadaljevati in razvijati. Vsekakor je ta pristop zahteven; zahteva veliko vlaganja časa in energije sodelujočih. Osnovna predpostavka je enakopravno sodelovanje pripadnikov različnih disciplin, ki so do neke mere pripravljene izstopiti iz svojih lastnih disciplin zato, da bi čim celoviteje zaobjeli obravnavani problem.

Poklicna in osebna samopodoba

Osebna samopodoba

Kako anketiranci vidijo same sebe, sem ugotavljal s pomočjo sedemstopenjske lestvice z 21 trditvami. Rezultati ne kažejo statistično pomembnih razlik v času. Kljub temu bi opozorila, da je stopnja strinjania, čeprav statistično neznačilno, narasla pri vseh kategorijah, razen pri dveh, kjer je upadla (sem plah, sem veren).

Anketiranci se najpogosteje opredeljujejo za »odgovorne«, »zanesljive«, »kritične«, »razumevajoče«, »se zanimajo za nova področja«. Najmanj pogosto pa so se opisali kot »konzervativni«, »plahi« in da »radi preizkušajo na drugih«.

Tab. 4. Odstotek nadpovprečno izraženih lastnosti (vrednost 4–6 na lestvici 0–6).

	A	B	C	M
1. inteligenten	66,6	24,1	78,0	71,4
2. ustvarjalen	69,1	72,5	83,8	64,3
3. razumen	78,6	90,0	86,0	81,4
4. praktičen	80,9	90,0	86,1	64,3
5. dobro izražam misli	45,3	55,0	67,5	44,4
6. izobražen	58,5	65,0	83,7	74,3
7. preizkušam na drugih	34,2	20,5	34,9	22,1
8. zaupam v svoje intel. sposobnosti	69,1	85,0	81,4	60,0
9. zanim. me nova področja	88,1	92,5	95,3	90,0
10. kritičen	88,1	100,0	95,4	81,1
11. samostojen	83,4	92,5	93,1	64,3
12. zanesljiv	95,3	92,5	97,6	85,7
13. družaben	70,7	67,5	79,1	64,2
14. prilagodljiv	77,5	77,5	83,7	77,2
15. zan. me drugi problemi	60,6	84,6	90,4	52,9
16. razumevajoč	92,7	95,0	95,4	88,4
17. plah	24,4	20,6	23,8	27,5
18. veren	47,4	45,9	37,1	37,7
19. marljiv	87,7	84,6	88,3	68,6
20. odgovoren	94,9	97,5	97,7	81,4
21. konservativen	10,0	17,5	7,0	20,3

Rezultati so podobni kot v projektu FORM (14). Tudi pri opazovani skupini, tako kot pri študentih v 70. letih, opazimo porast kritičnosti med študijem, višje pa je pri naših anketirancih odgovornost. V raziskavi FORM so ugotavljali, da spol vpliva na predstave študentov o osebnostnih lastnostih. Fantje so se bolj pogosto videli kot nadpovprečno inteligentne (59 %), dekleta pa manj (42 %). Dekleta so bolj pogosto razumevajoča (87 %) in plaha (55 %). Študentke zdravstvene vzgoje imajo »moško« zaupanje v svojo inteligenco, saj jih 56,3 % meni, da so nadpovprečno inteligentne, samo 22,9 % pa, da so (nadpovprečno) plaha. Verjetno je to povezano s starostjo in delovnimi ter življenjskimi izkušnjami, pa tudi z osebnostnimi značilnostmi.

Percepcija sprememb samopodobe

Za pojasnitev pojava je pomembna tudi samopercepcija procesov spreminjanja pri udeleženkah izobraževanja. Vse anketiranke so pri sebi opazile različne spremembe. Pozitivne spremembe so bile zlasti na kognitivni in profesionalni ravni, pa tudi na personalni in societalni.

Tab. 5. Opažene pozitivne spremembe od pričetka študija.

