

OSNOVNI TOKOVI I PROBLEMI PROFESIONALIZACIJE ZANIMANJA: SLUČAJ SESTRINSTVA

VJEKO SANTRIĆ
Medicinski fakultet Zagreb

UDK 316. 64
Izvorni znanstveni rad
Primljeno: 31. 10. 1990.

Predmet je rada dvojak. S jedne strane to je sestrinstvo kao poluprofesija ili profesija u nastajanju, a s druge su to sama sociološka određenja profesija i profesionalizma. Nakon izlaganja osnovnih kriterija profesionalizacije zanimanja date su različite definicije sestrinstva, razmotrene povijesne etape profesionalizacije, te načini na koje se sestrinstvo borilo za profesionalnu autonomiju, monopol i legalizaciju profesionalnog autoriteta. Iznesena je također teorijska i etička podloga sestrinstva i dat pregled nagle ekspanzije sestrinstva i sestrinskog obrazovanja u posljednjem stoljeću.

Problemi daljnje emancipacije sestrinstva iz zanimanja u profesiju, analizirani su na makro, mezo i mikro razini, pri čemu je ustanovljeno da autonomno sestrinstvo koje posjeduje određeni profesionalni autoritet uspijeva uglavnom egzistirati tek tamo gdje proces liječenja ili još nije počeo (zdravstveno prosvjeđivanje, prevencija) ili tamo gdje je već završio (rehabilitacija, pomoć pri umiranju). Drugi paradoks profesionalizacije sestrinstva u vezi je s činjenicom da je zadovoljstvo poslom to veće što su sestre radno udaljenije i od liječnika i od pacijenata, a to zadovoljstvo pospješuje i viši status što ga imaju takvi poslovi.

Unatoč tome što je prošlo sve faze profesionalizacije sestrinstvo generalno ne možemo smatrati profesijom jer je razmjerno slabo plaćeno i ima nizak društveni status. Na temelju toga zaključuje se da su kriteriji prihoda i statusa odlučujući za razlikovanje profesija i poluprofesija, dok su svi drugi, "akademijski" kriteriji što se pri određenju profesija uzimaju u obzir manje važni.

Kriteriji profesionalizacije zanimanja

Kako, kada i zašto nastaju profesije u suvremenim i društvima koja su im (neposredno) prethodila — o tome u sociologiji postoji značajna suglasnost. Kao profesionalizaciji prethodeći procesi obično se spominju sekularizacija i racionalizacija, uz njih vezano sve veće značenje znanosti i tehnologije, povećavanje manipulativne moći čovjeka nad prirodom i društvom i prateći vrijednosni sistem orijentiran na sve brži i snažniji razvoj (35). Budući da u osnovi isti procesi — osobito sve razvijenija podjela rada — uvjetuju i diverzifikaciju zanimanja, to se u sociologiji uvriježilo razlikovanje prema kojemu su profesije samo ona zanimanja koja imaju posebno (istaknuto) mjesto u

društvenoj podjeli rada. Tako bi se zapravo moglo reći da profesije nastaju **stratifikacijom** zanimanja ili da su profesije elitna zanimanja (liječničko, pravničko, inženjersko...). No kako profesije također zahvaćaju isti procesi kao i zanimanja to se s vremenom uspostavlja i razlika između **viših i nižih profesionalaca**: »Viši profesionalci uključuju suce, odvjetnike, pravne zastupnike, arhitekta, planere, liječnike, zubare, sveučilišne nastavnike, ekonomiste, razne stručnjake za prirodne znanosti (fizičare, kemičare itd) i inženjere. Niži profesionalci uključuju nastavnike u školama, medicinske sestre, socijalne radnike i knjižničare«. (2) Umjesto o višim i nižim profesionalcima drugi autori radije govore o profesijama i **poluprofesijama**. (7)

Pristupi li se profesijama s funkcionalističkoga stajališta, pa se kaže da profesionalizam podrazumijeva četiri bitna atributa:

1. veću količinu sustavnog i poopćenog znanja kojega se primjenjuje na rješavanje problema,
2. brigu za interese zajednice, a ne vlastiti interes,
3. samostalnu kontrolu ponašanja stručnjaka, najčešće u obliku profesionalnih etičkih kodeksa strožih od zakonskih normi,
4. visoke nagrade takvih stručnjaka uključujući i prestiž koji se pridaje njihovom profesionalnom statusu (2);

onda se čini da osnovnim razlikovnim elementom profesija i poluprofesija postaje upravo četvrti atribut, jer upravo on poluprofesijama nedostaje da bi se izjednačile s profesijama. U Sjedinjenim Državama npr. relativne su zarade (muškaraca) od 1913. do 1960. godine među višim profesionalcima bile i do 2,5 puta veće nego među nižima, a krajem pedesetih godina čak su i predradnici imali veće prihode od nižih profesionalaca. (36)

Prevedemo li prva tri atributa (obilježja) u termine profesionalnog **autoriteta, altruizma i autonomije** (35), a četvrto označimo **atraktivnošću** neke profesije, tada smo u mogućnosti da orijentaciono odredimo osnovne oblike i stupanj profesionalizacije nekog zanimanja.

Na primjeru liječničke kao klasične profesije i sestrinstva kao poluprofesije, moglo bi se uz pomoć spomenuta "4A" kriterija za naše prilike sačiniti sljedeću matricu:

Matrica normativne i stvarne profesionalizacije sestričkog i liječničkog zanimanja kod nas s obzirom na "4A" kriterija B. Barbera

Osnovne odlike profesija	Liječnici				Sestre			
	Normativno		Stvarno		Normativno		Stvarno	
Autoritet	+	+	+	-	+	-	-	-
Autonomija	+	+	+	-	+	-	-	-
Altruizam	+	+	+	-	+	+	+	-
Atraktivnost	+	+	+	+	+	-	+	-

No, još će nam bolje to poći za rukom pristupi li se profesijama nešto manje ideologiziranim određenjima koja navode još neke elemente važne za njihovo raspoznavanje. Tako se npr. spominju još: mnpopol na stručnu ekspertizu, organiziranost profesije i

njena prepoznatljivost u javnosti (C. Turner i M. Hodge, 1970); neki govore i o profesionalnoj kulturi koju podržavaju formalna profesionalna udruženja i socijalizacijski procesi (E. Greenwood, 1957); a treći opet ističu važnost produženog obrazovanja usmjerenog stjecanju specijaliziranog apstraktnog znanja i orijentaciju prema pružanju neke usluge (W. Goode, 1957). W. Goode je ujedno najstroži u određenju profesija jer smatra da osim dviju osnovnih profesije imaju još deset slabije ili jače zastupljenih karakteristika (10) prema kojima:

- profesija određuje vlastite standarde obrazovanja i osposobljavanja,
- studenti određene profesije prolaze kroz strože socijalizacijsko iskustvo nego učenici drugih zanimanja,
- profesionalna praksa se obično zakonski potvrđuje nekim oblikom dozvole (licence),
- tijela koja izdaju dozvole i primaju na rad sastoje se od članova te profesije,
- većinu propisa (regulative) vezanih za određenu profesiju oblikuju članovi te profesije,
- određena profesija donosi visok dohodak, moć i prestiž te može tražiti sposobnije studente,
- određeni profesionalac relativno je slobodan od laičkog vrednovanja i kontrole,
- propisi o obavljanju prakse koje postavlja neka profesija stroži su od zakonske kontrole,
- članovi određene profesije čvršće se vezuju i poistovjećuju s određenom profesijom nego što je to slučaj s članovima drugih zanimanja,
- određena profesija češće je konačno zanimanje, članovi ne brinu o napuštanju svoje profesije i većina ih tvrdi da bi, kad bi ponovo odlučivali, izabrali isti posao.

Nasuprot tako rigoroznom karakteriziranju profesija postoje i mnogo blaži pristupi (38) prema kojima određeno zanimanje postiže profesionalni status ako se:

1. obavlja u punom radnom vremenu,
2. uspostavlja sistem obrazovanja povezan sa sveučilištem,
3. utemeljuju profesionalna udruženja, najprije na lokalnoj, a zatim na nacionalnoj razini,
4. pravno štiti monopol nad određenim vještinama,
5. uspostavlja formalni etički kodeks

Kako će, dakle, biti procijenjen stupanj profesionalizacije nekog zanimanja umnogome ovisi o tome za koji se od (spomenutih) pristupa opredijelimo. Budući da u tekstu samo pokušavamo razabrati u kojoj je mjeri i prema kojim kriterijima sestrinstvo uopće opravdano promatrati kao profesiju, ovdje se samo može napomenuti da ulogu profesija i profesionalaca u društvu svi autori ne vide tako benevolentno kao B. Barber ili P. Halmos, koji čak tvrdi da etos stručnjaka iz područja osobnih usluga sve više postaje etosom industrijskog društva i da mu upravo to omogućuje neprestani rast. Profesionalizam se, nasuprot tome, može promatrati i kao "sebična strategija kojoj je cilj da unaprijedi tržišnu situaciju jedne skupine po zanimanju", a profesionalce kao skupine visokokvalificiranih stručnjaka koji su sve manje nezavisni praktičari, a sve više plaćeni namještenici vladajućih klasa ili elita, kao ljude koji manje rade u korist zajednice, a više nastoje održati mit da su klijentima potrebni i važni. (12)

Da bismo izbjegli jednostranosti ekstremnih pristupa nastojat ćemo u analizi razvoja sestrinstva uglavnom obuhvatiti sljedeće elemente:

1. povijesne etape razvoja sestrinstva
2. razvoj teorijske osnove sestrinske profesije
3. kvantitativnu ekspanziju sestrinstva i sestrinskog obrazovanja te stratifikaciju profesije
4. probleme daljnje emancipacije sestrinstva te zadobivanja stručnog autoriteta i autonomije.

