

# Jaz in moja kariera

*seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 25. 01. 2008*



**Visoka šola  
za zdravstveno nego**  
Jesenice

---

Center za vseživljenjsko učenje,  
karierno svetovanje,  
tutorstvo in mentorstvo

**Naslov zbornika:**

Jaz in moja kariera

**Uredniki:**

doc. dr. Brigita Skela Savič  
mag. Jožica Ramšak Pajk  
Boris Miha Kaučič

**Programski odbor:**

doc. dr. Brigita Skela Savič, predsednica  
Katarina Lokar  
Boris Miha Kaučič

**Organizacijski odbor:**

doc. dr. Brigita Skela Savič, predsednica  
Boris Miha Kaučič  
Marjetka Burkelc

**Lektorirala:**

Sonja Petranovič

**Oblikovanje in likovna oprema:**

Arnoldvuga, družba za vizualne komunikacije, d.o.o.

**Računalniška obdelava in tisk:**

Grafiko d.o.o.

**Izdala in založila:**

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

**Odgovorna oseba:**

doc. dr. Brigita Skela Savič, dekanja

**Naklada:**

150 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Univerzitetna knjižnica Maribor

614.253.5(082)

JAZ in moja kariera: zbornik predavanj/seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 25. 01. 2008;  
[uredniki Brigita Skela Savič, Jožica Ramšak Pajk, Boris Miha Kaučič]. - Jesenice: Visoka šola za  
zdravstveno nego, 2008

1. Skela-Savič, Brigita 2. Ramšak-Pajk, Jožica 3.Kaučič, Boris Miha 4. Seminar z mednarodno  
udeležbo Jaz in moja kariera (2008 ; Bled)

COBISS.SI-ID 60014081

## Kazalo prispevkov

### ČLOVEŠKI VIRI IN ZDRAVSTVO

1. Zakaj je Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice ustanovila Center za vseživljensko učenje, karierno svetovanje, tutorstvo in mentorstvo in komu je namenjen? 7  
*dr. Brigita Skela Savič, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*  
*Boris Miha Kaučič, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*
2. Razvoj zaposlenih v zdravstveni negi v očeh Zbornice – Zveze 13  
*Peter Požun, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije*  
*– Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*
3. Kaj so to človeški viri in kaj kariera ali... Zakaj odpovedujejo programi osebnega strokovnega razvoja? 19  
*Brane Gruban, Dialogos d.o.o.*
4. Karierni razvoj – eden izmed glavnih dejavnikov napredka profesije zdravstvene nege 31  
*dr. Brigita Skela Savič, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice,*  
*Katarina Lokar, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*
5. The importance of research in the development of career in nursing 43  
*dr. Alice Kiger, Centre for Advanced Studies in Nursing, University of Aberdeen, Scotland*
6. Ali lahko v zdravstvu govorimo o kariernem razvoju zaposlenih? 47  
*mag. Suzana Štular, Vaš Partner, kadrovska in poslovno svetovanje*
7. Pomen mentorstva v izobraževanju in kariernem razvoju medicinskih sester 53  
*mag. Jožica Ramšak Pajk, Visoka šola za zdravstvo, Univerza v Ljubljani*

## **PRIMERI USPEŠNIH RAZISKOVALNIH KARIER NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE IN ZDRAVSTVENEGA MENEDŽMENTA**

1. Vpliv identitete in samopodobe na karierni razvoj medicinskih sester v Sloveniji 63  
*mag. Andreja Kvas, Visoka šola za zdravstvo, Univerza v Ljubljani*
2. Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah 75  
*dr. Brigita Skela Savič, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*
3. Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege: primer menedžmenta 97  
glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov Slovenije  
*dr. Bojana Filej, Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru*
4. Krožki kakovosti - metoda motivacije v procesu izboljševanja kakovosti 119  
v bolnišnici  
*dr. Saša Kadivec, Bolnišnica Golnik - KOPA*
5. Športna dejavnost in življenjski slog medicinskih sester, zaposlenih v 127  
intenzivnih enotah Kliničnega centra v Ljubljani  
*dr. Suzana Mlinar, Visoka šola za zdravstvo, Univerza v Ljubljani*
6. Razvoj teorije za zdravstveno nego v Sloveniji 139  
*dr. Majda Pajnkihar, Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru*

# Človeški viri in zdravstvo



# I.

## Zakaj je Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice ustanovila Center za vseživljenjsko učenje, karierno svetovanje, tutorstvo in mentorstvo in komu je namenjen?

**doc. dr. Brigita Skela Savič, univ. dipl. org.**

*bskelasavic@vszn-je.si*

**asist. Boris Miha Kaučič, univ. dipl. org.**

*mkaucic@vszn-je.si*

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

### Izveček

*Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice je samostojni visokošolski zavod, ki je v letu 2007 v okviru svoje organiziranosti ustanovila Center za vseživljenjsko učenje, karierno svetovanje, tutorstvo in mentorstvo. Gre za prvi tovrstni center na področju zdravstvene nege, ki znanju in možnostim za znanje, veščin, spretnosti in kompetencam na široko odpira vrata. Center je namenjen zaposlenim v zdravstvu in zdravstveni negi, ki so zaključili formalno izobraževanje, želijo pa si pridobiti nova, dodatna znanja in veščine na strokovnem področju in področjih, ki vplivajo na kakovost njihovega celovitega delovanja. Zaradi napredka znanosti ter trendov v družbi nasploh, se v sodobnih zdravstvenih organizacijah pojavlja potreba po nenehnem izobraževanju in strokovnem izpopolnjevanju zaposlenih.*

**Ključne besede:** *vseživljenjsko učenje, kariera, tutorstvo, mentorstvo*

### Abstract

*College of Nursing Jesenice is an independent institution, which established Center for Lifelong Learning, carrier counselling, tutoring and mentoring in the year 2007. This is the first centre of this kind in the field of nursing care, which has widely open door to knowledge,*

*skills, competences. Centre is dedicated to the employees in the health services and nursing care, who have concluded formal education and want to achieve new, additional knowledge and skills in the professional fields and fields which influence quality of their functioning. Because of the science progress and trends, modern health care institutions need permanent education and professional trainings of their employees.*

**Key words:** *lifelong learning, carrier, tutoring, mentoring*

## 1. Uvod

Pomena izobraževanja se v današnjem času dobro zavedamo, saj predstavlja pomemben dejavnik sodobne družbe in njene prihodnosti. Pridobivanje znanja ter oblikovanje družbenih vrednot in norm skozi vse življenje pomembno vplivajo na oblikovanje družbenega statusa posameznika. Različna stopnja pridobljene izobrazbe in različne možnosti za njeno pridobivanje pa kažejo na rastoče pojave družbene neenakosti.

Na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice imamo jasno vizijo in strategijo razvoja, zato se zavedamo, da so spremembe stalnica sodobnega življenja in jih lahko razumemo le, če jih gledamo v kontekstu družbenih sprememb. Danes, v času postmodernih družb, je znanje ključni dejavnik razvoja in ga lahko opredelimo kot razumevanje in obvladovanje posameznih informacij in procesov. Izobraževanje je eden od vidikov socializacije, saj vključuje pridobivanje znanja in učenje veččin.

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice je sodoben samostojni visokošolski zavod, ki želi s svojim delovanjem aktivno vplivati na razvojno politiko zdravstvene nege v slovenskem prostoru. Glede na potrebe in čas v katerem delujemo, je Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice v letu 2007 ustanovila Center za vseživljenjsko učenje, karierno svetovanje, tutorstvo in mentorstvo. Gre za prvi tovrstni center na področju zdravstvene nege, ki znanju in možnostim za znanje, pridobivanju veščin, spretnosti in kompetencam na široko odpira vrata. Center je namenjen zaposlenim v zdravstvu in zdravstveni negi, ki so zaključili formalno izobraževanje, želijo pa si pridobiti nova, dodatna znanja in veščine na strokovnem področju in področjih, ki vplivajo na kakovost njihovega celovitega delovanja.