	A	B	C	M
1. novo znanje	78,6	82,5	86,4	88,7
2. drug pogled na delo	54,8	55,0	70,5	50,7
3. ideje za uvajanje novosti	61,9	82,5	88,6	38,0
4. na delu sem bolj cenjena	4,8	5,0	27,3	–
5. boljši družinski odnosi	9,5	7,5	15,9	11,3
6. spoznala zanimive ljudi	47,6	37,5	38,6	53,3
7. sem bolj samozavestna	45,2	52,5	77,3	26,8

Najvažnejše pozitivne spremembe so novo znanje in ideje za uvajanje novosti, najbolj pa se poveča občutek samozavesti. Študente je najbolj obremenjevalo pomanjkanje časa, težave v službi in pomanjkanje denarja.

Tab. 6. Razmerje med pozitivnimi in negativnimi spremembami.

	A	B	C	M
1. več pozitivnih	61,0	48,7	88,6	62,0
2. več negativnih	4,9	7,7	0	4,2
3. enako	29,3	30,8	9,1	21,1
8. ne vem	4,9	12,8	2,3	12,7

Delež anketirancev, ki ocenjujejo, da so doživeli več pozitivnih sprememb, se ob koncu študija poveča. Opozorila pa bi na upad takih odgovorov v drugem anketiranju, ki se nasploh ujema z večjim pesimizmom v tej točki, kar bi poimenovala »**kriza sredine**« študija, ko se že pojavlja utrujenost, konca naporov pa še ni videti – to je točka, ko odrasli študenti potrebujejo dodatno spodbudo.

Analiza intervjujev glede osebne samopodobe

Analiza odgovorov je pokazala, da so se izluščile dve temeljni kategoriji osebne samopodobe intervjujank: »pomoč ljudem« in »uspeh«.

»Pomoč ljudem«

»Privlači me tako delo, da bi pomagala.«

»Uspeh«

»Vedno sem imela občutek, da sem uspešna, da lahko rešim probleme, da me ni strah nobene stvari.«

Intervjuvanke so ob koncu študija pri sebi zaznavale pretežno pozitivne spremembe v osebni samopodobi. Spremembe sem sicer analizirala glede na vsebino (znanje, osebne lastnosti, spretnosti...), smer (pozitivne, negativne), jakost (izrazite, šibke, jih sploh ni), lokacijo (osebna raven, družina, služba, poklicna dejavnost in poklicna skupina).

Bistveno več je zaznav pozitivnih kot negativnih sprememb. O (vsaj delno) negativnih spremembah so govorile tri intervjuvanke: omenjale so hudo utrujenost, finančne težave in ljubosumen odnos ter zavist sodelavk. Med pozitivnimi spremembami so na prvem mestu povečana samozavest, manjša občutljivost, večja pozornost do sebe in drugih, večja strpnost in višja stopnja artikuliranosti. Močnejše kot osebna pa se je spremenila poklicna podoba. Do enake ugotovitve je prišla B. Witt (18), ki je proučevala skupino študentk na podobnem nadgraditvenem programu kot v našem primeru. Avtorica domneva, da so v program že vstopile take študentke, ki so imele pozitivno samopodobo, izobraževanje je vplivalo le na njihove predstave o poklicu v enaki smeri kot pri naših študentih. Podobne so ugotovitve drugih študij (19, 20).

Poklicna podoba

Medicinske sestre

Opazovana skupina je v času raziskave trikrat odgovarjala na odprta vprašanja v anketnem vprašalniku o tem, kako bi opisali povprečno višjo medicinsko sestro, po čem mislijo, da se sami razlikujejo od te podobe, če se, in tretjič, kakšna je podoba višje medicinske sestre v javnosti.

Analiza vsebine po metodi konstantne komparacije je identificirala pet kategorij, ki so prikazane v naslednji tabeli. Podatki so iz prvega in zadnjega anketiranja.

Tab. 7. Poklicna podoba.