Određenja sestrinskog zanimanja/profesije

Osnovnim se područjem rada medicinske sestre u svim definicijama tog zanimanja uvijek smatra **zdravstvena njega**, a ona prema definiciji V. Henderson obuhvaća pomoć zdravom i bolesnom pojedincu ili grupi u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose održavanju ili ponovnom uspostavljanju zdravlja (ili mirne smrti), pri čemu se trudi da njezini štićenici postanu što prije samostalni i od nje nezavisni. (14)

Nešto kasnija određenja vide sestru kao »osobu koja je završila program osnovnog sestrinskog obrazovanja te je osposobljena i ovlaštena u svojoj zemlji obavljati najodgovornije usluge sestrinske prirode za unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti i njegu bolesnih«. (37)

Još se preciznije u novije vrijeme određuje sestrinska uloga u **primarnoj zdravstvenoj zaštiti** kao području tradicionalno veće samostalnosti sestara. Tamo se obično ističu četiri njena osnovna zadatka: a) pružanje izravne njege, b) podučavanje i odgajanje zdravstvenog osoblja i javnosti, c) nadziranje i upravljanje uslugama primarne zdravstvene zaštite i d) istraživanje i vrednovanje zdravstvene zaštite. (30)

Za razliku od ovakvih normativnih definicija znamenitih sestara ili pak ekspertnih grupa Sovjetske zdravstvene organizacije, definicije što ih daju sociolozi vide osnovne uloge sestre ipak nešto drukčije. Tako E. L. Koos govori o »**socijalnim**« ulogama sestre u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti kojih mora biti svjesna kako u odnosu na **pojedinka** i njegovu **obitelj** tako i u odnosu na **društvo** čiji je profesionalni član. Prema njegovu mišljenju sestra 1) treba biti **tumač** bolesniku nerazumljivog jezika zdravstvenih radnika i ona koja ga upoznaje s uređajima i opremom zdravstvenih ustanova (jer mu mogu djelovati zastrašujuće); 2) treba biti **podučavatelj**, ali ne u školskom nego u smislu prenošenja znanja i iskustava iz zdravstvene prakse na bolesnika i njegovu obitelj; 3) treba biti **nadopuna ili nadomjestak** obitelji u smislu emocionalne podrške (osobito kad su pacijenti djeca); 4) treba biti osoba u koju se pacijent može pouzdati, ili **osoba od povjerenja**; te 5) mora biti sposobna da bude **vođa grupe** bolesnicima za koje je zadužena. (18) Većina drugih autora uočava podijeljenost ili podvojenost sestre između dviju osnovnih komponenata njene uloge: **tehničke i socijalne**, a njih onda rasklapaju na manji ili veći broj dužnosti kojima sestre moraju odgovoriti ako žele ispuniti **društvena očekivanja**: »Sestre su odgovorne za stalnu njegu pacijenta, za provođenje onih liječničkih odluka koje se odnose na pacijenta, za pacijentovu udobnost i sigurnost, a uz to moraju biti osjetljive za pacijentove probleme na takav način da pokažu razumijevanje i suosjećanje ne samo za probleme što ih pacijentu bolest prouzrokuje u fizičkom smislu nego i za one koji podrazumijevaju psihološku i socijalnu podršku«. (25)

No, društvena su očekivanja jedno, a profili sestara što ih je praksa u prilici oblikovati ili utjecati na njihovo oblikovanje nešto drugo, pa bi jedno ideal-tipsko skiciranje moralo računati i sa nekim društveno i profesionalno nepoželjenim ali zato ne rjeđe prisutnim prototipovima sestara. Sestre su dakle u mogućnosti da ovisno o prilikama u kojima rade, ovisno o uvriježenim obrascima ponašanja u nekoj kulturi ili društvu te ovisno o vlastitom habitusu realiziraju i pronose različite modele sestrinstva i tako budu:

1. sestre »majke milosrdnice« — nježne i emocionalne njegovateljice, pune blagosti, samilosti, razumijevanja, brige, pažnje itd.
2. sestre »foto-modeli« — za kojima se okreće i oko kojih se vrti (ili se njima tako čini) i liječnički i pacijentski svijet i koje su mišljenja da je djelotvorna i ozdravljajuća sama njihova pojava i prisutnost a mnogo manje stručni napori što će biti poduzeti
3. sestre »administrativni birokrati« — za koje najvažniji orijentiri njihova postupanja nisu ni bol ni bolest ni bolesnici, kao uostalom ni liječnici nego red, disciplina i protokol, perfekcionistička kontrola ulaza i izlaza kako materijala tako i ljudi
4. sestre »tehnolozi-mučitelji« — kod kojih je proces supstitucije čovjeka strojem dovršen ne samo u smislu tehničkih procedura koje se na njima iskušavaju i koje samo treba puštati u pogon, nego i u tom smislu da pacijenti gube elementarna ljudska obilježja i postaju materijalom tehnološko-tehničke obrade ili dorade.

Pri takvoj je tipologizaciji najnezgodnije to što realizacija nekog od tipova izgleda da sve manje ostaje stvar slobodnog sestrinskog izbora, a sve više postaje stvar uklapanja u obrasce što ih nameće svijet visoke znanosti i tehnologije (unutar kojega medicina već dugo visoko kotira) kao i pratećih vrijednosti što ih takav razvoj donosi.

Osnovne etape profesionalizacije sestrinstva

Gledajući historijski za sestrinstvo bi se moglo reći da je prošlo kroz nekoliko razvojnih teza. Anges E. Pavey razlikuje tako razdoblje sestrinstva/njege kao **umijeća** (koje datira od prvih povijesnih početaka do 4. st. p.n.e), kao **poziva** (od početka kršćanstva do polovice 19. st.) te kao **profesije** (kada ga takvim konstituirala Florence Nightingale i njezine sljedbenice). (28)

Kao **umijeće** nalazimo ga prisutnim u najranijim poznatim društvima kad su žene previjale rane i ublažavale temperaturu članovima svojih porodica ili spravljale napitke od ljekovitog bilja. Primitivne religije, pripisujući zlim duhovima tajanstveno porijeklo bolesti, uspostavljale su vlastiti terapijski sistem proizvoljnog i prigodnog liječenja.

Još u 12. st. p.n.e. postojali su u Grčkoj hramovi gdje su bolesne osobe pod religioznim vodstvom primjenjivale dijetni režim, odmaranje i kupanje. Indija je ipak bila prva zemlja u kojoj se **njegovateljstvo** moglo raspoznati kao poseban poziv, obično za muškarce, i zemlja koja im je za te usluge počela davati plaće u javno potpomaganim bolnicama. Među drugim starim civilizacijama Egipćani su pridonijeli poznavanju lijekova, Židovi nekim odličnim zakonima za javnu i osobnu higijenu, a Rimljani svojim čuvenim sanitarnim gradnjama. (11)

Prekretnicu u sestrinstvu prema mnogim historijama sestrinstva izazvala je **pojava kršćanstva** i osobito Isusov primjer i učenje. Đakonise su bile najranije organizirane

grupe sestara koje su slijedile Kristova načela: gladne nahraniti, žedne napojiti, zatvorene posjetiti, beskućnike skloniti, bolesne zbrinuti, mrtve pokopati. Prešavši na kršćanstvo, Kristov su primjer slijedile također neke bogate, pametne i ugledne rimske matrone, u prvom redu pomažući — poput sv. Helene, majke Konstantina Velikog, gradnju bolnica i samostana. Među muškarcima njegovom se npr. bavilo bratstvo Parabolani koji su značajnu ulogu odigrali pomažući bolesnima i pokopavajući mrtve za vrijeme velike kuge u Aleksandriji.

Raspadom Rimskog carstva poremetili su se brojni životni tokovi tako da se u ranom srednjem vijeku briga za njegu povukla natrag u samostane, u kojima su osnovani novi redovi (poput benediktinskog) za njegu bolesnih. Kasni srednji vijek donio je **kržiarske ratove** a oni nametnuli potrebu za vojnim redovima za njegu. Najpoznatiji među njima bili su Vitezovi sv. Ivana Krstitelja, sv. Lazara i Teutonski vitezovi. Nakon kržiarskih ratova najjači utjecaj na razvoj sestrinstva kao poziva imao je **razvoj gradova**. Zbijenost unutar zidina, nehigijenski uvjeti stanovanja, zarazne bolesti što su harale, mnoge su ponovno usmjeravali prema ckrvi u potrazi za pomoći. Ona je pak preko svojih istaknutih ljudi odgovala otvaranjem novih redova: za svećenike, za opatice i za svjetovne ljude koji su htjeli pomoći. Prvi čisto **sestrinski redovi** što ih je ustanovila crkva augustinski su opatički redovi iz polovice 12. stoljeća i oni su u sestrinskoj službi, uglavnom u velikim gradovima, prednjačili puna četiri stoljeća. Uz ove značajni su još i franjevački redovi (po sv. Franji Asiškome) koji se osnivaju od početka 13. stoljeća. Tako su nastali redovi »Male braće«, »Sirote Klare« i drugi, a sve više je pred kraj srednjeg vijeka bilo i svjetovnih redova za njegu. (4)

Razdoblje od 1500-1700. godine moglo bi se označiti vremenom intelektualnog buđenja u društvu. To je također razdoblje Reformacije koja nije donijela samo dramatične religijske nego i socijalne promjene. U protestantskim su se zemljama suzbijali katolički religiozni odredi, propadale bolnice, a trebalo je vremena da nastanu novi oblici njege. Ipak, i u takvim uzburkanim prilikama nastajali su novi redovi. Tako je sv. Vinko Paulski uveo nešto što bi se moglo smatrati modernim načelima socijalne zaštite i patronažnog sestrinstva (osposobiti ljude da bi mogli pomoći sami sebi).

Sv. Vinko zaslužan je i za utemeljenje »Sestara milosrdnica« izvorno svjetovnog sestrinskog reda koji je kasnije postao religioznim. Sestre toga reda bile su u prvom redu odlične bolničarke. One su prolazile sistematsku edukaciju koja je uključivala bolničku praksu, kućne posjete siromašnima i njegu bolesnih u njihovim domovima. Drugo, one su se posvećivale brizi za siromašne u društvu. Kriteriji prijema u red podrazumijevali su dobro zdravlje, bistar um i želju da se služi Bogu u punom smislu koji uključuje podučavanje, njegu i socijalnu zaštitu. Kasnije su Sestre milosrdnice svoju službu proširile i na pomoć napuštenoj djeci. Izvorna načela ranog kršćanstva rukovodila su i taj red i razna društva sv. Vinka tako da su se brojna održala do danas u Katoličkoj crkvi.

Krajem renesansnog razdoblja iseljenici su počeli naseljavati Sjeveru Ameriku. Zdravstvenu njegu pružali su uglavnom svećenici koje su često nazivali »propovjednicima liječnicima« i druge osobe upućene u vještinu njege bolesnih.

Osamnaesto stoljeće vrijeme je krupnih političkih razdora i **američke i francuske revolucije**. Obje su proklamirale nezavisnost i isticale jednakost ljudi. Vojni se sukobi i političke promjene zbivaju nasuprot ponižavajućim socijalnim uvjetima i općenito neodgovarajućoj njezi i zdravstvenoj zaštiti. U osobito lošim prilikama živjela su dojenčad i djeca. Između 1730. i 1750. oko 75% djece krštene u Londonu umiralo je

prije pete godine. (6) Glavni uzrok smrti pripisivao se nebrizi, a nije bolje bilo ni u američkim kolonijama u kojima njega nije odmakla mnogo dalje od samih početaka sestrinstva i svodila se na napore religioznih redova i žene onih ljudi koji su bili u ratu ili u njemu već poginuli.