Iz izkušenj nekaterih držav v Evropski uniji vemo, da je potrebno ustvariti sistem vseživljenjskega (doživljenjskega) učenja. Posameznik mora biti sposoben izkusiti delo in obdobja izobraževanja v različnih fazah svojega življenja.

Temeljno (formalno) dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje ter nadaljno izpopolnjevanje (neformalno izobraževanje) postajata vedno tesneje povezana in prispevek vseživljenjskega učenja zaposlenih v zdravstveni negi postaja vsakdanja danost in nujnost. Trendi kažejo, da večina organizacij teži k temu, da temeljno izobraževanje tesno prepleta z nadaljnimi izpopolnjevanji svojih zaposlenih skozi kontinuiran proces, ki ga kreirata organizacija in posameznik v skladu s cilji organizacije in cilji posameznika.

Razvoj kariere je vseživljenjski proces izobraževanja, oblikovanja posameznika tako poklicno kot osebno, ob upoštevanju lastnih sposobnosti, interesov, veščin, vrednot, znanja,



zmožnosti. Razvoj kariere je torej odvisen od potreb posameznika po samouresničevanju in samopotrjevanju. Poklicni razvoj se razume v dobrobit posamezniku kot organizaciji in zagotavlja možnosti za strokovni, delovni in osebnostni razvoj.

## 2. Področja dela centra

Center za vseživljenjsko učenje, karierno svetovanje, tutorstvo in mentorstvo pokriva v okviru svoje dejavnosti tri temeljna področja:

- vseživljenjsko učenje,
- karierno svetovanje,
- tutorstvo in mentorstvo.

V okviru dejavnosti **vseživljenjskega učenja** center skrbi za organizacijo izobraževanj in izpopolnjevanj, ki bodo v prvi vrsti namenjena medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, ki so formalno izobraževanje že zaključili, vendar si želijo pridobiti nova, dodatna znanja in veščine na strokovnem področju in področjih, ki vplivajo na kakovost njihovega celovitega delovanja. Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) navaja, da se morajo medicinske sestre kontinuirano strokovno izpopolnjevati, saj s tem zagotavljajo pacientom kakovostno in varno zdravstveno nego. V zdravstveni negi je potrebno slediti filozofiji, da je potrebno obstoječe znanje nadgrajevati, pridobivati nova znanja, izkušnje, veščine in slediti, da bo naše znanje čimbolj posodobljeno. Na področju zdravstvene nege je nujno slediti filozofiji, da je potrebno obstoječe znanje nadgrajevati ter pridobivati nova, da je potrebno nenehno bogatiti izkušnje in veščine ter slediti razvoju, da bo znanje čimbolj sodobno. V okviru te dejavnosti bo Center organiziral tudi izobraževanja, ki bodo namenjena študentom Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. S tem bodo študenti pridobili dodatna znanja in izkušnje, katere bodo lahko koristno uporabili pri kasnejšem delu na svoji poklicni poti. Že v času študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice se bo študente motiviralo k aktivnemu sodelovanju v okviru študentske konference.

Poleg omenjenega bo Center pripravljaval izobraževanja, ki segajo na področje integriranega delovanja vseh poklicnih skupin v zdravstvu. Le z nenehnim izobraževanjem in izpopolnjevanjem lahko uvajamo celovite pristope pri prenovi procesov v zdravstveni dejavnosti in vzpostavimo model kontinuirane zdravstvene oskrbe, ki je zlasti pomemben ob danes vse večjem porastu kroničnih obolenj.

Center v okviru svoje dejavnosti pokriva tudi področje **kariernega svetovanja** za medicinske sestre, diplomante šole in druge poklice v zdravstvu. Medicinske sestre, ki so že zaposlene, bodo lahko v centru opravile posvet v zvezi z oblikovanjem kariernih ciljev, možnosti kariernega razvoja, nudena bo pomoč pri izbiri podiplomskega izobraževanja idr. Diplomantom šole bo center pomagal pri iskanju prve zaposlitve. Center si bo v sodelovanju z vodstvom šole prizadeval navezati stike z menedžmentom zdravstvenih zavodov v Sloveniji in s tem korakom pomagal diplomantom Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice pri is-

kanju zaposlitve. Center bo skrbel, da bodo diplomanti ostali v stiku s šolo v okviru ALUMNI kluba. Naloga ALUMNI kluba bo, da bo skrbel za sledljivost, kje so zaposleni diplomanti Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in kakšen je njihov karierni razvoj. ALUMNI klub bo tudi skrbel za redna srečanja bivših diplomantov šole.

**Tutorstvo** – v študijskem letu 2007/08 bo center pričel s pripravo projekta tutorstva. Strategija Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice bo usmerjena v oblikovanje usklajenega tutorskega pristopa, s katerim bomo novince lažje vključevali v študij zdravstvene nege in jim pomagali pri razreševanju študijskih in življenjskih problemov tekom študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Pri oblikovanju tutorskega modela bo šola opredelila temeljne elemente sistema. Šola bo pri pripravi modela tutorstva upoštevala, da se bo na šoli vzpostavil takšen sistem tutorstva, ki bo najbolj primeren za študente VŠZNJ (model bo upošteval posebnosti študija zdravstvene nege, obremenjenost študentov). Predvidevamo, da bo projekt tutorstva v praksi zaživel v študijskem letu 2008/09. V času priprave modela tutorstva, bo tudi potekalo dodatno izpopolnjevanje s tega področja za visokošolske učitelje in sodelavce ter študente, ki bodo opravljali naloge tutorja.

Poseben poudarek v okviru tutorstva bo dan razvoju modela kompetenc visokošolskih učiteljev in visokošolskih sodelavcev pri predmetih iz modula zdravstvena nega v primerjavi s spoznanji na tem področju v svetu. Model je zasnovan v prepoznavanje kompetenc visokošolskih učiteljev in sodelavcev na področjih: kompetence v odnosu do poučevanje, kompetence v odnosu do študenta in kompetence v odnosu do sodelovanja znotraj in izven visokošolskega zavoda.

**Mentorstvo** – Mentorstvo je prisotno v izobraževanju medicinskih sester že dolgo časa, predvsem z namenom podpore, izboljšanja in dviga kakovosti praktičnega usposabljanja. Vloga mentorja in proces mentorstva postaja zahtevno delo oziroma dodatna odgovornost zaposlenih medicinskih sester. Vloga mentorja v okviru klinične prakse pomeni med drugim uživati zaupanje študentov, zaposlenih in pacientov. Pomeni pomagati študentu opredmetiti ter prenesti naučeno iz predavalnice v realno okolje.

Kakovostno praktično usposabljanje in dobra organizacija mentorstva, so bistvenega pomena pri razvijanju in pridobivanju praktičnih znanj študenta. Za razvijanje spretnosti in veščin, študent potrebuje ob sebi izobraženo, zrelo, samokritično osebo, ki bo znala pri študentu vzpodbuditi razvoj specifičnih sposobnosti. Izkušnje študentov iz praktičnega usposabljanja in kliničnega okolja so ene izmed pomembnejših elementov uspešnega izobraževanja.