	»Strokovnjakinja«		»Dobro srce«		»Delovne roke«		»Zdravnikova pomočnica«		»Vzdrževalka reda«	
	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C
Povprečna VMS	29,2	21,7	18,5	16,6	15,4	23,3	27,7	31,7	9,2	6,7
Po čem vi različni	61,3	71,4	25,8	23,8	0	0	12,9	4,8	0	0
Podoba VMS v javnosti	9,5	11,5	14,3	4,3	7,2	4,3	11,9	32,6	9,5	4,3

Najpogostejši opis povprečne višje medicinske sestre je »zdravnikova pomočnica«. Taka podoba je rezultat dominantne vloge zdravnikov v zdravstvenem varstvu, zlasti v bolnišnici. Z razvojem profesije so zdravniki pridobili tri oblike moči: nad svojim delom, nad drugimi zdravstvenimi delavci (tako da jih neposredno nadzorujejo, na primer medicinske sestre ali babice, da jih omejujejo, kot farmacevte, ali izključujejo, na primer alternativne zdravilce) in upravljalško moč preko direktorskih mest in mest v državni upravi. Rezultat je nezadovoljstvo drugih zdravstvenih delavcev. Raziskava v Avstraliji je pokazala, da 73 % le-teh ocenjuje, da njihov status ni enak zdravnikovega, da pa bi lahko bil, saj posedujejo enako obsežna znanja, le na drugem področju (21).

»Vzdrževalka reda« kot opis za medicinsko sestro je povezana s pojmovanjem zdravstvene nege kot socialnega nadzora v bolnišnici. V sociološki teoriji nam pomaga ta pojav razložiti Parsonsova (22) opredelitev bolezni kot družbene deviacije, za katero pa se ne krivi bolnika, pod pogojem, da pristane na podrejeno vlogo v procesu vzpostavljanja normalnosti. Medicinske sestre delujejo kot del tega procesa, tako da pacificirajo paciente, podpirajo njihovo predstavo o moči zdravnikov in zagotavljajo bolnišnični red, ki je bolj prilagojen potrebam zaposlenih kot uporabnikov.

Velika večina anketirancev meni, da se razlikujejo od podobe povprečne medicinske sestre, kot so jo sami opisali, zlasti se počutijo drugačne glede tistih lastnosti, ki so značilne za profesionalni model zdravstvene nege: po samostojnosti pri delu, pozitivnem odnosu do novosti in po boljšem odnosu do bolnikov.

Tudi odgovori na vprašanje o poklicni samopodobi v intervjuju potrjujejo rezultate analize odprtih vprašanj v vprašalniku. V času študija se je poklicna podoba spremenila v smislu boljšega razumevanja poklica, večje razgledanosti, znanja, idej, sposobnosti argumentiranja, teoretične podlage, znanja o vodenju in zato večjega ugleda in spoštovanja v službi. O spremembi poklicne podobe v času nadgraditvenega študija poročajo tudi tuje raziskave (18–20).

Izjave intervjuvank

»Medicinske sestre smo še v fazi služabništva, ampak ta faza je prehodnega značaja – jaz sem to doživela skozi ta študij, moralo bi to doživeti več sester.«

»Na zdravstveno nego gledam čisto drugače, sem bolj žalostna, pri nas bolnik ni v sredini, ampak zdravnik, to večinoma sprejemajo vse medicinske sestre, prej sem tudi jaz tako razmišljala, tako sem bila vzgojena – da sem na primer odpirala vrata zdravnikom.«

»Prej sem tako razmišljala, kot znam zdaj povedati.«

»Svoj poklic vidim v drugačni luči, zdaj se mi je odstrlo veliko tistih stvari, zaradi katerih sem se počutila tako zatirano, razumem, zakaj se tako počutimo, lahko bi to začela spreminjati preko znanja, ki bi ga posredovala kolegicam.«

Zdravstvena nega

Namen odprtih vprašanj v vprašalniku, ki sta anketirance spraševali o njihovi razlagi pojmov zdravstvena nega, je bil odkriti osebno razumevanje področja. Podobno kot Lauder (23) predpostavljam, da je osebno razumevanje alternativni teoretični okvir, v katerem se povezuje znanje iz različnih virov – teoretično/znanstveno, izkustveno/praktično in emocionalno. Gre za kombinacijo »zdrave pameti«, formalnega teoretičnega znanja in moralnega znanja, za katera bi morali učitelji vedeti in bi morala biti izhodišče procesov učenja in generiranja znanja.

Odgovori so bili analizirani po naslednjih vidikih: nosilci oziroma izvajalci (KDO), vsebina dejavnosti (KAJ), uporabnik (KOMU), način (KAKO), razlogi (KDAJ) in namen (ČEMU).