Rano devetnaesto stoljeće početak je industrijske revolucije koja je rezultirala promjenama ekonomskih uvjeta većine stanovništva. Sva se nastojanja udaljavaju od poljoprivrede i usmjeravaju na tvornički rad. Zbog navale u gradove u kojima su postajali jeftinom i iscrpljivanom radnom snagom pogoršava se zdravstveno stanje velikih slojeva stanovništva i šire brojne bolesti. Znanje o sredstvima za pročišćavanje vode, hrane, te načinima izolacije zaraženih osoba igralo je veliku ulogu u popravljanju takvih prilika. Zbog toga se stanje sestrinstva nešto popravlja u ovome razdoblju. Liječnici su u ranom devetnaestom stoljeću vrlo rijetki ljudi tako da je kućna njega jedini oblik brige za bolesne ljude. Stanovništvo se oslanja na razboritije žene iz vlastite blizine (naime uglavnom one pokazuju kako se mogu pripremati jednostavniji lijekovi ili što treba učiniti s bolesnikom) ili se pouzdaju u putujuće liječnike. Bolnice tog vremena stravična su mjesta tako da ljudi svoje bolesne radije drže kući, a liječnike zovu samo ako vide da se bolesnik sam nikako ne oporavlja. Kao i u prethodnom stoljeću jedinu korisnu bolničku njegu pružali su religiozni odredi sestara — opatica.

Mnogo je iznimnih primjera iz tog razdoblja. Jedan od najpoznatijih vezan je uz ime Elizabeth Seton koja je ustanovila prvi američki religiozni red i kojoj je katolička crkva kao prvoj osobi iz Amerike priznala svetost. Majka Seton osnovala je svoj red na načelima sv. Vinka Paulskog i njegovih Sestara Milosrdnica i to pošto je prethodno dugo pomagala bolesnima i siromašnima kao svjetovna osoba. U Marylandu je osnovala školu za djevojke koje su se kasnije pridružile Sestrama milosrdnicama i stekle priliku da uz njegovateljstvo dobiju i redovničko obrazovanje, da bi 1823. bile pozvane u baltimorsku bolnicu i tamo se brinule za mnoge aspekte rada i života u bolnici i oko nje.

U Engleskoj Elizabeth Fry, pobožna kvekerka, osjetila se pozvan da unese promjene u zatvorski sistem jer je bila zapanjena stanjem u Newgate zatvoru u kojemu su izmiješani bili kriminalci, umobolnici, mentalno zaostali i djeca. Kao prodorna osoba i dobar govornik privukla je pažnju javnosti i uspjela odvojiti kriminalce od psihijatrijskih pacijenata uz pomoć brojnih sljedbenika koji su joj u toj borbi pomagali. Uskoro je organizirala Društvo protestantskih sestara milosrdnica čiji je prvi zadatak bio da pružaju njegu ljudima svih slojeva.

Rad gospođe Fry privukao je mladog luteranskog svećenika Theodora Fliednera koji je bio u prilici da neke od njezinih ideja primijeni u financijski teško pogođenom mjestu (Kaiserwerth) u kojemu je bio pastor. On je poduzeo određene socijalne reforme u čemu mu se pridružila njegova supruga organiziravši kod kuće sestrinsku službu za žene pristigle iz zatvora i za njihovu djecu. 1836. odlučili su zajedno obnoviti stari red đakonisa i osnovalki Kajzerverški institut za obučavanje đakonisa. Institut je pružao program strukturiran po razredima i stjecanje kliničkog iskustva. Studenti su radili i u kućama i u bolnicama. Nisu davali nikakav zavjet osim jednostavnog obećanja da će raditi za Krista. Izvan crkvenih redova ističe se sve veći broj sestara laika. Tako u Americi Annie M. Andrews brine o žrtvama žute groznice u Nortfalku, Virginia i za svoj rad dobiva velika priznanja, a Dorothea Dix čini mnogo za reformiranje psihijatrijskih ustanova u Sjedinjenim Državama, Kanadi i Škotskoj.

Nasuprot tako plemenitim individualnim pregnućima stoje vrlo loše opće medicinske prilike s vrlo rijetkim znanstvenim otkrićima koja bi u tom području bila od neke koristi. O tim prilikama dobro svjedoči sljedeći primjer: »U prvoj polovici 19. stoljeća primaljstvo je dijelilo vrlo loše standarde ostalih grana sestrinstva u svim zemljama, i smrtnost je rodilja bila vrlo visoka. Procjenjuje se da je 1846. umrlo 25% majki koje su stupile unutar zidina General Lying-in Hospital u Londonu. Ista je slika bila i u drugim evropskim bolnicama i porodilišta su smatrana pravom smrtnosnom zamkom. Većina je smrti dolazila od sepse, ali je prava priroda tog uzroka ostala nepoznata sve do 1843., kad Oliver Wendel Holmes čita rad pred bostonskim društvom za medicinske pronalasku u kojem je istaknuo infektivni karakter bolesti. Tri godine kasnije, Ignaz Philip Semmelweiss koji je bio liječnik asistent u porodiljskoj bolnici u Beču zapazio je da je stopa smrtnosti u prostorijama u kojima su radili studenti rijetko ispod 12% a često mnogo iznad, dočim je u odjelima gdje su radile samo sestre mortalitet bio jedva 3 posto. Našao je da su studenti dolazili direktno iz mrtvačnice i prilazili majkama a da ni ruke nisu oprali. Zbog toga je inzistirao ne samo da očiste ruke nego ih i operu u otopini kloriranog vapna. Za mjesec dana smrtnost je pala na 3%, a uskoro je redicirana na samo 1 posto. Ne treba ni reći kakvo su protivljenje svojih kolega navukla na sebe oba čovjeka sugerirajući zapravo da su liječnici bili fatalna zaraza za svoje porodiljske pacijente. (28)

Drugi primjer slikovito pokazuje kako je pojam historijskog napredovanja često dvojben ili barem nije onako jednoznačan kakvim ga se ponekad prikazuje: "Da je evropska kirurgija rezultat novijeg razvoja, kao i to da je veća uspješnost omogućena razboritom postoperativnom njegovom, ta nam je ideja tako bliska da je za modernu samodopadnost gotovo šok kad ustanovi da je nekad, npr. u Italiji dvanaestog i trinaestog stoljeća (Salerno) postojala zadivljujuća kirurgija. Naime, srednjovjekovni su kirurzi uspješno izvodili operacije koje su kirurzi devetnaestog stoljeća odbijali pokušati jer je najverojatniji bio smrtni ishod. Da bi se primijenila anestezija spužva bi se pomoćila u otopinu opijuma, kukute, mandragore i bršljana. To bi se potom sušilo i kad je bilo potrebno navlažilo bi se vodom te stavilo pacijentu preko ustiju i nosa da bi inhalacijom bila proizvedena nesvjesnost. Rane su prali vinom koje je brzo hlapilo i potom su donosili sječiva vodeći brižno računa da odstrane sve tragove prljavštine. Suha lanena odjeća zamakala bi se u vrlo jako vino i potom bi se stavljala na ranu. Samo vino i proces isparavanja nisu samo odjeću ostavljali sasvim čistom nego su ubijali i mikrobe. Zapravo su tako primjenjivali antiseptičke i aseptičke postupke premda ni jedno ni drugo pojmovno nije bilo poznato, a bakterije također još nisu bile otkrivene. (28)

Izuzme li se, dakle, otkriće cjepiva protiv malih boginja koje je došlo krajem 18. stoljeća, na većinu je ostalih, za razvoj profesionalnog sestrinstva važnih otkrića trebalo čekati gotovo cijelo stoljeće. Naime prve primjene antiseptičkih metoda u kirurgiji dolaze kao i većina Kochovih otkrića tek krajem devetnaestog stoljeća.

Možda zato i nije slučajno da u drugoj polovici 19. stoljeća svoj utjecaj diljem Evrope počinje širiti Florence Nightingale uz čije ime se redovito povezuje početak modernog, profesionalnog sestrinstva. Ona nije samo podigla status sestrinstva na razinu profesije nego i mnogo učinila za položaj žena u društvu u kojem su njihovi doprinosi bili zanemarevani. Nakon stjecanja iskustva za poziv za koji je otkad zna za sebe pokazivala interes, F. Nightingale nije postala sestrom — redovnicom već je krenula vlastitim putem. Naime, nakon boravka u bolnici i školi u Kaiserwerthu kod Dusseldorfa F. Nightingale ne postaje đakonisom nego odlazi u Pariz kod Sestara milosrdnica sv. Vinka Paulskog, da bi nedugo nakon toga postala glavnom upraviteljicom na King's College

Hospital u Londonu. Dok je bila na toj dužnosti Englezi su se zajedno s Francuzima uključili u **Krimski rat** na strani Turske a protiv Rusije. Briga o ranjenim vojnicima bila je vrlo loše organizirana, jer sestre nisu bile sastavni dio vojnih jedinica tako da je jedini oblik njege pružala neobučena muška posluga. Postotak je smrtnosti među ranjenicima bio 42% da bi šest mjeseci nakon dolaska F. Nightingale i njezinih sestara taj postotak pao na 2.

Poslije rata F. Nightingale bila je uključena u mnoge druge zdravstvene projekte. Odgovorna je za reformu britanskog medicinskog sistema, za velike sanitarne i irigacijske projekte u Indiji, te za organizacijske i administracijske reforme u mnogim bolnicama. Napisala je nekoliko knjiga, među kojima i "Notes on Nursing: What It Is and What It is Not". Taj je rad vodio utemeljenju njezine škole za sestre jer je jasno argumentirao da je sestrinstvo profesija. Naime, Nightingaleova je smatrala da sestrama treba specifična teorijska i praktična poduka. Zastupala je holistički pristup koji je isticao brigu za cijelu osobu a ne samo za bolest. Njezini su pogledi na sestrinstvo uključivali dvije glavne komponente. Briga o zdravima ističe prevenciju i održavanje zdravlja, a njega bolesnih podrazumijeva oporavljanje bolesne osobe do potpunog funkcioniranja. Nightingaleova je u sestrinstvu prepoznavala duhovnu, biološku i emocionalnu komponentu, a ishodište je sestrinstva vidjela u sluzenju svima onima koji pomoć trebaju.

Istodobno su snažne promjene zahvaćale i sestrinstvo u SAD, jer je **građanski rat u Americi** postavio pred zdravstveni sistem zahtjeve koje on nije mogao realizirati. Iako su se crkvenim redovima pridruživale mnoge istaknute žene sve je to bilo premalo da odgovori potrebama velikog broja bolesnih i ranjenih. Kao i Krimski i građanski je rat u Americi skrenuo pažnju ne samo na to da su sestre jako potrebne nego i da ih je nužno za tu ulogu obrazovati, pa su u SAD počele nastajati prve škole za sestre. U početku su ih otvarali i njima upravljali liječnici da bi dobili osposobljene pomoćnike i bolničko osoblje. No to je bio sasvim drukčiji pristup od onoga kojega je svojim školama u Londonu bila započela F. Nightingale.