Osnovni cilj je razviti model izobraževanja za potrebe mentorstva na klinični praksi, ki bo temeljil na predhodno ugotovljenih potrebah medicinskih sester (sedanjih in bodočih mentorjev študentom zdravstvene nege) kot tudi mnenjih študentov ter na osnovi izsledkov pregleda tako domače kot tuje literature. Pri oblikovanju izobraževalnega programa za bodoče mentorje se bo upoštevalo razvijanje znanja podprto z dokazi in izkušnjami in, da so znanja posredno namenjena študentom. Zaradi usmerjenosti programa v izobraževanje odraslih,

bo le ta sledil osnovnim principom pedagoške in andragoške prakse ter načelom vseživljenjskega izobraževanja. Izobraževalni program za mentorje študentom na klinični praksi, bo zasnovan tako, da bo zanimiv v prvi vrsti za izobraževanje na področju zdravstvene nege, vendar enakovreden ostalim poklicnim profilom v zdravstvu kot tudi vsem ostalim, ki imajo v okviru svojega izobraževanja praktično usposabljanje.

**Temeljne naloge centra bodo usmerjene v:**

- organizacijo konferenc, simpozijev, seminarjev s področja zdravstvene nege in zdravstva,
- organiziranje neformalnih oblik izobraževanja - strokovnega izpopolnjevanja za zaposlene v zdravstveni negi ter druge,
- organiziranje študentske konference – center si bo prizadeval, da bodo študenti zdravstvene nege pokazali svoje ustvarjalno delo, ki so ga ustvarili s pomočjo mentorjev pri seminarjskih nalogah, diplomskih nalogah ipd. K sodelovanju se bo povabilo tudi druge študente zdravstvene nege (Ljubljana, Maribor, Izola, Novo mesto) in širše (mednarodno). V organizacijo konference se bodo aktivno vključili študenti šole.
- vpeljavo tutorskega sistema (tutor – študent; tutor – visokošolski učitelj ali visokošolski sodelavec),
- izvedba programa izobraževanja za mentorje s podelitvijo certifikata.
- karierno svetovanje študentom in diplomantom ter zaposlenim v zdravstveni negi,
- soorganiziranje ALUMNI kluba VŠZNJ. S tem korakom želimo, da se ohrani stik z diplomanti šole, da se spremlja njihova strokovna uspešnost, karierni razvoj, ...,
- pomoč študentom VŠZNJ pri aktivnem razvijanju in vključevanju v obštudijske dejavnosti, pomoč pri navezavi stika s Sekcijo študentov zdravstvene in babiške nege Slovenije,
- priprava izobraževalnih projektov in programov za zunanje naročnike,
- spremljanje in obveščanje vodstva šole o aktualnih raziskovalnih razpisih MVZT in ARRS s področja, ki ga pokriva Center ter priprava vlog za kandidiranje na razpise,
- aktivno sodelovanje s študenti pri razvijanju obštudijskih dejavnosti, pomoč pri ustanovitvi in izdajanju internega glasila šole za študente (pretok informacij, izkušenj, ... ipd).,

Za leto 2008 center planira naslednje izobraževalne aktivnosti:

Jaz in moja kariera	Januar, 2008
Moč jezika, moč izbire – NLP za vodje	Marec, 2008
Vodenje, avtoriteta in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu in zdravstveni negi	April, 2008
Veščine tutorstva in coachinga pri tutorstvu	Maj, 2008
Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri na katerih temelji sodobna zdravstvena nega	September, 2008
Komuniciranje – umetnost dialoga	
Medsebojno komuniciranje na delovnem mestu	November, 2008
Retorika – učinkovit javni nastop	

V pripravi:

- Šola za menedžerje v zdravstvu in zdravstveno negi.
- Šola za učinkovito mentoriranje in izvajanje mentorstva.
- Kakovost v šolstvu – kako vpeljati model kakovosti v izobraževanje?
- Kakovost v zdravstvu.

### 3. Zaključna misel

Poleg kakovostnega formalnega izobraževanja, želimo, da Center za vseživljenjsko učenje, karierno svetovanje, tutorstvo in mentorstvo postane prepoznaven v slovenskem prostoru za zaposlene v zdravstvu in zdravstveni negi, kot središče za nadaljno pridobivanje in nadgrajevanje znanja, veščin in spretnosti. Center se bo odzival na potrebe sodobnega časa in pripravljajl izpopolnjevanja in izobraževanja, ki bodo koristna za nadaljni razvoj zdravstvene nege v slovenskem prostoru.

### 4. Literatura

1. Kaučič BM., Skela Savič B., Ramšak Pajk J. Ustanovitev Centra za vseživljenjsko učenje, karierno svetovanje, tutorstvo in mentorstvo. Delovno gradivo za senat VŠZNJ, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2007. Neobjavljeno.
2. [http://www.vszn-je.si/index.php?page=static&item=110&get\\_treerot=36](http://www.vszn-je.si/index.php?page=static&item=110&get_treerot=36), januar 2008: Center za vseživljenjsko učenje, karierno svetovanje, tutorstvo in mentorstvo

# II.

## Razvoj zaposlenih v zdravstveni in babiški negi v očeh Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

**Peter Požun, viš. med. teh, univ. dipl. ekon.**

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije  
*peter.pozun@siol.net*

### Izvleček

*V prispevku so predstavljene naloge strokovnega združenja v skladu z zakonodajo in statutom, vezane na karierni razvoj s poudarkom na registru in licenci, ki pomenita korak k urejanju dejavnosti zdravstvene in babiške nege, profesije in k usmerjanju strokovnega razvoja izvajalcev. Namen registra in licence je zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene in babiške nege pacientov, kot tudi strokovni razvoj medicinskih sester in babic. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, kot stanovsko združenje podpira karierni razvoj zaposlenih v zdravstveni in babiški negi, saj le-ta pomaga medicinskih sestram, babicam in zdravstvenim tehnikom, da dosežejo osebne profesionalne cilje in prispeva k napredku profesije tako, da zvišuje poklicne kompetence njenih izvajalcev in s tem k višji kakovosti zdravstvenega sistema kot celote.*

**Ključne besede:** karierni razvoj, karierna mobilnost, medicinska sestra, zdravstvena nega, Zbornica

## Abstract

*This paper presents tasks of the professional association in concordance with legislation and statute, connected with the carrier development. Accent is on the register and licence, what means one step forward for the nursing and midwifery care performers' professional development. Purpose of the register and licence is to assure safe and quality nursing and midwifery care as well as professional development of the nurses and midwives. Nurses and Midwives Association of Slovenia – association of the professional unions of nurses, midwives and health technicians of Slovenia, as professional association supports carrier development of the nursing and midwifery care providers to achieve professional competences and better quality of the whole health care system.*

**Key words:** carrier, nurse, nursing care, association

## 1. Uvod

Karierni razvoj ali karierna mobilnost medicinskih sester<sup>1</sup> je lahko definirana kot pomikanje medicinskih sester na višji strokovni nivo, na različna področja prakse zdravstvene in babiške nege ali na položaj, kjer so prevladujoče različne funkcije, ki vključujejo podjetniško, neodvisno in avtonomno profesionalno vlogo medicinskih sester (kot npr. specialisti, svetovalci). Karierna mobilnost je pomembna za posamezno medicinsko sestro in prihodnost njenih profesionalnih karier, kakor tudi za družbo, v skupnem zagotavljanju pogojev zdravstveni in babiški negi, da se le-ta ustrezno odziva na nove zdravstvene potrebe prebivalstva. Karierni razvoj pomaga medicinskim sestram, da dosežejo osebne profesionalne cilje, in prispeva k napredku negovalne profesije tako, da zvišuje poklicne kompetence njenih izvajalcev. Obenem omogoča zdravstveni in babiški negi, da se ustrezno odzove na znanstvene, tehnološke, družbene, politične in ekonomske spremembe tako, da spreminja ali širi vlogo, sestavo profesije in zagotavlja ustrezno negovalno osebje za zadovoljevanje prepoznanih zdravstvenih potreb prebivalstva oziroma družbe.