Število anketirank, ki so izrecno omenile nosilce zdravstvene nege, je bilo sorazmerno nizko. Če v prvem anketiranju opazimo nedoločne (človek, ljudje) ali organizacijske (kadri, osebje) opredelitve, pa v zadnjem že vidimo poudarek na sodelovanju (z bolnikom, tim).

Opredelitve vsebine dejavnosti zdravstvene nege sem kategorizirala v tri komponente, na osnovi katerih bi lahko rekla, da področje dela medicinskih sester zajema humanistični pristop do uporabnikov na osnovi strokovnega znanja, ki vsebuje tudi organizacijske vidike. Podobna švedska študija (24) je pri analizi identificirala 6 kategorij: ustvarjanje prijetnega ozračja,

Tab. 7. Shematski prikaz sprememb razumevanja zdravstvene nege.

Razumevanje zdravstvene nege	1993.....1995
Kdo	?.....MS.....MS-v-sodelovanju
Kaj, kako	strokovna, humana, organizirana pomoč
Komu	posameznik.....skupina, skupnost
Zakaj, čemu	objektivno stanje, bolezen.....subj. izražene potrebe

Tab. 8. Vsebina zdravstvene nege (kaj).

	A	B	C
Humanistična komponenta (dejavnosti (skrb, pomoč, nudenje varnosti, zaščita, odnos, približanje)	25 48,1	22 41,5	19 33,3
Strokovna komponenta (profesionalno področje dela, pristop, način dela, znanstvena disciplina, odgovor na akt./pot. zdravstvene probleme)	18 34,6	22 41,5	28 49,1
Organizacijska komponenta (proces, vodenje, sistem, del sistema ZV)	9 17,3	9 17,0	10 17,5
	sk = 52	sk = 53	sk = 57

usmerjenost k pacientu (humanizem), poučevanje, uporaba teoretičnega znanja (strokovnost), organizacija ter spodbujanje razvoja in sprememb (organizacija). Tudi avstralska raziskava (25) razkrije tri dimenzije »idealnega tipa« medicinske sestre. Te so: prvič, klient je prva skrb, drugič, pomembna je skrb za ljudi (care), in tretjič, profesionalne značilnosti (avtonomija, sposobnost za delo v multidisciplinarnem timu, sposobnost za odločanje, poklicna identiteta).

Tab. 9. Načini izvajanja zdravstvene nege (kako).

	A	B	C
Strokovna komponenta (strokovno, odgovorno, ne laično, kvalitetno, holistično...)	8 22,8	12 50,0	7 53,8
Organizacijska komponenta (sistematično, organizirano, procesno, na vseh ravneh, timsko, kontinuirano, planirano....)	17 48,6	4 16,7	3 23,1
Humanistična komponenta (kot subjekt, kot edinstveno bitje, s spoštovanjem, z razumevanjem, plemenito, humano)	10 28,6	8 33,3	3 23,1
	sk = 35	sk = 24	sk = 13

Položaj bolnika – kakšen je in kakšen naj bi bil

Anketiranke so bolnikov položaj v našem zdravstvu ocenjevale zelo kritično. Najpogosteje omenjeni zna-

čilnosti sta podrejenost in manjvrednost bolnika. Kritičen odnos do položaja bolnika se je s časom krepil.

Tab. 10. *Bolnikov položaj.*

Bolnikov položaj je	A	B	C	M
Slab (je podrejen, manjvreden, zapostavljen, premalo upoštevan, neenakopraven, prepuščen na milost in nemilost, je številka, objekt, nedejaven, nepravilno obravnavan, predolgo čakanje, slabi materialni pogoji)	51 75,0	57 85,1	64 94,1	32 62,7
Relativen (odvisno od ustanove, zanimivosti diagnoze, lastne osveščenosti, poznavanja svojih pravic, znanja, družbenega položaja in denarja, zvez, trenutnega razpoloženja zdravstvenih delavcev, poklica, spola, starosti, organizacije dela)	14 20,6	8 11,9	2 2,9	7 13,7
Dober (je srednje dober, dober, se izboljšuje, je predober)	3 4,4	2 3,0	2 2,9	12 23,5
	sk = 68	sk = 67	sk = 68	sk = 51

Bolnikov položaj v zdravstvu bi moral biti drugačen, se strinjajo skoraj vsi anketiranci. Njihove odgovore sem kategorizirala glede na različne vidike sprememb, kjer je bilo to mogoče.