Sestrinske vođe počinju zato po uzoru na F. Nightingale, mijenjati **obrazovne programe** i to je konačno urodilo profesijom različitom od liječničke kao i značajnim novim i samostalnim dijelom bolničkog sistema. Početni programi nisu bili bez mana, podrazumijevali su razmjerno nizak stupanj naobrazbe, očekivanje da sestre rade sve pomoćne poslove po bolnicama, stalan rascjep između potrebe za obrazovanjem, stručnim i teorijskim, i činjenice da bolnice pri kojima je većina škola bila ustanovljavana trebaju pručenu i jeftinu radnu snagu. Programi su uglavnom bili usredotočeni na bolesne, s vrlo malim isticanjem preventive, socijalnih, psiholoških ili javnozdravstvenih komponenti sestrinstva. No, uskoro to postaje značajno zasebno područje njihova djelovanja. **Bakteriologija** je u drugoj polovici 19. stoljeća u naglom usponu i otkrića s toga područja snažno su utjecala na ulogu sestre u borbi s bolešću i siromaštvom u zajednici. Prve sestre u oblasti **javnog zdravstva** susrećemo u Engleskoj i vodila ih je Florence Lees, učenica F. Nightingale. Smatrala je da je zadatak sestrinstva da pomaže bolesnima i siromašnima te vjerovala da sestre mogu mijenjati prilike ne samo direktnom intervencijom nego također učenjem drugih i osobnim primjerom. Lees je snažno utjecala i na američka zbivanja u javnom zdravstvu tako da u većim američkim gradovima uskoro nastaju prve javne službe poput »Wommen's Board of the New York City Mission«, »Instructive District Nursing Association in Boston«, Visiting Nurse Society of Philadelphia«, »Chicago Visiting Nursing Association«.

Da bi zadobile moć ili bile utjecajnije, ne samo na području zdravstva nego i politički i socijalno, sestre su na prijelazu stoljeća shvatile da se moraju **organizirati**.

Krajem devetnaestog stoljeća i početkom dvadesetog stoljeća niču sve brojnija njihova udruženja ili savezi kako u Evropi tako i u Americi. Većina od njih prati obično i izdavanje sestrijskih listova i časopisa, a potom i borba za izdavanje sestrijskih dozvola, odnosno za registraciju profesije na razini pojedinih država.

Prvi svjetski rat ponovo je na dramatičan način upozorio na važnost ove profesije, a sam je bio uzrok oformljivanja i angažiranja brojnih sestrijskih snaga za potrebe zbrinjavanja i njegovanja, kako neposredno nastalih tako i onih s dugotrajnim potrebama za rehabilitacijom. Na vojnom planu, a i ne samo na njemu, sestrijska je djelatnost postajala sve isprepletenijom sa aktivnošću Crvenog križa. Od nastanka 1863. godine on je postajao sve utjecajnijom međunarodnom humanitarnom institucijom, tako da je u prvim desetljećima 20. stoljeća u nekim zemljama snažnog utjecaja imao i u programima sestrijskog obrazovanja. Dvadesete godine ovog stoljeća, također su vrijeme uspona **visokoškolskog obrazovanja** za sestre. Na evropskim i američkim sveučilištima prvo niču zasebni programi za sestre, a potom i sestrijski fakulteti i tako se, barem u najrazvijenijim zemljama, proces emancipacije sestrijsstva dovršava prije drugog svjetskog rata, kada bi se moglo reći da započinje nova razvojna faza. (32)

Teorijski i etički aspekt profesionalizacije

Zanimljivo je da temelji sestrijske zgrade i u teorijskom i u etičkom smislu (a to znači i u obrazovnom i odgojnom pogledu) počivaju iznimno dugo i gotovo isključivo na »bilješkama« Florence Nightingale o bolnici i sestrijsstvu zapisanim još 1859. godine. Njezina određenja onoga što sestrijsstvo jest i onoga što nije ostali su u mnogom smislu biblijom i do danas, a prve se »revizije« pojavljuju tek dvadesetih godina ovoga stoljeća iz pera kanadske sestre Berthe Harmer (»Texbook of the Principles and Practice of Nursing«, 1922), i Amerikanke Virginiae Henderson (1939).

Tako se paradoksalno događa da se sistem višeg i visokog obrazovanja za sestre počinje zapravo razvijati prije pojave bilo kakvih značajnijih teorija sestrijsstva i taj se manjak ubrzano nadoknađuje tek pedesetih godina, da bi šezdesete i sedamdesete rezultirale poplavom novih ideja, pojmova ili teorija razvijanih prvenstveno u Sjedinjenim Državama (Lydia E. Hall, 1955, 1959; Dorothea E. Orem, 1959, 1971; Faye G. Abdullah, 1960; Ida Jean Orlando, 1961, 1972; Ernestine Wiedenbach, 1964; Virginia Henderson, 1966, 1972 itd.).(9)

Prema tome, o dostatnoj se teorijskoj osnovi sestrijsstva može govoriti tek od šezdesetih godina kada se na proces njege počinju primjenjivati različite teorije pristigle uglavnom iz bihevioralnih znanosti.(17,23) Uostalom i sam izraz »proces njege« značio je određenu teoretizaciju sestrijsstva kojom se željelo razlikovati faze njege (ispitivanje, sestrijska dijagnoza, planiranje, primjena, vrednovanje) i pridati joj na taj način oreol aktivnosti koja podrazumijeva promišljenost, racionalnost, metodičnost, svrhovitost i sl., a to su sve odlike intelektualnih aktivnosti.(9)

Da bi proces njege bio efikasan sestre moraju razumjeti i primijeniti odgovarajuće pojmove i teorije njege, kako iz bioloških i fizikalnih tako i iz bihevioralnih i humanističkih znanosti. Budući da su prve tradicionalno liječničko vlasništvo, a sestre u njihovoj primjeni samo tehnički izvršioци, nije nikakvo čudo što su istaknutije sestre prostor vlastite emancipacije sve više tražile u područjima sociologije, psihologije, antropolo-

gije, (23) primjenjujući u sestrijskim istraživanjima teorije učenja, razvojne teorije, teorije adaptacije, stresa i homeostaze te različite verzije sistemske teorije. Osim u osnovi bihevioralnih u sestrijsstvu sve zastupljenijim u novije vrijeme postaju i socijalne teorije u širem smislu (demografska, socijalne stratifikacije, socijalne mreže i socijalne podrške, simboličke interakcije i sl.), a također i kulturne (transkulturna teorija sestrijsstva, teorija kulturne relativnosti, teorija vrijednosne orijentacije, teorija kulturne okoline itd.) (33)

Slično kao što je moderna teorijska osnova sestrijsstva postavljena tek pedesetih i šezdesetih godina (dakle puno stoljeće nakon osnovnih postavki F. Nightingale o sestrijsstvu), tako je i prva međunarodna kodifikacija etičkih normi postignuta tek 1953. godine u Frankfurtu (24) premda je osnova što ju je dala F. Nightingale ostala također cijelo stoljeće nepromijenjena. Naravno, nekadašnja kratka i jasna zakletva danas je to sve manje jer se trudi da obuhvati sve veći popis obaveza i dužnosti ne samo sestara nego i drugih zdravstvenih radnika. Te se obaveze granaju u tri smjera: prema bolesniku/pacijentu; prema sebi i kolegama te prema ukupnoj društvenoj zajednici (1) i njihovo je umnažanje posljedica dvaju paralelnih procesa: narastanja tehnološke moći medicine i sve veće medikalizacije života. Oba ta procesa povećavaju mogućnosti zloupotrebe pa to rezultira novim etičkim kao i pravnim propisima kojima se to pokušava spriječiti i sankcionirati.

Kvantitativna ekspanzija sestrijsstva i sestrijskog obrazovanja

Ako je, dakle, točno da su **religija, ratovi i znanost** presudno utjecali na dotadašnji razvoj sestrijsstva (28) — bilo dajući mu osnovna etička načela, razloge za kvantitativnu ekspanziju ili rapidno podižući njegovu djelotvornost — ono što dominantno karakterizira posljednjih pola stoljeća svakako je **razvoj socijalne države i napredak tehnologije** i upravo su ta dva činioca presudno utjecala i na razvoj sestrijsstva.

Budući da te opservacije u najvećoj mjeri vrijede za visokorazvijene zemlje i nije ih potrebno posebno argumentirati podacima o ekspanziji izdvajanja iz nacionalnog dohotka za socijalnu i zdravstvenu zaštitu, možemo se ograničiti na pokazatelje koji tu pojavu ilustriraju indirektno. Prve kompletnije snimke u Sjedinjenim Državama pokazivale su stanje kakvo je prikazano u tablici 1. Na temelju njega sačinjene su procjene (tablica 2) koje su nagovještavale daljnju naglu ekspanziju sestrijsstva, no ona se odvijala tempom još bržim od predviđenoga (tablica 3), a k tome je ta ekspanzija zadobila i neke kvalitativne oznake koje se ni na koji način nije dalo predvidjeti (tablica 4).

Kvalitativnu se transformaciju sestrijsstva najbolje može pratiti preko promjena njegove obrazovne strukture, osobito kad je riječ o bolničkoj njezi, koja je povećanom kompleksnošću dovela do stratifikacije sestrijskog zanimanja. Naime, sestrijsko se obrazovanje od srednjoškolskog pomicalo ka sveučilišnom. 1953. godine 91,7 posto svih sestrijskih obrazovnih programa u SAD činili su srednjoškolski, 7,4 posto bili su visokoškolski i 0,9 posto činili su programi za više medicinske sestre. 1976. godine srednjoškolsko obrazovanje stjecalo je 25,6 posto, više 45,2 posto, a visoko 29,2 posto sestara. (32)

Sličnu ekspanziju i promjene obrazovne strukture sestrijsstvo doživljava i u drugim zemljama, pri čemu brzina i smjer tih promjena ovise kako o općem stupnju društveno-ekonomskog razvoja na kojem se zemlja nalazi tako i o razvojnim specifičnostima pojedinih zemalja.