## 2. Zgodovina

Začetek skrbi stanovskega združenja za razvoj lahko preberemo v besedah Antonije Šiffrer, ki je na ustanovnem občnem zboru Organizacije absolventk šole za sestre v Ljubljani 27. novembra 1927 rekla: "Naša organizacija je prva sestrsko organizacija v Jugoslaviji; tvorila bo vez med vsemi sestrami, skrbela za njihovo dobrobit ter reševala sestrsko vprašanja vobče." (Kersnič, Filej, 1997)

---

<sup>1</sup> Uporabljen izraz medicinska sestra je nevtralen za obe spolni slovnični obliki ter zajema vse poklice v zdravstveni in babiški negi.

Stanovsko združenje slovenskih medicinskih sester je v vsej svoji zgodovini veliko pozornost namenjalo strokovnemu in osebnemu razvoju članic in članov. Tako od zgodnjih obdobji vse do danes sledimo strokovnim predavanjem, srečanjem in razpravam, ki so prerasli v simpozije in kongrese, rezultat katerih je tudi izid strokovnih pisnih gradiv. Poleg strokovnega razvoja je stanovsko združenje pomembno prispevalo in še prispeva k osebni rasti posameznikov skozi najrazličnejše družabne dogodke.

### 3. Sedanjost

V sodobnem času je Zbornica – Zveza svojo zavezanost podpora in spodbujanju strokovnega razvoja medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov na deklarativni ravni jasno izrazila v Resoluciji (2001), ki je bila sprejeta na 3. kongresu zdravstvene nege 13. septembra 2001. Normativna zavezanost temu delovanju je kot stalnica zapisana v statutu Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije v poglavju o poslanstvu, nalogah in ciljih. Zbornica - Zveza ohranja in krepi vlogo in pomen dejavnosti, poklica ter lika izvajalcev zdravstvene in babiške nege v slovenskem in mednarodnem prostoru z namenom ohranjanja in zagotavljanja statusa ter ugleda pripadnikov poklicev v zdravstveni in babiški negi. (Statut, 2007)

To izvaja preko statutarno določenimi nalogami.

Za doseganje ciljev Zbornica-Zveza izvaja naslednje naloge:

- štiti in zastopa poklicne in strokovne interese članov,
- skrbi za razvoj in delovanje stroke zdravstvene in babiške nege v R Sloveniji,
- sodeluje z državnimi organi, izobraževalnimi institucijami, z Zdravstvenim svetom in z Razširjenim strokovnim kolegijem za zdravstveno nego pri ministrstvu, pristojnem za zdravje, z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter drugimi za zagotavljanje razmer za učinkovito in uspešno delovanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov,
- organizira, usklajuje in usmerja strokovna in druga izobraževanja, izpopolnjevanja ter usposabljanja medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov ter se v ta namen povezuje z ustreznimi strokovnimi institucijami,
- sodeluje z ministrstvom, pristojnim za zdravje, ministrstvom, pristojnima za izobraževanje, srednjimi in visokimi zdravstvenimi šolami, fakultetami in drugimi organizacijami pri načrtovanju, oblikovanju, spremljanju in posodabljanju dodiplomskega in podiplomskega študija zdravstvene in babiške nege,
- oblikuje programe pripravništva in nadzira njihovo izvajanje v skladu z zakonom,
- spodbuja in usmerja medicinske sestre, babice in zdravstvene tehnike k stalnemu strokovnemu izpopolnjevanju,
- organizira in izvaja strokovno svetovanje za področje zdravstvene in babiške nege,
- oblikuje in sprejema dopolnitve kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in mednarodnega kodeksa etike za babice,

- spremlja delovanje dela strokovnih društev ter razvija njihovo sodelovanje,
- ustanavlja in ukinja strokovne sekcije ter koordinira in spremlja njihovo delovanje,
- spodbuja razvojno, raziskovalno in znanstveno delo v zdravstveni in babiški negi,
- izdaja strokovno revijo Obzornik zdravstvene nege, informativni bilten Utrip ter druge publikacije. (Statut, 2007)

Z vstopom Slovenije v EU smo začeli izvajati tudi regulacijo poklicne dejavnosti medicinskih sester in bobic z izvajanjem javnih pooblastil. Register in licenca, kot ju določa zakon o zdravstveni dejavnosti, pomenita nadaljnji velik korak k urejanju naše dejavnosti, profesije in k usmerjanju strokovnega razvoja izvajalcev. Tako je namen registra in licenc, za katere si je Zbornica – Zveza prizadevala vrsto let, seveda poleg zagotavljanja varne in kakovostne zdravstvene in babiške nege pacientom, zagotavljati tudi strokovni razvoj medicinskih sester in bobic. Poleg zakona to predpisuje tudi direktiva 2005/36/ES strokovno združenje (Zbornica - Zveza) pa to področje ureja v statutu, v poglavju o javnih pooblastilih.

Zbornica–Zveza, ki ji minister, pristojen za zdravje, z odločbo podeli pooblastilo, lahko opravlja kot javno pooblastilo naslednje naloge:

- vodi register izvajalcev dejavnosti zdravstvene in babiške nege,
- izdaja potrdila o vpisu in izbrisu iz registra za zasebne izvajalce zdravstvene in babiške nege,
- izvaja strokovni nadzor s svetovanjem,
- izdaja, podaljšuje in odvzema licence izvajalcem zdravstvene in babiške nege,
- načrtuje specializacije in specialistične izpite,
- v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje, izdaja pravilnike, s katerimi podrobneje ureja področja, na katerem izvaja naloge javnega pooblastila,
- v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje, določa tarife za izvajalce. (Statut, 2007)

Ureditev licenc za samostojno opravljanje poklicne dejavnosti, kot jih ureja zakon in podzakonski akti, določa, da se mora vsak izvajalec strokovno usposabljanje za ohranitev – podaljšanje licence.

Izvajalcu se licenca podaljša za obdobje 7 let na podlagi dokazil o strokovni usposobljenosti za delo v dejavnosti zdravstvene in babiške nege.

Preverjanje strokovne usposobljenosti izvajalca se za licenčno obdobje ugotavlja z licenčnimi točkami, ki jih pridobi izvajalec s stalnim izpopolnjevanjem. (Pravilnik, 2007)

Natančno so določeni tudi načini s področja strokovnega razvoja.

Obvezne vsebine stalnega izpopolnjevanja v enem licenčnem obdobju morajo zajemati:

- sodobne usmeritve v zdravstveni in babiški negi,
- temeljne postopke oživljanja,
- poklicno etiko,
- zakonodajo s področja zdravstva.



Za stalno izpopolnjevanje se šteje:

- udeležba na strokovnem srečanju (aktivna ali pasivna);
- objava strokovnega prispevka v strokovni literaturi (npr. v reviji, zborniku, knjigi, monografiji);
- izpopolnjevanje v zdravstvenih in drugih organizacijah (Pravilnik, 2007)

S statutom Zbornice – Zveze in statuti regijskih strokovnih društev so h kariernemu razvoju zavezane tudi članice in člani naše organizacije, saj imajo pravice in dolžnosti: sodelovati v Zbornici–Zvezi pri uresničevanju poklicnih interesov iz 3. člena tega statuta, sodelovati na strokovnih izpopolnjevanjih in drugih srečanjih Zbornice–Zveze, prejemanju informativni bilten Zbornice–Zveze. (Statut, 2007)

Zbornica – Zveza je v letu 2006 sprejela tudi dokument *Podoba medicinske sestre*, v katerem je zapisano, da je "... vrednota zdravstvene nege tudi znanje, zato medicinska sestra nenehno spodbuja, strokovno okolje za nadaljnje pridobivanje znanja in spretnosti, za strokovni razvoj in izgradnjo osebne in strokovne rasti. Medicinska sestra izvaja in spodbuja raziskovalno dejavnost ter sodeluje v raziskovalnih projektih. (Utrip, 2006)

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je kot članica Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN) ter Mednarodnega sveta babic (ICM) zavezana tudi usmeritvam sveta na področju kariernega razvoja medicinskih sester in babic. Le-ta je že leta 1997 sprejel dokument *Career Development in Nursing*, ki je bil revidiran in reafirmiran leta 2007.