TAB. 11. *Potrebne spremembe bolnikovega položaja.*

Bolnikov položaj bi moral biti.....	A	B	C
Glede na moč (enakopraven, subjekt, avtonomen, enakovreden)	24 42,8	21 42,8	26 40,0
Glede na vlogo v procesu zdravljenja (aktiven, sodelavec, partner)	15 26,8	13 26,5	21 32,3
Glede na odnos zdr. delavcev (obravnavan kot človek, kot oseba, holistično)	15 26,8	12 24,5	16 24,6
Na splošno (dober, boljši)	2 3,6	3 6,1	2 3,1
	sk = 56	sk = 49	sk = 65

Pri naših anketirankah lahko identificiramo elemente »novega profesionalizma« (26, 27), ki predpostavlja pridobitev moči in partnerstvo z uporabniki storitev, ne pa ohranjanje moči nad njimi. Osnova takega profesionalizma je sposobnost omogočanja, ne pa usmerjanja in nadzora. Na tak način pa zelo težko delujejo ljudje, izobraženi na tradicionalen, avtoritaran način. Odgovori tudi zavračajo očitek, da gre medicinskim sestram pri njihovih prizadevanjih za profesionalizacijo predvsem za prenos moči z medicine na zdravstveno nego in da vidik bolnika ni upoštevan, kot ugotavlja na primer Purkis (28).

Razprava

Čeprav gre v pričujočem delu za študijo primera ene same generacije medicinskih sester, ki so študirale za pridobitev univerzitetne izobrazbe, je na osnovi pregleda tujih raziskav in analize odgovorov naših študentk in študentov mogoče reči, da se proučevani pojav vpisuje v naslednje globalne tokove razvojnih sprememb:

- uveljavljanje *znanja* kot glavne produkcijske sile poznomoderne družbe in s tem vseživljenjsko izobraževanje;
- *razgradnja hierarhične organizacije dela* v zdravstvenem varstvu, zlasti zunaj bolnišnic, ter *pridobivanje moči* tradicionalno podrejenih poklicnih skupin in uporabnikov;
- spreminjanje načinov *učenja in poučevanja na univerzi* v zvezi z novo pričakovano vlogo ljudi v delovnem procesu (fleksibilnost, avtonomnost, sodelovanje).

Ti procesi se v slovenskem prostoru uveljavljajo z določeno zamudo, ki je verjetno povezana s tradicionalno hierarhičnostjo in konservativnostjo srednjevropskega prostora (29). Tako se počasneje uveljavlja zdravstvena nega kot samostojna poklicna dejavnost in ravno tako univerzitetno izobraževanje za medicinske sestre.

Pričujoča študija je identificirala nekatere značilnosti skupine študentk in študentov, ki se z zaključkom študija pridružujejo maloštevilnemu deležu medicinskih sester z visoko izobrazbo v Sloveniji.

1. Kar se tiče vrednotenja izobraževanja, se naše študentke ne razlikujejo od študentov ob koncu 70. let; visokošolsko izobraževanje vrednotijo konstantno visoko ves čas dvoletnega študija. Diplomante visokošolskega študija vidijo kot drugačne od tistih, ki niso diplomirali, menijo, da visoka izobrazba prinaša nekatere ugodnosti in da je mogoče z izobrazbo spreminjati ljudi.
2. V zvezi z značilnostmi njihovega študija se pojavljajo enake težave in podobni načini njihovega premagovanja kot pri študentih v 70. letih. Videti je, da so največje težave komunikacijske. Študentkam ni jasno, kaj od njih pričakujejo predavatelji (le-ti premalo eksplicirajo namen, cilje in postopke učenja) in kako naj se vključujejo v razpravo. Niso še v fazi posedovanja »glasu«, kot bi rekla Belenky (30).
3. Študentke imajo ves čas študija za glavni lastnosti predavateljev široko razgledanost in zaupanje v lastne intelektualne sposobnosti. Program, po katerem so študirali, pa tudi njegovo izvedbo vrednotijo visoko. Pogrešajo več aktivnih oblik pouka. Ugotavljajo razliko med izvedbo predmetov, katerih nosilci so univerzitetni profesorji in tistih,