Podijelimo li sve zemlje kao što to čini Svjetska banka (WB) u šest skupina s različitim razinom društvenog proizvoda, pokazuje se da se broj zdravstvenih radnika u odnosu na broj stanovnika povećava s rastom društvenog proizvoda (tablica 5). Iznimke su od toga pravila istočnoevropske socijalističke zemlje sa kvantitativno snažnijim zdravstvenim kadrovskim potencijalom od onoga koji bi se očekivao na temelju veličine društvenog proizvoda i bliskoistočne zemlje proizvođači nafte čiji je omjer liječnika u odnosu na društveni proizvod slabiji od očekivanog. (40) Sa 2300 dolara po stanovniku 1986. godine i 18 liječnika na 10.000 stanovnika (20) Jugoslavija uglavnom pripada trećoj grupi zemalja s višim srednjim dohotkom, premda je razlike između njezinih pojedinih dijelova čine pripadnom i drugoj i petoj skupini, dok je ukupno ekonomsko nazadovanje vraća u cjelini u drugu skupinu zemalja, a njen zdravstveni sistem i njegov kadrovski potencijal čini sličnim skupini istočnoevropskih socijalističkih zemalja. Naime, socijalističke su zemlje iz ideoloških razloga (egalitarizam) razvile vrlo glomazne, uglavnom strogo socijalizirane sisteme zdravstvene zaštite čija je inercija golema. Budući da mnogo drukčije nije ni sa sistemom obrazovanja u tim zemljama to se s vremenom pokazivalo da one imaju mnogo širu društvenu nadgradnju od one koju ekonomski mogu podnositi, pa su tako, posve paradoksalno, pristigle u skupinu zemalja izvoznica zdravstvene radne snage (i liječničke i sestričke). (26)

Gotovo u svim zemljama zdravstveno osoblje raste brže od stanovništva, ali ti procesi ne teku ni približno ravnomjerno već je dinamika toga rasta vrlo raznorodna. Između 1970. i 1980. sestričko se osoblje povećalo u Austriji za 56 posto, a medicinsko za 38 posto. Na Kubi se pak od 1968. do 1984. broj liječnika povećava za 169 posto, a sestara za 499 posto (40). Premda se, dakle, broj sestara povećava približno dvostruko brže od broja liječnika postoje i značajni izuzeci. Jedan od takvih je slučaj SSSR-a u kojemu je stopa rasta liječnika brža od stope rasta sestara (20,6:14,7 posto, za razdoblje od 1980—1986. godine), ili Venezuele gdje je taj odnos još nepovoljniji (84,7:44,8 posto za razdoblje od 1973—1989). (40)

Takvi omjeri odlika su izgleda zemalja s još nerazvijenim zdravstvenim sistemima i niskim društvenim proizvodom i u njima se još uvijek vodi »osnovna« borba za dovoljan broj liječnika kakvu su razvijene zemlje okončale u prvoj polovici 20. stoljeća. Nasuprot tome, visokotehnologizirana medicina i potreba za sveobuhvatnom zdravstvenom zaštitom izgleda da je u visokorazvijenim zemljama nametnula potrebu za sve većim brojem medicinskih sestara, pa je upravo omjer liječnika i sestara u posljednjem desetljeću postao jednim od glavnih razlikovnih faktora između evropskog Sjevera i Juga, ili također između skandinavskih i mediteranskih zemalja (tablica 6). Premda je precizna uspoređivanja, zbog različitih sistema obrazovanja i različite kategorizacije zdravstvenih radnika, teško praviti, razlike bi se pokazale još uočljivijim ako bi se sestrama srednjeg obrazovanja pridružio i broj pomoćnog sestričkog osoblja, a nije drukčije ni kad je riječ o zastupljenosti medicinskih sestara s višim obrazovanjem (tablica 7).

Tablica 1 Sestre, liječnici i stanovništvo SAD 1900, 1910. i 1920, te zastupljenost sestara i liječnika na 100.000 stanovnika u tim godinama

	1900.	1910.	1920.
Stanovništvo Sjedinjenih Država	75.602.515	91.972.266	105.710.620
Školovane sestre	11.804	82.327	149.128

Liječnici	131.030	151.132	144.977
Sestre na 100.000 stanovnika	16	90	141
Liječnici na 100.000 stanovnika	173	164	137

Izvor: 3:37

Tablica 2 Procjene stanovništva te aktivnih liječnika i sestara za Sjedinjene Države od 1925 — 1965

Godine	Stanovništvo	Liječnici	Liječnici na 100.000 stanovnika	Sestre na 100.000 stanovnika	Sestre na tisuću liječnika
1925.	115.000.000	129.000	112	151	1349
1935.	129.000.000	136.000	105	205	1948
1945.	142.000.000	136.000	96	274	2864
1955.	154.000.000	147.000	95	351	3683
1965.	164.000.000	164.000	100	437	4371

Izvor: 3:62

Tablica 3 Broj sestara i liječnika u SAD 1900, 1940, 1950, 1984 i zastupljenost njihova na 100.000 stanovnika

	Broj liječnika	Liječnici na 100.000 stanovnika	Broj završenih sestara	Sestre na 100.000 stanovnika
1900	132.000	173	11.804	15
1940	166.000	126	284.159	215
1950	191.000	128	375.000	249
1984	501.200	214	1.953.700	830

Izvor: sačinjeno prema 32:120, 138, 218 i 40:52

Tablica 4

Tipovi obrazovnih programa za sestre u SAD	1959	1978
Bolnički	910	344
Niži sveučilišni	48	677
Visokoškolski	170	353

Izvor: 31:51

Tablica 5 Odnos društvenog proizvoda i brojnosti liječnika osamdesetih godina (1982 — 1986)

Skupina zemalja	Društveni proizvod po stanovniku	Omjer liječnika na 10.000 stanovnika (najviše i najniže vrijednosti)	
1. Nizak dohodak	260	8,9	0,1
2. Niži srednji dohodak	750	19,1	0,5
3. Viši srednji dohodak	2.050	29,0	1,5
4. Zaljevske zemlje izvoznici nafte	12.370	14,3	6,3
5. Industrijalizirane zemlje	11.060	42,4	16,4
6. Istočnoevropske zemlje	..	42,1	17,3

Izvor: 40:65

Tablica 6 Društveni proizvod te omjer liječnika i sestara na 10.000 stanovnika u nekim skandinavskim i mediteranskim zemljama

Zemlja	Društveni proizvod po stanovniku 1982.	Broj liječnika na 10.000 stanovnika 1984. godine	Broj sestara na 10.000 stanovnika 1984. godine
Italija	8.425	40,0	
Španjolska	6.601	31,3	36,8
Grčka	5.295	28,5	20,2
Danska	10.874	25,1	56,1
Švedska	10.547	24,2	84,6
Norveška	12.106	22,2	85,9
Finska	9.277	22,2	87,0

Izvor: 40:59

Tablica 7 Broj stanovnika na jednu višu medicinsku sestru i broj istih medicinskih sestara na jednog liječnika u odabranim evropskim zemljama

Zemlja	Broj stanovnika na jedan VMS	Broj VMS na jednog liječnika
Jugoslavija	1.943	0,3
Slovenija	647	0,8
Grčka	495	0,7
Austrija	241	1,6
Švedska	121	3,2
Finska	78	5,6

Izvor: 41

Problemi daljnje profesionalizacije i emancipacije sestrinstva

O budućnosti bi se profesionalizacije sestrinstva moglo govoriti na **makro, mezo i mikro** razini te razlikujući one okolnosti koje će emancipaciju tog poziva **pospješivati** od onih koje će je **otežavati**.

1. Na globalnom ili makronivou društvene podjele rada, posve je jasno da je sestrinstvo krupan segment ekspanzije tzv. tercijarnog sektora zapošljavanja, kao što je također izvjesno da je tek masovno zapošljavanje u tercijarnom sektoru naglo podiglo udio žena u strukturi zaposlenih. Ako je pri tome svrha **tercijarne ekonomije** bila **da** »usklađuje ono što se proizvodi i nudi s onim što potrošači žele« (potrošnju praćenu užitom), onda je ta svrha bila realizirana po dobro probanoj shemi »muških i ženskih uloga u porodici«, na temelju koje muškarcima i dalje ostaju tanatotičke i agonalne, dakle, proizvodno-tehnološke i upravljačke funkcije, a ženske se sabijaju u tercijarni sektor.(16)

Pri takvoj nepromijenjenoj spolnoj podjeli rada i uloga mogu se razlikovati dva glavna područja ženskoga rada. Ono u kojemu je naglašena ili spolna ili materinska uloga žene (čistačice, odgajateljice, negovateljice, medicinske sestre, prostitutke, fotomodeli) i drugo, u kojemu nemamo posla sa specifično ženskim zanimanjima nego je riječ o prodoru žena u zanimanja nove niže srednje klase (sekretarice, daktilografkinje, telefonistkinje...) No to je feminiziranje administracije dalo neformalnim odnosima erotski (ili šire familijarni) karakter jer »žena repertoar svojih aktivnosti u porodici uključujući i seksualnost prenosi u sferu 'neformalnih odnosa' u radnoj organizaciji birokratskog tipa«

Izgledi su profesionalizacije sestrinstva na tome nivou slabi u dva smisla. Prvo zato što su zanimanja od ugleda još uvijek zanimanja za muškarce, pa je feminizacija nekog zanimanja obično znak da mu slabi ugled (poput liječničkog u nekim zemljama), a drugo, zato što zanimanja s najvećim stopama prirasta radne snage dobivajući na masovnosti gube na ugledu i mogu ga stjecati samo stratifikacijom samog zanimanja, a tu su mogućnosti sestrinstva vrlo skromne. Štoviše, i onda kad osvajaju tzv. muške profesije žene češće ponavljaju određene obrasce potčinjenosti i inferiornosti jer je njihova profesionalna emancipacija i dalje praćena tradicionalnim sociokulturnim očekivanjima (21).

2. Na razini medicine i zdravstva kao društvenih podsistema sve su očitiji brojni aspekti krize klasične mehanicističke ili nešto modernije biotehnologijski zasnovane medicine, osobito u njezinoj profesionalnoj, strogo hijerarhijskoj alopatskoj verziji. Kriza kulturnog autoriteta takve medicine (20) onaj je fenomen koji daje zamaha alternativnoj, i laičkoj i profesionalnoj nealopatskoj praksi, u kojoj bi se u novim ulogama lako mogle naći i sestre i radni i fizioterapeuti, jer su primarnim određenjima svoga poziva takvoj praksi bliže. Nakon dugotrajne dominacije agresivnog medicinskog odgovora na bolest koji jenjava u svojoj efikasnosti, na važnosti i prostoru dobivaju tradicionalni i pasivni modeli odgovora koji su opet bliži sestrama nego liječnicima. Slično je i pogledaju li se tipovi zdravstvenih strategija što se razvijaju u odnosu na dominantne zdravstvene probleme. U novije vrijeme snažnije ponovo do izražaja dolaze i **paternalistička** (javnozdravstvena) tradicija koja govori o zadacima vlasti, države i društvene zajednice u čuvanju zdravlja i **individualistička** koja naglašava probleme rizičnog zdravstvenog ponašanja, nezdravog načina života i zagovara biheviornalni pristup očuvanju zdravlja, a slabi **profesionalna** koja inzistira na ekskluzivnom pravu liječnika profesionalca da brine o pacijentovu zdravlju (20).

U skladu s takvim kretanjima već se javljaju teorije u kojima se raspoznaju i naznačuju nove uloge sestrinstva. Smatra se tako da suvremeno sestrinstvo sve manje određuje metafora prema kojoj je sestra »odani liječnikov vojnik u borbi protiv bolesti«, pri čemu je također podržavalac njegova autoriteta, a sve više je »zastupnik bolesnikovih prava i interesa« (38). Praćenjem pak sestriinske literature uočava se proces sličnog značenja u kojemu se klasična znanstveno-medicinska paradigma sve češće zamjenjuje holističkom (15), ali je pitanje neće li ta kretanja izgubiti na snazi dok se iz časopisnih sfera metafora i paradigmi spuste do prakse. Precjenjivati, dakle, važnosti ovih trendova koji proizlaze uglavnom iz krize kulturnog autoriteta medicine i očekivati dehijerarhizaciju bolnica, razbijanje subordinacijskih odnosa, narušavanje asimetrije moći..., bilo bi isto što i iz novijih sporazuma o demontiranju određenih nuklearnih potencijala zaključivati o demilitarizaciji planete.