ICN poudarja, da je karierni razvoj medicinskih sester eden od največjih razvojnih dejavnikov v razvoju zdravstvenega sistema in dejavnosti zdravstvene nege in ima neposreden vpliv na vzdrževanje kakovostne ravni zdravstvenih in negovalnih storitev. Karierni razvoj izvajalcev mora biti zato podprt in izvajan s pomočjo oblikovanega izobraževalnega sistema, prepoznanih kariernih struktur, ki vključujejo v njihovo oblikovanje tudi klinične vodje, ter dovolj fleksibilen, da omogoča mobilnost v kariernem razvoju, ter dosegljiv za medicinske sestre ali znotraj ali zunaj ustanov. ICN poudarja veliko vlogo nacionalnega združenja medicinskih sester v opredeljevanju kariernega razvoja z graditvijo podatkovnih baz izobraževanj in pridobljenih izobrazb ter znanj, regulacijo poklicne dejavnosti, podporo profesionalnemu razvoju in zaščiti medicinskih sester in babic ter uporabnikov. (ICN, 2007)

Mednarodni svet medicinskih sester pa zadaljuje tudi vsako medicinsko sestro z obveznostjo strokovnega razvoja.

Vsaka posamezna medicinska sestra je odgovorna za načrtovanje in razvijanje svoje kariere s stalnim strokovnim izobraževanjem na osnovi postavljenih ciljev. Kot ponudnica zdravstvenih storitev mora tudi sodelovati v postavljanju skupnih in družbenih razvojnih ciljev. (ICN , 2007)

## 4. Zaključek

Najboljši rezultati za paciente in skupnost so odvisni od dobre prakse, podprte z visoko stopnjo poklicnih kompetenc. Pravica do vseživljenjskega izobraževanja in strokovnega napredovanja je temeljna pravica zaposlenih v zdravstveni in babiški negi. Karierna mobilnost naj bo dosegljiva vsemu negovalnemu kadru, tudi tistemu izven sistema javnega zdravstva. Vsaka medicinska sestra je odgovorna za doseganje in ohranitev kompetenc ter delovnih izkušenj in za prispevek k lastnemu strokovnemu razvoju. Prav tako pa imajo pomembno in nezanemarljivo vlogo tudi drugi, npr. vlada in delodajalci, ki morajo dati svoj prispevek k profesionalnemu razvoju posameznikov.

## 5. Literatura

1. Kersnič P., Filej B., (ur) Zapisnik, Jubilejni zbornik ob 70 – letnici organiziranega delovanja in združevanja medicinskih sester v Sloveniji. 1997. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Ljubljana
2. Resolucija, Utrip, 2001, Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije
3. Statut Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007
4. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) /ZZDej-UPB1/ (Uradni list Republike Slovenije št. 36/2004).
5. Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (Uradni list Republike Slovenije št. 24/2007).
6. Career Development in Nursing. ICN. Geneve. 2007.

# III.

## Kaj so to človeški viri in kaj kariera ali... Zakaj odpovedujejo programi osebnega strokovnega razvoja?

**Brane Gruban, ABC**

Dialogos d.o.o.

[brane.gruban@dialogos.si](mailto:brane.gruban@dialogos.si)

### Izvleček

*Ob visoko donečih (modnih?) besedah o "človeških virih" in ob eni izmed najpomembnejših praks s tega področja, upravljanju karier, pogosto prezremo drobne, "umazane" podrobnosti, kot so recimo že povsem preprosti programi osebnega strokovnega razvoja posameznikov, ki (pre)pogosto odpovedujejo na celi črti! Sicer maloštevilne raziskave in težko dostopni podatki specializiranih svetovalnih organizacij namreč kažejo, da prav ta sklepna dejanja tudi v Sloveniji sicer že kar uveljavljenih letnih razgovorov z zaposlenimi, torej načrti in programi osebnega strokovnega razvoja, še zdaleč ne izpolnjujejo pričakovanj! Nasprotno! Komajda kakšnih 20 do 30 odstotkov z njimi zastavljenih načrtov se uresniči tako, kot so bili zastavljeni!. Dodaten razlog za preplah je spoznanje, da so med udeleženci teh letnih razgovorov najpogosteje prav ključni kadri organizacij, tako strokovnjaki kot mlajši sodelavci in srednji menedžment, kar pomeni, da eden najpomembnejših segmentov razvoja kadrov in grajenja kariernih poti resno odpoveduje! Kje so vzroki za to resnično alarmantno stanje? Je problem le nekakovostna izobraževalna ponudba? So razlog za preplah večna omejevanja sredstev za strokovni razvoj? Ali pa je razlog skrit tudi v preambicioznih programih, v iskanju nesmiselnih bližnjic v obliki enodnevnih, "instant" seminarjev, ki naj bi bili nadomestilo za trajnostni osebni razvoj ključnih strokovnjakov? Med mnogimi (ne)znanimi vzroki za neuspeh so tudi preprosto slabo in diletantsko pripravljene programi osebnega strokovnega razvoja, saj tovrstni malomarno pripravljene načrti niso nič drugega kot alibični sezname želja. Če k temu dodamo še zelo nedosledno implementacijo tovrstnih "seznamov želja, je dvorjenje težavam že kar neizbežno! Pri tem se bodo morali za svojo vlogo pri razvoju sodelavcev, njihove poklicne in kariernne poti, resneje usposobiti njihovi vodje, in sicer v številnih voditeljskih, trenerskih in zlasti coaching kompetencah, saj prava pot zdaj ni zgolj v nekoč preprostem receptu: poslati*

*zaposlene na prvi seminar, ki ga ponujajo (pre)številne izobraževalne ustanove! To je po pravilu tudi najdražja oblika usposabljanja, ki pa z uvajanjem kompetenc v kadrovske prakso slovenskih organizacij postopoma in upravičeno izgublja svojo težo.*

## **Abstract**

*Nowadays it is very popular to speak about human resources and management of the same. However, most often training programmes for individual development have been completely neglected. According to accessible data, provided by specialised world organisations, it has been found out that plans and programs of individual professional training do not fulfil expectations. On the contrary! Hardly 20-30 % of the plans have been carried out as they were established. It is obvious that human resource managements are not fulfilling their roles. What are the causes for such critical situation? Could it be inadequate offer of professional trainings? Or limited financial resources for professional development? Might the reason be too ambitious programmes looking for the shortcuts in the form of one day "instant" seminars, which should be substitution for the permanent personal development of the key professionals? Among many (un)known failure causes are badly and unprofessionally prepared programs for personal professional development. These carelessly prepared plans are only inconsistently implemented listed wishes. Therefore, human resources managers will have to be seriously trained in coaching, professional and leading competences to be able to create strategies for the professional development of their employees. In old days a recipe was to send employees to the first seminar offered by the numerous institutions. This kind of trainings is the most expensive one, nowadays successively losing its weight.*

**Key words:** *human resources, carrier, management*

## **1. Uvod**

Vsi soglašajo, kako pomembni so funkcionalni razvojni načrti za strokovni razvoj ključnih posameznikov po podjetjih in organizacijah. Vendar je večina med njimi podobna novoletnim zaobljubam: redko ali samo izjemoma se uresničijo! Nesporno je pripraviti dober razvojni načrt za sodelavce zahtevno strokovno opravilo – tako v fazi načrtovanja kot kasneje v fazi same uresničitve! Žal je vse bolj prisotno mnenje, da je to izključno domena strokovnih (kadrovskih) služb, medtem ko je vloga dobrega, neposrednega nadrejenega vodje pri pripravi razvojnih načrtov usodno podcenjena. Ta v lastnem razvrščanju prioritet razvoju sodelavcev tudi sicer ne namenja potrebne pozornosti, saj se je pogosto za svoje "preživetje" prisiljen ukvarjati z operativnimi problemi, doseganjem rezultatov za vsako ceno in naravnostjo zgolj na uresničenje nalog, namesto tudi z razvojem odnosov s sodelavci in njihovim osebnim in/ali strokovnim razvojem. Dobro pripravljene programe strokovnega razvoja bi mu lahko bili precejšnja pomoč, saj bi del odgovornosti in bremena za razvoj sodelavcev lahko prenesel na njih same!