- kjer so se s poučevanjem na univerzitetni ravni prvič soočile same medicinske sestre. Študij so doživljale praviloma kot osebno rast in povečevanje samozavesti, čeprav so se pojavljali tudi utrujenost, strah pred neuspehom, občutek krivde pred otroki in družino.
4. Program je vseboval nekatere sodobne pedagoške prijeme, kot je integrirani pristop pri obravnavi nekaterih zdravstvenih problemov, katerega rezultat je bila izdelava t.i. študijskega projekta na osnovi znanja iz večih predmetov. Realizacijo namenov integriranega projekta so študenti v evalvacijskem vprašalniku ocenili kot srednje uspešno, vendar pa poudarjajo nujnost takega pristopa.
 5. Kvantitativna analiza osebne samopodobe kaže visoko samopodobo, ki se v času ne spreminja. Kvalitativna analiza pa ugotovi tudi začetno visoko samopodobo, ki je ob koncu študija še višja; povečajo se občutek samozavesti, pozornosti do sebe in drugih, strpnost, zmanjša se preobčutljivost. Glavni značilnosti naših študentk sta želja po uspehu in želja pomagati drugim ljudem.
 6. Poklicna podoba naših študentk se razlikuje od njihovega opisa povprečne medicinske sestre pa tudi od podobe medicinske sestre v javnosti. Sebe ne vidijo kot pomočnice zdravniku, kakor opisujejo povprečno višjo medicinsko sestro, ampak kot samostojno strokovnjakinjo z dobrim odnosom do bolnikov in s pozitivnim odnosom do novosti. Študij je k njihovi poklicni podobi prispeval tako, da jim je omogočil boljše razumevanje poklica, povečal njihovo teoretično znanje ter spretnosti (zlasti komunikacijske) in jim omogočil večji ugled.
 7. Elementi dejavnosti *zdravstvene nege*, kot jo pojmujejo naše študentke, so trije: *humanizem, strokovnost in organizacija*. Najpomembnejša je strokovnost, njen pomen v času naraste. Viden je tudi prenos poudarka s posameznika na skupnost kot uporabnika storitev.
 8. Do *položaja bolnika* v našem zdravstvu so bile študentke zdravstvene vzgoje zelo kritične. Velika večina študentk meni, da je bolnikov položaj slab (delež takšnih odgovorov v času študija narašča), in da bi moral biti boljši. V odgovorih, kakšen bi moral biti položaj bolnika, študentke izhajajo iz vloge in *moči* samega bolnika, ki bi se morala povečati. Spremenjen odnos zdravstvenih delavcev do bolnikov je bolj posledica spremembe odnosov moči v zdravstvenem varstvu kot pa rezultat njihove humanistične orientiranosti.
 9. Večina študentk je med študijem doživljala nekatere oblike podpore v svojih delovnih organizacijah, nekatere pa tudi popolno odklanjanje, vsaj pri določenih skupinah, na primer pri zdravnikih, drugih medicinskih sestrah ali pri vodstvenih delavcih. Tudi odnos delovnega okolja se je v času študija spreminjal, najpogosteje od odklanjanja k podpiranju. Študentke pa so doživljale tudi obratne

reakcije – odpor, strah ali ignoriranje ob zaključevanju študija.

Sklep

Pričujoča študija je identificirala nekatera področja, ki bi jih bilo potrebno podrobneje raziskovati, na primer:

- katere pedagoške/andragoške oblike so primerne za študente zdravstva, zlasti za izredne (na primer procesni pristop, kooperativno učenje, integriran pouk, kritična pedagogika);
- procesi oblikovanja in dejavniki vplivanja na poklicno podobo (profesionalna socializacija);
- identifikacija različnih slojev in interesnih skupin v zdravstveni negi;
- prisotnost elementov »novega profesionalizma« kot partnerstva med zdravstvenimi delavci in uporabniki zdravstvenega varstva.