3. Na mikro razini ili unutar samih zdravstvenih institucija trendovi su i opet vrlo proturječni. Naime, tražeći veću autonomnost i prestiž sestre, ako su nezadovoljne poslom što ga obavljaju, pribjegavaju uglavnom trima rješenjima (25). O četvrtome ne govorimo samo zato što bijeg iz profesije nije rješenje unutar profesije, premda to ne znači da među sestrama nije itekako zastupljeno, osobito ako dođe u sukob s pridošlim ulogama žene i majke ili ako se poželi neko bolje plaćeno zanimanje.

3.1. Sestre povećanjem stručne spreme (doškolavanjem) »bježe« zapravo od klasičnih, uz pacijenta vezanih sestriinskih poslova i pomiču se ka upravljačko-nadzornim poslovima, poslovima zdravstvenog obrazovanja ili pak ka zdravstveno-administrativnim poslovima. No tako se zapravo događa da se poslovima direktne njege bavi priučeno ili pomoćno sestriinsko osoblje umjesto onoga sa solidnijim obrazovanjem. Nadalje, budući da se sestrinstvo redovito definira kao njega/skrb, a i sve su teorije sestrinstva zapravo teorije njege, to proizlazi da glavnu afirmaciju sestra može postići samo bježeći od vlastitog zanimanja, a to ako i jest društveno ili statusno poželjno ujedno je oblik kvaziprofesionalne afirmacije.

3.2. Drugi proces stjecanja stručnog autoriteta odnosi se na mogućnost kliničke specijalizacije u okviru sve raznovrsnijih i tehnološki sve složenijih poslova u bolnicama. Njima se sestra usmjeruje ka intenzivnoj njezi, ili dijalizi, traumatologiji i sl. I taj proces ima sličan sporan moment kao i prethodni jer također predstavlja izmještanje sestara s područja nad kojim imaju potpunu kompetenciju (njega) da bi ih se specijaliziralo za specifične čak visokostručne zadatke koji međutim ni na koji način nisu specifično sestriinski niti to mogu postati, pa je pretežna prisutnost upravo sestara u tim poslovima zapravo anakronizam (17).

3.3 Treće područje očekivano veće samostalnosti sestara jedino je u vezi s onim što smo navikli smatrati sestrinstvom i doista je stvar praktičnog sestrinstva. Ono se tiče ambulantnog i donekle dispanzerskog liječenja, kontrole zdravstvenog stanja stanovništva i provođenja zdravstveno-zaštitnih programa, te kroničnih i/ili terminalnih faza bolesti kod kojih njega postaje važnijom od samog liječenja jer je ono sve manje uspješno.

Posve je očito dakle da autonomno i sestrinstvo koje posjeduje određeni profesionalni autoritet u punoj mjeri egzistira tek tamo gdje je već u osnovi ili u potpunosti završio. Preventiva, rehabilitacija ili pomoć pri umiranju postaju jednim područjima s kojih se pretežno uklanjaju i liječnici i prateća tehnologija, ili, i tehnologija i prateći liječnici.

Bezizglednost profesionalizacije "poluprofesija"

Služeći se u uvodnome dijelu spomenutim kriterijima Wilenskoga (38) mogli bismo doći u opasnost da sestrinstvo proglasimo profesijom; jer ono se u svim industrijaliziranim zemljama: 1. obavlja u punom radnom vremenu, 2. uspostavljen je sistem obrazovanja povezan sa sveučilištem, 3. utemeljena su profesionalna udruženja i časopisi, 4. pravno se štiti monopol nad određenim vještinama i 5. uspostavljen je formalni etički kodeks profesije. Pa ipak, u mnogom smislu sestrinstvo još nije profesija, a u onom koji nam se čini odlučujućim neće to nikad ni postati, ili će postati tek vrlo selektivno i segmentarno.

Ono, naime, što smo nazvali »stoljećem sestrijske borbe za profesionalnu autonomiju, autoritet i monopol« teško da je bilo više od borbe za pravo postojanja, odnosno legalitet, dočim se za svoj profesionalni dignitet i primjeren socijalni status sestrinstvo i danas prisiljeno jednako grčevito boriti kao i stoljeće prije. Tome je više razloga pa ćemo osnovne iznijeti analizirajući Barberova «4A» kriterija i mogućnosti njihove aplikacije na sestrinstvo.

1. **Altruizam** kao način djelovanja koji uključuje brigu za interese zajednice, a ne vlastiti interes, u strožem je smislu sporan kao načelo djelovanja bilo koje profesije, ako nije i čisti *contradictio in adiecto*. Nema, naime, takvog profesionalnog djelovanja u kojemu prije svega vodimo brigu o drugima, barem ne dotle dok smo za tu »brigu« plaćeni. Pogotovu ne onda ako smo za nju iznimno dobro plaćeni (što nije slučaj sa sestrinstvom ali jest s profesijama). »Ideologija profesija osobne usluge« doista je samo ideologija i to vrlo moralizatorska, a to znači i hipokrizijska. Profesionalni altruizam, ako nije čista kontradikcija, onda može samo značiti razmjenu proizvoda ili usluge za novac, moć ili ugled, a kao razmjena on je čisto tržišni odnos i njegov je altruizam u izravnoj vezi s kriterijima ponude i potražnje. Budući da taj odnos u slučaju profesija (pogotovu elitnih koje jedine i jesu profesije u punom smislu) nipošto nije divlje tržišni nego monopolski (jer za njega se profesionalci i bore) to altruizam profesionalizma postaje još spornijim, pa o altruizmu s puno većim pravom smijemo govoriti kod onih zanimanja (u koja ubrajamo i sestrinstvo) kod kojih je taj monopol slabo ili nimalo izražen i čija je cijena rada (zbog ponude koja je obično veća od potražnje) razmjerno niska. Tako su zapravo altruističnija zanimanja od profesija, jer im je samo dio usluženog ili proizvedenog plaćen, dočim je profesijama zahvaljujući monopolu preplaćen.

Prema tome, profesionalni altruizam ne postoji dok postoji profesionalizam ili rad za novac, a altruizam sestrinstva ili nekog sličnog slabije plaćenog zanimanja postoji samo uvjetno ili paradoksalno, tj. ako postoji eksploatacija. Međutim, situacija eksploatacije također nema veze s altruizmom jer on podrazumijeva svjesno, dobrovoljno opredjeljenje, a eksploatacija primoranost, prinudu ili prisiljenost.

No, ideolozi profesionalnog altruizma žele zapravo reći nešto drugo govoreći o njemu. Oni nam pričaju o tome kako profesionalci postavljaju interese klijenata ili organizacije ispred vlastitih, kako njihov ugled počiva na njihovim dobrotvornim akcijama, darovnicama, njihovoj nesebičnoj brizi za lokalne zajednice i sl. Međutim, to što neki profesionalci, ili čak ne profesionalci nego naprosto ljudi od moći i ugleda, imaju »meko srce«, nipošto nam ne daje pravo da se načinje tema altruizma, jer je tu u najboljem slučaju riječ o **filantropiji** koja počiva na činjenici da se posjeduje mnogo više od vlastitih, čak i vrlo visoko postavljenih potreba, tako da je altruizam **posljedica** visoke nagrađenosti nečijeg rada ili visoke oplođenosti nečijeg kapitala, a nipošto nije nalik odva-

janju kore kruha od vlastite neimaštine. Uostalom, altruistički se image profesionalizma ionako dobro naknadno naplaćuje, a tamo gdje to nije moguće (kao npr. kod nas) on je ujedno neusporedivo rjeđi.

Tako cijela rasprava o altruizmu profesionalaca neodoljivo podsjeća (ako iz tih voda nije i preuzeta) na teorije prema kojima maksimalizacija dobiti više nije (ili odavno nije) glavni cilj velikih korporacija. Naravno da nije ako će stabilan rast dugoročno značiti više od stihijske maksimalizacije, i ako su korporacijske pozicije takve da ih ništa ne može ugroziti. U takvim prilikama maksimalizirati dobit preko određenih granica značilo bi stvarati preveliki jaz između uspješnih i zaostajućih, a to bi s vremenom vodilo posljedicama težim od onih koje proizlaze iz privremenog smanjenja ili zauzdavanja profitnih stopa. Zato se i događa da velike korporacije, budući da su najodgovornije za okruženje u kojem posluju i budući da sebi ne mogu dopustiti njegove veće lomove, prividno paradoksalno moraju voditi računa o dugoročnim prilikama u tom okružju kako se ne bi događale recesije ili ekonomske depresije koje su bile tako čest pratilac poslovanja u prošlosti.

2. i 3. Ako **autoritet** podrazumijeva znanje što ga profesionalci posjeduju (pa je on to veći što je obrazovanje dulje a znanje specijalističkije), a **autonomija** ako znači mogućnost samostalne primjene toga znanja u praktičnom rješavanju problema; onda sestrinstvo opet nije najsretnije odabran primjer profesije jer je sestriško znanje kao i mogućnost njegove samostalne primjene uglavnom pod suverenom liječničkom paskom, tako da sestra mora biti zadovoljna ako je od tri moguća aspekta profesionalnog autoriteta (kulturni, društveni, individualni) u prilici ostvariti barem jedan. Najčešće, međutim, ni to nije slučaj, tako da su oni koje ne zanima zdravstveni ili medicinski normativizam sasvim spremni priznati postojanje kastinskog sistema (17) ili gotovo iracionalne asimetrije moći (27) osobito u klinikama čiji su »nedostižni uzor« tzv. totalne institucije. Liječništvo je zamijenilo zakone i ministarstva postavši obrascem po kojemu zanimanja danas uobličavaju svoje aspiracije i traže privilegiran status (8). Pri tome se područje liječničke nadležnosti neprestano širi uključujući službe i funkcije koje se u prijašnjim vremenima nisu nipošto smatrale liječnicima: planiranje obitelji, abortus, trudnoća, bračno i spolno savjetovanje, zlostavljanje u braku, kriminalno ponašanje (27), i sve se to događa usprkos rastu popularnosti pokreta samozaštite i demedikalizacije. Nasuprot tome sestre su izgubile autonomiju i nad onim područjem nad kojim su je (porođaj) nekad jedino imale. Istodobno, kad je o statusu riječ, nisu imale što izgubiti, jer ga nikad i nisu imale. Naime, većina se autora slaže da je hijerarhijski različit položaj liječnika i sestara primarno utemeljen u socijalnoj strukturi, a ovisno o afinitetima iznose se načini zdravstvenog preslikavanja socijalne matrice i stvaralačke nadopune koje ih prate. Liječnike se tako vidi kao pronositelje i čuvare znanstvenog znanja, kao vladaoce i pokrovitelje; sestre su pak službenice toga znanja, one koje ga prenose, odjelotvoruju i povinuju mu se da bi istodobno bile građanima drugoga reda (17). »Socijalna prisnost« koja unatoč takvoj asimetriji moći također postoji, kategorija je koja ni na koji način ne razblažava razlike u statusu. Ona spada samo u onu vrstu socijalno-psiholoških igara koje omogućuju da tako rigidan poredak uopće ostane moguć (27). U istoj je funkciji perpetuiranja neravnomjerne distribucije moći i delegiranje nekih liječničkih funkcija neliječničkom osoblju, jer se radi o oslobađanju samo od onih koje su povezane sa služenjem i podređenošću (pripremni, pomoćni, usputni, dopunski poslovi) kako bi se liječnik potpuno oslobodio za izvođenje pothvata i tako potvrdio svoju superiornost (34).