## 2. Kaj je temeljni problem programov osebnega razvoja (POR)?

Najprej in v prvi vrsti: daleč predolga časovnica! Medlo pripravljene programi, raztegnjeni čez ohlapno eno ali celo večletno obdobje (do naslednjega "letnega razgovora"?!), so namreč...daleč predolgi! Vse, kar danes presega obdobje 3 do 4 mesecev, se praviloma izkaže za neuporabno in si "zasluži", da takšen načrt razkosamo na krajša obdobja in na posamične sestavine z jasnimi prioriteta razvoja. Drug problem so napačne prioritete, ki so pogosto usmerjene na razvojno manj pomembna področja. Razlog? Vodje se pogosto odločijo, da sodelavca napotijo na prvi seminar, ki jim je pri roki ali v katalogu izobraževalnih vsebin in s tem alibično zapolnijo predvideno rubriko v obrazcu letnega razgovora, ki se nanaša na razvoj sodelavca! Tretji razlog za neuspeh razvojnih načrtov je njihova splošnost, "mlačnost", abstraktnost, ki pravzaprav sploh ne omogoča, da bi ustrezno merili dosežen napredek oz. uspeh! Če k temu dodamo, da je danes ključno razvijati kritične kompetence sodelavcev, med katere pa še zdaleč ne sodi le funkcionalno znanje, ki razmeroma hitro zastareva, je krog neuspehov pri strokovnem usposabljanju ključnih kadrov sklenjen!

Z eno besedo, potreben je jasen, skrben in predvsem razdelan proces o tem, kako in v čem naj sesodelavci "razvijajo", sicer se bo dvorjenje težavam še nadaljevalo. Strokovnjaki zatrjujejo, da je za razvoj ključnih kadrov (še posebej vodij) nadvse pomembno zagotoviti:

1. **Delovne izzive.** Ti so najboljši vir razvoja. Omogočajo hitro rast in učenje, saj so recimo krize, novi projekti, odprava težav v poslovnih procesih, ipd. najboljši učitelji!
2. **Dobre vodje in druge "učitelje".** Vodje sami so najboljši zgledi. Vsi se še posebej spominjamo svojih (prvih) "šefov", saj imajo le-ti izjemno usoden vpliv na naš razvoj! Nesporo: nekaj se da naučiti tudi od... slabih vodij! Tega, česa...ne početi!
3. **Pravico do napak.** Napake nam dopovedujejo naše omejitve, sprožajo učenje in zagotavljajo... vztrajnost! Neuspehi, zavračanja itd. sprožajo refleksijo in nas... učijo!
4. **Izkušnje od drugod.** Ne smemo prezreti: delo v prostovoljnem gasilskem društvu, volonterstvo, vodenje poklicnega združenja, sodelovanje pri delu lokalne skupnosti, ipd. si še zdaleč ne zaslužijo posmeha! Še manj recimo športna kariera, kot vir različnih (spo)znanj in izkušenj. In še nekaj... ulica! Žal mnogi slovenski menedžerji ne premorejo trohice tega, čemur v žargonu rečemo "ulična pamet" (*angl. Street-Smart*).
5. **Izobraževalne programe.** Vendar pozor! Preden se usposablja več, se usposablja več... bolje! Ni vse zlato, kar se sveti in marsikatera brošura ali ponudba izobraževanj si danes ne zasluži drugega, kot da konča v košu! Pri izobraževanju je bolj kot to kaj vsebinsko ponuja, pomembnejše to, da prispeva k samozavesti posameznika in primerjavi z drugimi, zlasti pa omogoča razviti mrežo kontaktov (*angl. Networking*). Iz izkušenj drugih ljudi se marsikdaj lahko naučimo: včasih več kot iz seminarjev samih! Bodimo pa resni... se boste pogajali ali pa motivirali sodelavca res naučili v 8-urnem tečaju, kot to zagotavljajo nekateri izmed teh programov?! Razvoj zaposlenih se le redko zgodi na osnovi seminarjev samih!

**Preden se izobražujete več, se izobražujte... bolje! Ni vse zlato, kar se sveti in v sedanji ponudbi izobraževalnih vsebin nemalokrat zasledimo zelo nekakovostno ponudbo, usposabljanje za svet, ki ga že dolgo ni več! Pa tudi sicer... ne enačite seminarjev in razvojnih programov za sodelavce! To še zdaleč ni eno in isto!**

### **3. Kje so viri in kje iskati ideje za dobre programe osebnega razvoja?**

Pomembno je poiskati neobičajne, originalne in nestereotipne pristope in vire, iz katerih lahko črpamo inovativne rešitve programov osebnega razvoja. Poglejmo si jih nekaj:

#### **Maksimirajte svoje prednosti in najboljše strani**

Dogma, da se je potrebno osredotočiti na strani, ki jih posamezniki slabo obvladajo, in te izboljšati, je povsem zgrešena! Ljudem je treba omogočiti, da delajo kar najbolje znajo (odlična študija Gallup-ovega inštituta!), da kapitalizirajo na svojih prednostih, saj odprava slabosti lahko traja dalj časa, kar pa si večina organizacij v današnjem pitbulovskem konkurenčnem okolju ne more privoščiti!

#### **Nevtralizirajte škodo**

Ne smemo pa povsem spregledati dejstva, da ljudje pač res imamo pomanjkljivosti v svoji usposobljenosti. Čeprav to pomeni lahko le skromen pomik od "-6 na -2" na lestvici znanj in veščin, tega ni treba podcenjevati.

#### **Razvoj kritičnih kompetenc**

Mnoge kakovostne študije kompetenc izkazujejo, da so nekatere kritične kompetence še posebej pomemben indikator za uspeh. Med njimi sta zlasti dve – *rezultatna naravnost in sposobnost vplivanja!* Ti dve bi morali biti v ospredju pozornosti (seveda predvsem vodij, medtem ko je za druge profile ključno najprej identificirati kritične kompetence zanje, poleg tistih splošnih, ki veljajo za določen poklic!).

#### **Podatki iz preteklih letnih razgovorov**

Kaj pravi arhiv? Je v njem kaj uporabnega in zanimivega? Kaj bi bilo dobro nadgraditi, v čem smo po mnenju vodij nadpovprečni? Pod pričakovanji?

#### **Mnenje sodelavcev**

Sodelavci so lahko odličen neformalen ali formalen vir informacij (npr. 360-stopinjski vprašalniki) o uspešnosti posameznika. Dodaten uporaben vir so tudi raziskave o zadovoljstvu strank in zaposlenih, iz katerih lahko črpamo podatke, na kaj naj bi se v svojem razvoju morali osredotočati zaposleni.