Raziskava ima omejitve: je samo študija dela pripadnic poklica. Naše študentke so že začele študij »drugačne-od-drugih« in ga zaključile še bolj drugačne. Pomembna pa je ugotovitev, da naše študentke vidijo uporabnike zdravstvenega varstva kot enakovredne partnerje (vsaj na ravni izjav), kar je značilen element »novega profesionalizma«. Čeprav z zamudo, se tudi slovenska zdravstvena nega vključuje v globalne tokove razvoja, zlasti v najpomembnejše; izobraženost na višji, tudi teoretični ravni, in partnersko sodelovanje z uporabniki zdravstvenega varstva.

Zahvala

Iskrena hvala študentkam in študentom zdravstvene vzgoje za sodelovanje v raziskavi.

Literatura

1. Guilbert JJ. Educational handbook for health personnel. Sixth edition. WHO, Geneva, 1987.
2. Zdravstvena vzgoja. Študijski program. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta in Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana, 1993.
3. Kroflič R. Načrtovanje kurikulumov – študija primera. *Novosti CRU* 1993; 5-6: 47–50.
4. Sagadin J. Študija primera. *Sod Ped* 1991; 42: 465–72.
5. Denzin NK, Lincoln YS eds. Handbook of Qualitative research. Sage Publications, 1994.
6. Strauss AL. Qualitative analysis for social scientists. Cambridge University Press, 1995.
7. MacKay L. Conflicts in care. *Medicine and nursing*. London: Chapman & Hall, 1993.
8. Smith P, Masterson A, Lash S. Health and the curriculum: an illuminative evaluation – Part I: Methodology. *Nurse Educ Today* 1995; 15: 245–9.
9. Hartley ME. The development of module evaluation: a Delphi approach. *Nurse Educ Today* 1995; 15: 267–73.
10. Ferligoj A, Leskošek K, Kogovšek T. Zanesljivost in veljavnost merjenja. Ljubljana: Metodološki zvezki 11, FDV, 1995.

11. Weber RP. Basic content analysis. London: Sage Publications, 1990.
12. Splichal S, Bekeš A. Analiza besedil: statistična obravnava jezikovnih podatkov v družboslovnih raziskavah. Ljubljana: FDV, 1990.
13. Sagadin J. Kvalitativna analiza podatkov pri študiji primera. *Sod Ped* 1993; 44: 115–23, 217–23.
14. Kump S ur. Izobraževalna pot in sistem vrednot študentov. Zbornik. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Center za razvoj univerze, 1990.
15. Mihevc B. In: Kump S ur. Izobraževalna pot in sistem vrednot študentov. Zbornik. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Center za razvoj univerze, 1990.
16. Sagadin J. Razprave iz pedagoške metodologije. ZIFF, Ljubljana, 1991.
17. Witt BS. The liberating effects of RN-to-BSN education. *J N Ed* 1992; 31: no 4.
18. Holzemer WL, Anderson M. Articulation in baccalaureate nursing education. In: Henderson MS ed. *Nursing education*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982.
19. Klaich K. Transitions in professional identity of nurses enrolled in graduate educational programs. *Holistic Nurs Pract* 1990; 4 (3): 17–24.
20. Parsons. In: Scambler G ed. *Sociological theory and medical sociology*. London, New York: Tavistock Publications, 1987.
21. Adamson BJ, Kenny DT, Wilson-Barnett J. The impact of perceived medical dominance on the workplace satisfaction of Australian and British nurses. *J Adv Nurs* 1995; 21: 172–83.
22. Lauder W. Constructing meaning in the learning experience: the role of alternative theoretical frameworks. *J Adv Nurs* 1996; 24: 21–7.
23. Hindsen V, Fridlung B. The nurse in clinical practice. A qualitative analysis of nursing competence. *Scand J Caring Sci* 1995; 9: 139–44.
24. Du Toit D. A sociological analysis of the extent and influence of professional socialisation on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *J Adv Nurs* 1995; 21: 164–71.
25. Willams J. Education for empowerment: implications for professional development and training in health promotion. *Health education Journal* 1995; 54: 37–47.
26. Davies C. *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press, 1995.
27. Purkis ME. Entering the field: intrusions of the social and its exclusion from studies of nursing practice. *Int J Nurs Stud* 1994; 31: 315–36.
28. Tannenbaum AS in sod. *Hierarhija*. Ljubljana: Delavska enotnost, 1975.
29. Belenky MF et al. *Women's ways of knowing. The development of self, voice and mind*. Basic Books, 1986.