Zato se prilika za profesionalnu afirmaciju sestrama pruža uglavnom tamo gdje nema liječenja (dakle izvan bolnica), ili i tamo gdje nema liječnika (dakle izvan zdravstva). Unutar, pak, zdravstva vrijedi pravilo da je zadovoljstvo poslom to veće što su sestre udaljenije od specijaliziranih bolnica i bliže dispanzerskim i patronažnim poslovima (13), kao što su također zadovoljnije sestre s višom stručnom spremom i/ili glavne sestre od srednjih. U prvome slučaju razlozi se zadovoljstva uglavnom tiču dovoljne udaljenosti od liječnika, a u drugome - od pacijenata!

4. Konačno, o **atraktivnosti** se sestrinskog zanimanja, primjereno već iznesenome, može govoriti doista krajnje uvjetno. Visoko-razvijene zemlje ujedno su zemlje koje uvoze medicinske sestre kao radnu snagu, plaće su im razmjerno niske, a poslovi nezahvalni, pa to najbolje govori o privlačnosti toga zanimanja. U zemljama poput naše, u kojima je bilo kakvo zaposlenje bolje ni od kakvog i u kojima su žene prve koje ostaju bez posla za dio je, uglavnom radne snage ruralnog porijekla i niskog socijalnog statusa, i sestrinsko zanimanje poželjno, no o nešto većoj njegovoj privlačnosti može se govoriti tek kad je riječ o sestrama s višom (u nas) ili visokom (u svijetu) stručnom spremom, ili pak sestrama koje rade organizacijske i/ili rukovodilačke poslove, a takvih je razmjerno malo. Za sestrinstvo u cjelini vrijedi da kao visokofeminizirano zanimanje ima nizak status, umnogome sličan statusu kakav su u ranom industrijskom društvu imale tekstilne radnice. U današnje vrijeme njihov je društveni i profesionalni položaj najbliži položaju nastavnika (osnovnih i srednjih škola). I jedno i drugo zanimanje imaju, naime, gotovo sve odlike pravih profesija, ali nemaju njihov status ni njihova primanja.

Budući da je nesporno dakle da sestrinsko zanimanje nije atraktivno, te da kao neatraktivno ono zapravo nije ni profesija, preostaje da se povodom te činjenice vratimo sociologiji profesija s kojom smo i započeli ovo razmatranje. Razlog vraćanju krije se u paradoksima ili čak licemjerjima socioloških određenja profesionalizma, pri čemu je licemjerje u ovome slučaju najbolje odrediti kao podastiranje dijela umjesto cjelokupne stvarnosti. Naime, najčešće prešućivani ili eufemistički eksplicirani kriteriji profesionalizma ujedno su najvažniji. Da »određena profesija donosi visoki dohodak, moć i prestiž«, to se ili vrlo često prešućuje kao značajno za definiranje profesija, ili se umata u tzv. stupanj prepoznatljivosti profesije u javnosti. Centralno mjesto ostaje, naravno, rezervirano za »akademske elemente« definiranja profesionalizma. No, logičko razlikovanje **nužnih i dovoljnih uvjeta** za nastanak neke pojave (u ovom slučaju profesije) pokazuje se ovdje nemilosrdnim. Sestrinstvo je kao što smo vidjeli prošlo sve faze profesionalizacije zanimanja, a da profesijom niti je postalo niti će postati. Svi nužni uvjeti za profesionalizaciju nekog zanimanja nisu ujedno bili i dovoljni da bismo mogli govoriti o sestrinstvu kao o profesiji. Naime, profesije su **sva ona** zanimanja i **samo ona** zanimanja koja donose visoka primanja i osiguravaju visok status u društvu, pri čemu su obrazovanje, teorijsko znanje, udruženja, časopisi, licence, etički kodeksi i slični kriteriji samo prateći inventarij ili čak ukvas nekih profesija, a nipošto nužan uvjet svijui. Ti kriteriji pogotovu nisu dovoljni uvjeti da bismo govorili o profesijama. Da je tako najbolje pokazuju tzv. **slobodne ili estradne profesije** koje zapravo efektno ruše sve sheme sociologije profesija. No, umjesto da zbog »slobodnih« profesija redefiniraju što profesije jesu, sociolozi su s njima radije učinili ono što i Durkheim s anomijskim posljedicama podjele rada. Izvukli su ih izvan zamišljenog i zacrtanog sistema profesija i postupili vrlo neprofesionalno izopćavajući u područje kurioziteta, devijacije ili patologije one profesije koje su im najviše mogle pomoći da pojme što su doista profesije.

STOLJEĆE SESTRINSKE BORBE ZA PROFESIONALNU AUTONOMIJU, MONOPOL I LEGALIZACIJU PROFESIONALNOG
AUTORITETA (4, 5, 6, 24, 28, 29)

	obrazovanje	sestrinski redovi/ udruženja	patronažno sestri- stvo/javno zdravstvo	časopisi	registracije
1832.		The Irish Sisters of Mercyred koji je postojao i prije ali su te godine pod vodstvom M'Auley, Mother Catherine postale religioznim sestrimskim redom da bi dobile potporu katoličke crkve. Pomagale su F. Nightingale u krimskom ratu			
1836.	Njemački protestanski svećenik Theodor Fliedner (pod utjecajem Elizabeth Fry, engleske socijalne reformatorice) osniva u Kaiserwerthu bolnicu i školu za sestre. Na njoj je kasnije 1850/51 učila F. Nightingale)				
1839.	dr. Joseph Warrington (pod utjecajem E. Fry) osniva u Philadelphiji (SAD) prvu školu za sestre		"Nurse society of Philadelphia" — društvo osnovano radi obilaska porodilja po kućama, a kasnije obavlja i druge patronažne poslove		
1840.		Elizabeth Fry, žena najzaslužnija za reformu britanskih zatvora, osniva red "Protestant Sisters of Charity" kasnije nazvan "Protestant Nursing Sisters". (Ses-			

1850.		tre su prozile kratku obuku na Gay's Hospital u Londonu)	William Rathbone, filantrop uspostavlja, uz pomoć F. Nightingale, prve sestričke službe za bolesne i siromašne koje posjećuju u njihovim kućama		
1859.			U Liverpoolu se osniva prva stalna patronažna sestrička služba podijeljena na 18 rajona. U Švicarskoj (Luzana) osniva se "La Source School of Nursing" kao protest protiv "Motherrhause" sistema		
1860.	Florence Nightingale započinje sa sistematskom edukacijom sestara (Training school for Nurses) na St. Thomas Hospital u Londonu				
1861.	Na Woman's Hospital u Philadelphiji s radom počinje Woman's Hospital Training School koja uspješnijom postaje nakon reorganizacije 1872.				
1864.				Nakon trogodišnje inicijative Jean Henri Duncantona, švicarskog humanista, održava se u Ženevi sastanak nekolicine zemalja i donosi Ženevska konvencija kojom se	

1	2	3	4	5	6
			zemlje poipisnice obav- ezuju na određeni način ponašanja u ratnim uvjet- ima (prva i kirurška pomoć). Iz ovog dogo- vora niknuo je Crveni križ kao međunarodna hu- manitarna organizacija.		
1865.	Sestre F. Nightingale osnivaju prvu školu za sestre u Australiji				
1868.			Druge ženevska konven- cija (o osnovnim huma- nitarnim načelima zara- ćenih zemalja)		
1872.		Sa svrhom da razvija jav- no zdravstvene standarde i zdravstveno prosvje- ćuje stanovništvo nas- taje "American Public Health Association			
1860.	Dr. Gill Wylie sa ses- trom Helen osniva u New Yorku (Bellevue Hospi- tal) prvu školu za sestre u SAD po uzoru na Flor- ence Nightingale. "Bel- levue Hospital School of Nursing".				
1874.	Pri "General Marine Hos- pital of Saint Catharines" počinje u Kanadi (Onta- rio) prva škola za sestre, tzv. "Mack School of Nursing"		Florence Lees, britanska sestra osniva u Londonu patronažno sestrinstvo na profesionalnoj osno- vi. (zahvaljujući pomoći William Rathbonea)		

1877.			Pod utjecajem F. Lees počinje u New Yorku s radom "Women's Branch of the NY City Mission"	
1879.	U Massachusettsu (Waverly) dr. Edward Cowles kao upravitelj bolnice za mentalne bolesti "McLean Asylum" počinje posebne tečajeve za sestre opće prakse i za psihijatrijsku službu			
1882.			The American Red Cross Society	
1884.	Fisher Alice (sestra F. Nightingale) započinje školu za sestre na Blockley Hospital — Philadelphia			
1885.	— dr Alfred Worcester (nakon dogovora s F. Nightingale) osniva "Waltham School of Nursing" za sestre u privatnoj praksi — Linda Richards dolazi iz SAD u Japan i osniva — (Kyoto) prvu školu za sestre			
1886.			Započinje u Bostonu patronažno sestrinstvo "Boston Instructive District Nursing Association"	
1887.		Pod vodstvom Bedford Fenwick započinje s radom "British Nursing Association"		

1	2	3	4	5	6
1893.	Charlotte Muncck organizira pri Bispebjerg bolnici u Danskoj prvu školu za sestre a sistematika poduka u Danskoj počinje od 1913	American Society of Superintendents of Training Schools for Nurses" (razdvaja se kasnije u dva društva za obrazovanje sestara)		"The British Journal of Nursing" osniva ga Bedford Fenwick i u početku izlazi tjedno pod naslovom "Nursing time".	
1894.		Upraviteljice vodećih bolnica u Engleskoj oformljuju "Matron's Council of GB and Ireland" — zalažu se za državno registriranje profesije. Preteča su "International Council of Nurse"			
1896.		— "Nurses" Associated Aluminae of the United States and Canada" (razdvaja se kasnije na zasebna društva)			
1898.		— Canadian Association of Nurse Education (nastalo zajedno s američkim i osamostaljuje se 1907.			
1898.			U Los Angelesu nastaju prve javnozdravstvene sestriinske službe pod javnom upravom	The American Journal of Nursing	
1899.		Damish Council of Nurses			
1900.		Nosokomos (Nursing) udruženje sestara u Holandiji			