### **Katalog organizacijskih kompetenc**

Vse več slovenskih organizacij in podjetij ima t. i. kataloge kompetenc, ki definirajo pričakovana ali zahtevana vedenja, značilna za nadpovprečno uspešne izvajalce. Med njimi so še posebej pomembne splošne kompetence, katerih vir so organizacijske vrednote, in ključne sposobnosti značilne prav za to organizacijo.

### **Osebni cilji in pričakovanja**

Gre za vaše življenje, za vašo kariero in kaj želite početi z njima. Kaj vas bo pripeljalo tja, kamor si želite?

## **4. Priprava osebnega razvojnega programa**

Čeprav je običajno najbolje vzeti kar list nepopisanega papirja in program zabeležiti nanj, se vsaj deloma nekaterim elementom formalne strukture razvojnih načrtov ne bo mogoče izogniti. Načrt naj vsebuje:

1. **Znanja, veščine in kompetence, ki jih je treba razviti.** Bolj natančen bo zapis, bolj točno boste vedeli, ali ste prispeli na cilj.
2. **Koristi za vašo organizacijo.** Kaj je pomembno za vašo organizacijo, da bi opravičevalo vašo osebno naložbo v veščine ali kompetence na tem področju? Verjetno je zmanjšan trud in energijo, če teh reči pri vas pač ne cenijo!?
3. **Osebnosti koristi.** Kaj boste imeli sami od tega, če boste razvili nekatere nove veščine in kompetence, nadgradili svoje znanje? Jasnejši kot so vzroki za izboljšave, ki dajo osebne koristi, manj verjetno je, da boste izgubili motive ali vse skupaj opustili, ko se boste soočali s težavami in z ovirami, ki jih na tej poti nikoli ne (z)manjka.
4. **Merila uspeha.** Kako boste vedeli, da ste uspeli? Kdaj nekdo ve, da je boljši kot prej? So merila števna, opazna? Je dovolj pohvala sodelavcev? Kakšne vate boste uporabili za izmero uspeha?
5. **Izhodiščna osnova.** Preden pričnete s pripravo programa, se prepričajte, kako pogosto se ta razvojna potreba pojavi pri delu v praksi in kaj običajno storite, ko do te situacije pride. Tako lahko ugotovite, ali je imel vaš vodja prav, ko vas je opozoril na razvoj tega področja, sočasno pa pridobite prve ideje, kako se boste stvari lotili. Zbiranje izhodiščnih podatkov je nadvse koristno za merjenje dejanskih kasnejših učinkov. Posebej neprecenljivo je, da najprej vsak sam zase ugotovi, da je dejansko (in zakaj) potrebno izboljšati usposobljenost na določenem področju. Preprosto samospraševanje pomaga: Kako dober sem zdaj? Kako to vem? Kako vem, da je to področje lastnega razvoja, v katerega se splača vlagati?
6. **Potrebni viri (viri).** Ti še zdaleč niso le finančni, kot se praviloma misli. Poglavitna ovira je namreč... čas! Vprašajte se, kaj vse boste potrebovali za uresničenje načrta? Koliko časa? Koliko materialnih virov (nov računalnik, knjige, prijava za seminar ipd.)?
7. **Rok zaključka.** Misliti o "letnih planih" razvoja je pomota! Skrajšajte premislek na 90 dni,

na četrletje, kvartal. Če vaši razvojni načrti presegajo ta čas, jih razbijte na manjše delčke ali izberite prednostno le eno področje, na katerem se nameravate razvijati.

8. **Tedenski operativni načrt.** Če posamezni programi niso sestavljeni iz obvladljivih "kosčkov", se praviloma ne uresničujejo. Če skrbno premislite, kaj potrebujete za razvoj določene veščine ali kompetence, se nato dodatno posvetujete s kolegi, z vodjo in s strokovnjaki, si boste lahko izrisali odličen zemljevid aktivnosti, ki vas čakajo na tedenski osnovi.

## 5. Kakšna je pri vsem tem vloga vodje?

Kdo je v resnici zadolžen za razvoj ključnih sodelavcev? Specializirana strokovna služba v kadrovskem oddelku? *"Vsak posameznik sam je odgovoren za svoj razvoj,"* pravi sodobna doktrina!?

Ali ima torej vodja sploh kakšno vlogo pri vsem tem? Ima! In te se mora še kako dobro zavedati, saj je to del njegove (ali njene!) ne le poklicne odgovornosti, ampak etične dimenzije poklica, ki se mu je zapisal. Posebej pomembne so naslednje vloge:

1. **Opredelitev individualnih in organizacijskih potreb.** Čeprav drži, da je vsak posameznik dolžan skrbeti za svoj osebni razvoj, je potrebno, da vodja priporoča področja, najbolj "vredna" tehtnega premisleka.
2. **Usmerjanje sodelavcev.** Včasih je nujno, da vodja neposredno in togo usmeri sodelavca na nekatera področja, ki si prva zaslužijo pozornost.
3. **Pomoč pri pripravi načrta.** Posebej pomembna je trenerska vloga pri pripravi osebnih načrtov, za katere smo ugotovili, da so praviloma presplošni in predolgi. Komunicirati je treba koristno, konkretno in kratkoročno. Koristna vprašanja so: Kako točno se nameravaš tega lotiti? Kdaj misliš, da boš zadevo lahko dokončal? Kje vidiš največje ovire? Kako jih nameravaš odpraviti?
4. **Odobritev razvojnih načrtov in proračunov.** Odgovornost za končno pripravo načrta je gotovo na strani posameznika in ne vodje! Njegova ali njena vloga pa je odobriti ali dati soglasje glede samega načrta, skrben pregled načrta, spraševanje, predlogi za izboljšave in popravki ali dopolnila, nasveti, priporočila, spodbude... In seveda... sredstva! Zagotovitev potrebnih (finančnih in drugih) virov za izvedbo, če sta do tega dogovora prišla! Prav zanimiva je zaletavost v mnogih okoljih pri letnih razgovorih, kjer se v nekaterih primerih vse prerado dogaja, da mnogi vodje obljublajo sodelavcem vseprek, ne da bi se prej prepričali, ali za te postavke obstajajo ustrezni viri v letnih poslovnih načrtih. Neuresničitev obljub je ena od najbolj kritičnih napak vodje!
5. **Ustvarjanje razvojnih priložnosti.** Omenili smo, da je "oskrba" sodelavcev z resnimi, profesionalnimi izzivi, dajanje zahtevnih nalog, ipd. področje, kjer vodja lahko pomembno prispeva k razvoju sodelavca. Še posebej, če vse to spremlja tudi permanentna, koristna in vedenjsko uporabna povratna informacija, spodbuda in pohvala ter prepoznavanje in spoštovanje sodelavčevih dosežkov. Raziskave v zadnjem času posebej poudarjajo po-



men tega, da vodje predvsem omogočijo zaposlenim, da delajo tisto, kar najbolje znajo, in da se ne osredotočajo zgolj na iskanje in odpravo slabših plati delavčeve uspešnosti.