1901.	Dr. Anna Hamilton osniva u protestantskoj bolnici u Bourdeaux "Ecole Florence Nightingale"	Dr. Anna Hamilton osniva u protestantskoj bolnici u Bourdeaux "Ecole Florence Nightingale"	Fenwick nastaje "International Council of Nurses" (ICN)	Na inicijativu Bedford Fenwick nastaje "International Council of Nurses" (ICN)		
1902.				New York zapošljava sestre u javnom zdravstvu na programu tuberkuloze i nadgledanja zaraznih bolesti		
1903.			Nastaje udruženje sestara u Njemačkoj	Nastaje udruženje sestara u Njemačkoj		Početak registracije u sestara na razini pojedinih američkih država. "Registration ACTS" usvojile su 24 države do I. svj. rata
1905.						Sestra Agnes Karli izborila registraciju sestara u Njemačkoj
1906.				Treća ženevska konvencija		
1907.	Dr. Antoine Dapage osniva u Bruselu prvu belgijsku školu za sestre					
1908.			"Canadian Nurses Association" osamostaljuje se od američkog	"Canadian Nurses Association" osamostaljuje se od američkog		
1910.	Škole za sestre postaju dio sveučilišnog sistema u Americi: Univ. of Minnesota					
1911.	U Australiji sestre F. Nightingale organiziraju tzv. seosko sestrinstvo ("bush nursing")		Osamostaljuje se i američko udruženje i postaje "American Nurses Association" (ANA)	Osamostaljuje se i američko udruženje i postaje "American Nurses Association" (ANA)		"The Canadian Nurses"
1912.			"Public Health Nursing" — nacionalno američko	"Public Health Nursing" — nacionalno američko		

1	2	3	4	5	6
		udruženje sestara u javnom zdravstvu			
1916.	— U Engleskoj radom počinje "College of Nursing" koji je utvrdio standarde sestričkog obrazovanja i ujednačavao obrazovne programe — U SAD pet sveučilišta počinje nuditi osnovne programe visokoškolskog obrazovanja za sestre				
1918.	Otvara se škola za sestre u Jeruzalemu	Hadassah Society — društvo židovskih žena počelo programom medicinskog rada u Jeruzalemu			
1919.	"University of British Columbia" — u Kanadi počinje sa izobrazbom sestara na fakultetskoj razini		Osnovana "League of Red Cross societies", kao posljedica konferencije u Kanu, da bi se sanirale rane posljedice (početni članovi : GB, Francuka, Italija, Japan, USA)		Izborena registracija sestara u Engleskoj (nakon duge borbe u kojoj je i F. Nightingale bila protiv toga) ("State registration of Nurses ACT)
1921.	— U Jugoslaviji (Beograd, Ljubljana, Skopje, Zagreb) počinju s radom prve škole za sestre — "Mc. Gill University" — sveučilište u Montrealu, kao drugo u Kanadi počinje sa fakultetskim programima za sestre				

	— U SAD započinje s radom "Army School of Nursing" — University of Laeds" izdaje prve sestriinske diplome				— Počinje registracija sestara u Hollandiji
1922.	Granaju se postdiplomski programi za sestre SAD				— U Francuskoj počinje registracija sestara
1923.	— Prva sestriinska škola u Brazilu kao rezultat potpore Rockefellerove fondacije — Pri dva američka sveučilišta (Yale University i Western Reserve University) započinje sistematsko visokoškolsko obrazovanje sestara (Scholl of Nursing)	— Počinje djelovati "National Association of Graduate Nurses of France" — "International Catholic Guild of Nurses" (članovi su morali biti sestre, ali ne nužno i katolkinje)			
1926.	Bedford Fenwick osniva "British College of Nursing" čime započinje univerzitetsko obrazovanje sestara u Engleskoj				
1927.	U Japanu s radom započinje "College of Nursing" zahvaljujući Rockefellerovoj fondaciji				U Engleskoj se donosi i "Nursi Home Registrati ACT"
1929.		— Osnovan "Jugoslavenski savez sestara" objedinjavanjem društava u velikim gradovima, a na inicijativu Nikice Bovolini			
1933.					— počinje u Zagrebu izlaziti "Sestriinska riječ"

Literatura

1. Babić BS (1990) Etičko-pravna odgovornost medicinskih sestara. *Žena*, 1-2:76-86.
2. Barber B (1963) Some problems in the Sociology of Professions. *Daedalus*, 92, 4.
3. Burgess MA (1928) *Nurses, Patients, and Pocketbooks*. New York.
4. Carson VB (1989) *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*. Philadelphia, WB Saunders: 52-69.
5. Demarin K (1984) *Povijest medicine i sestrinstva s osnovama medicinske etike*. Zagreb, Školska knjiga.
6. Dolan JA, Fitzpatrick ML, Herrmann EK (1983) *Nursing in Society: A Historical Perspective*. Philadelphia, WB Saunders.
7. Etzioni A. ur (1968) *The Semi-professions and their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*. New York, The Free Press.
8. Freidson E (1970) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York, Harper and Row.
9. George JB. ur (1985) *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. New Jersey, Prentice-Hall (sec.ed).
10. Good WJ (1957) Community within a community: the Professions. *American Sociological Review*, 22.
11. Haines AJ (1948) Nursing. U: *Encyclopaedia of the Social Sciences*. New York, Macmillan Company, 11:405-411.
12. Haralambos M, Heald R (1980) *Sociology: Themes and Perspectives*. (citirano prema izdanju: Zagreb, Globus, 1989)
13. Havelka M (1982) Zadovoljstvo s poslom i status medicinskih sestara u pružanju zdravstvene zaštite. *Vjesnik medicinskih sestara i tehničara*, 20, 2:302-310.
14. Henderson V (1961) Basic Principles of Nursing Care. London, *International Council of Nurses*, 3.
15. Johnson MB (1990) The Holistic Paradigm in Nursing: the Diffusion of an Innovation. *Research in Nursing and Health*, 13:129-139.
16. Katunarić V (1984) *Ženski eros i civilizacija smrti*. Zagreb, Naprijed, 151-198.
17. Katz FE (1968) Nurses. U: Etzioni A. ur. *The Semi-Professions and their Organization*. New York, The Free Press, 54-81.
18. Koos EL (1954) *The Sociology of the Patient*. New York, McGraw-Hill, 247-255.
19. Letica GC, Letica S (1985) *Medicinska sociologija: osnovni koncepti*. Zagreb, skripta.
20. Letica S (1989) *Zdravstvena politika u doba krize*. Zagreb, Naprijed.
21. Long SO (1984) The Sociocultural Context of Nursing in Japan. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8,2:141-163.
22. Long SO (1986) Roles, Careers and Femininity in Biomedicine: Women Physicians and Nurses in Japan. *Soc. Sci. Med*, 22,1:81-90.
23. Macgregor FC (1960) *Social Science in Nursing: Applications for the Improvement of Patient Care*. New York, Rusell Sage Foundation, 19-49.
24. Marić J (1988) *Medicinska etika*. Beograd, Naučna knjiga, 115-124. (četvrto izd.)
25. Mechanic D (1978) *Medical Sociology*. New York, The Free Press, 359-365.
26. Mejia A, Pizurki H, Royston E (1979) *Physician and Nurse migration: analysis and policy implications*. Geneva, WHO.
27. Nayak TM, Nayak TV (1984) Games that Professionals Play: The Social Psychology of Physician - Nurse Interaction. *Soc. Sci. Med*, 18,12:1063-1069.
28. Pavey AE (1937) *The Story of the Growth of Nursing: as an Art, Vocation, and a Profession*. London, Faber and Faber.
29. Petry L. ur (1952) *The Encyclopedia of Nursing*. Philadelphia, WB Saunders.
30. xxx (1986) *Regulatory mechanisms for nursing training and practice: meeting primary health care needs*. Report of a WHO Study Group, Technical Report Series, Geneva, WHO, 738:13.
31. Roemer MI (1982) *An Introduction to the U. S. Health Care System*. New York, Springer Publishing Company.
32. Rothstein WG (1987) *American Medical School and the Practice of Medicine: a History*. New York/Oxford, Oxford University Press.
33. Seaman CHC (1987) *Research Methods: Principles, Practice, and Theory for Nursing*. Norwalk, Prentice-Hall, 63-104 (third ed).
34. Stambolović V (1989) Uloge u medicinskoj hijerarhiji. U: Stambolović V. ur. *Drugo lice medicine*. Novi Sad, Književna zajednica Novog Sada, 108-121.
35. Šporer Ž (1990) *Sociologija profesija: ogled o društvenoj uvjetovanosti profesionalizacije*. Zagreb, Sociološko društvo Hrvatske.

36. Westergaard J, Resler H (1976) *Class in a Capitalist Society*. Harmondsworth, Penguin Books, 74.
37. xxx (1966) *WHO Expert Committee on Nursing*. Fifth Report. Geneva, WHO, Technical Report Series, 347.
38. Wilensky HL (1964) The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70:137-158.
39. Winslow GR (1984) From Loyalty to Advocacy: A new Metaphor for Nursing. *The Hastings Center Report*, 14,3:32-40.
40. xxx (1988) *World Health Statistical Annual*. Geneva, WHO.
41. xxx (1989) *Prilog raspravi za planiranje kadrova do 2000. godine u zdravstvu SR Hrvatske; Profil: viša medicinska sestra i viši medicinski tehničar*. Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

MAIN TRENDS AND PROBLEMS OF PROFESSIONALIZATION OF VOCATION: EXAMPLE OF NURSING

VJEKO SANTRIĆ

Faculty of Medicine, Zagreb

The subject of the study is of two kinds. The first kind deals with the sociological determination of vocation and professionalization and the second kind with nursing as a semi-profession or an emerging profession. After having presented basic criteria of professionalization of vocation, different definitions of nursing are given and historical stages of professionalization are discussed as well as ways in which nursing fought for its professional autonomy, monopoly and legalization of professional authority. The paper also gives the theoretical and etical basis of nursing and the review of the sudden expansion of nursing and the nursing education in the last century.

The problems of further emancipation of nursing are analyzed on the macro, mezzo and micro level, and they have shown that autonomous nursing which possesses a certain professional authority exists only where the process of treatment has not yet begun (health education, prevention) or where it is already finished (rehabilitation, help when dying). The other paradox of professionalization of nursing is related to the fact that the satisfaction with work is the greater the farther are nurses from physicians and patients, and this satisfaction is greater because of the higher social status such jobs have.

Despite the fact that nursing has gone through all phases of professionalization, it cannot be considered as a profession because it is proportionally poorly paid and has a low social status. On the basis of the above mentioned it can be concluded that the criteria of income and social status are decisive in differing a profession from a semi-profession, while all the other »academic« criteria, which are taken into account when defining a profession, are less important.