**6. Sledenje izvedbi programov osebnega razvoja.** Trening ali izobraževanje (še) nista razvoj! Vse prepogosto se dogaja, da razvojni načrti ne obsegajo ničesar drugega, kot zgolj napotilo na seminar! In potem se čudimo, da razvoja ni!? Usposabljanje na ta način je zgolj le ena izmed razvojnih sestavin, ki pa jo je mogoče z nekaterimi drobnimi prijemi narediti bolj učinkovito:

- Nikoli ne začnite razvojnega programa prav z določeno izobraževalno obliko! Za začetek razvojnega procesa je namreč značilno, da ljudje sploh ne vedo, česa ne vedo! Nimajo nobenega osebnega vedenja ali podlage, ki bi jim potrdila resničnost, katero področje je "pravo" razvojno področje.
- Najprej si postavite razvojne cilje! Kaj naj bi posameznik obvladal kot rezultat programa, česar zdaj ne? Vendar ne, kaj se bo naučil ali kaj ceni, ampak kaj bo lahko naredil drugače? Če v ta namen nimamo nekaterih začetnih podatkov, bo precej težko izoblikovati smiselne, vedenjsko opredeljene cilje.
- Vodja lahko kontaktira nosilca izobraževalnega programa, ki se ga bo sodelavec udeležil, in preveri, ali bodo vsebine zadostile potrebam in osebnim ciljem sodelavca. S tem bo lahko prispeval, da bo nosilec programa upošteval tudi individualne želje posameznikov.
- Zgolj preprosto "učenje" na seminarjih ne zadošča, saj vnema običajno popusti že po 14 dneh. Vprašanje, ki si ga mora udeleženec ves čas zastavljati ali imeti pred očmi, je, kako lahko vse to uporabi konkretno v lastni dnevni praksi.
- Posebej koristni učinki seminarjev in učnih delavnic so v izgradnji poklicne mreže znanstev, ki ponujajo neprecenljive priložnosti za izmenjavo izkušenj.
- Z eno besedo, nadvse pomembno je pridobljena znanja čimprej uporabiti v praksi! V ta namen je koristno skupno 20-minutno srečanje vodje in udeleženca takoj po povratku s seminarja, kjer skupaj rekapitulirata učne točke in se dogovorita o nadaljnjih ukrepih. Eden med njimi je prenos znanja na druge sodelavce. Vsakdo, ki se je pripravljajal za učenje ali predavanje drugim, ve, kako koristen je lahko učinek le-tega, saj se ne le obnovi in utrdi snov, ampak pogosto tudi nadgradi vsebina z novimi spoznanji.

## 6. Dodaten razvojni vir: učenje iz dela samega?

Posebej z uvedbo kompetenc je ta način učenja dodatno pridobil veljavo. Z dodelitvijo sodelavcem posebnih nalog, projektov, lahko vodja le-tem zagotovi izredne priložnosti za učenje in nabiranje izkušenj. Da bi razvojni programi torej zares uspeli, je pomembno, da so vidni tako uspehi kot neuspehi, da vključujejo veliko sodelovanja z drugimi ljudmi, posebej izkušnje v vplivanju na druge. Koristno je npr. delo, kjer sodelavec nima neposredne pristojnosti ali pooblastil nad drugimi, vseeno pa mora zagotoviti in prevzeti odgovornost za končni uspeh! K uspehu programa osebnega razvoja dodatno prispeva raznovrstnost nalog ter primeren nadzor oz. spremljanje dela sodelavca s strani tistih, katerih mnenje je pomembno ali ima težo. Primeri takšnih nalog so:

- načrtovanje konference, srečanja, sestanka;
- vodenje sestanka ali pa tudi že organizacija piknika;
- izvedba projekta skupaj z drugo službo ali oddelkom;
- uskladitev obiska generalnega direktorja;
- povzemanje okoljskih trendov, analiza poslovnega okolja in prezentacija sodelavcem;
- učenje sodelavcev v veščinah, ki jih posameznik dobro obvlada;
- ipd.

**Učenje je zapleten proces, ki pogosto terja prisilo ali velikanske motive. E. Schein trdi, da do učenja pride samo v primeru, če je strah pred prihodnostjo večji od našega odpora do učenja! Recept? Povečati strah pred prihodnostjo ali zmanjšati odpor do učenja?**

Vse naštetu zagotavlja, da bodo razvojni načrti dosegli izplene, ki bodo precej višji od današnjih 20 - 30 %. Resda ovir ne bo zmanjkalo, saj so prav te dejavnosti najpogosteje na udaru zmanjševanja stroškov, drugih prioritet. Toda, če bodo razvojni programi sodelavcev obravnavani tako kot vsak drug organizacijski projekt s konkretnimi cilji, časovnicami, analizami koristi in prednosti, merili uspeha, z razumevanjem vlog in odgovornosti, se neuspeha ni potrebno bati. Recept je torej (lahko tudi) enostaven:

1. Graditi na prednostih in ne na slabostih sodelavcev!
2. Postavljati bolj kratkoročne in operativnejše cilje!
3. Uporabljati delo samo po sebi kot primarno priložnost za razvoj!

## 7. Whitmorjev coaching model GROW

“Kupovati” ali razvijati kadre, sodelavce? Premislite o stroških izbire kadrov, napačnosti te izbire, osebnem dohodku, stroških zamenjave napačno izbranih kadrov (dve letni plači!), ipd. Ideja, da naj ljudi ne bi posebej razvijali, ker bi lahko pribežali h konkurenci, je... norost! Izbire nimamo... kot tudi ne zlatih liscic, s katerimi bi zadržali ključne kadre. Ti tudi običajno ne zapuščajo svojih organizacij, ampak svoje... šefe!

Med razvojnimi modeli za zaposlene se je v praksi izkazal za zelo uporabnega t. i. Whitmorjev coaching model GROW, ki deloma temelji na NLP (nevrolingvistično programiranje) zakladnici razvoja posameznikov. Model je sestavljen iz štirih korakov:

1. opredelitve jasnih ciljev
2. analize obstoječega stanja
3. izbire alternativ, ki so nam na voljo
4. analize motivov in volje za uresničenje

Posebnost modela je v tem, da ne ponuja poenostavljenih receptur! Če so nas nekoč pri tenisu vaditelji učili, kako upogniti kolena, opazovati žogico pri preletu mreže in pravilne drže,

je zdaj v ospredju namesto "učenja" in razlage vaditeljevo spraševanje! Na ta način vsakdo sam najde optimalne rešitve. Glede na situacijski kontekst, lastno zavedanje in prevzemanje odgovornosti za uspeh ali neuspeh... Od tod tudi ne čudi, da boste med današnjimi vrhunskimi tenisači ali npr. golfisti našli nekatere, zaradi katerih se mnogi klasični trenerji držijo za glavo: kako le lahko s tako nemogočim udarcem sploh zadenejo žogico!?

## 8. Osebni razvojni načrt: potrebe in cilji

### I. del – Identifikacija razvojnega načrta

Namen gradiva je pomagati posameznikom pripraviti izvedljiv program osebnega strokovnega razvoja. Pri pripravi le-tega razmislite zlasti o naslednjih elementih:

1. **Znanja, veščine in kompetence**, ki jih je treba razviti (konkretno katere veščine boste osvojili ali jih izboljšali?)
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. **Koristi za vaše podjetje**, organizacijo (Zakaj je za vaše podjetje ali organizacijo pomembno, da izboljšate te veščine ali osvojite določeno kompetenco na tem področju? Kaj bo to pomenilo za podjetje? Kja za vas?)

3. **Merila uspeha**, ki jih boste uporabili (Kako boste ugotovili, da ste dejansko dosegli napredek? Kako bodo ostali vedeli, da ste boljši kot ste bili prej? Kakšna merila boste uporabili za presojo vašega uspeha?)

4. **Izhodiščna osnova** (Kako *dobri* ste zdaj? Kako to veste? Kako veste, da je to področje lastnega razvoja, v katerega se splača vlagati?)

5. **Potrebni resursi** (Kaj vse boste potrebovali za uresničenje načrta? Koliko časa? Koliko denarja? Kakšno podporo vodstva boste potrebovali?)

6. **Rok zaključka** (Kdaj bo načrt zaključen? Če boste za razvojni načrt potrebovali več kot tri mesece (12 tednov), potem je brez dvoma ... predolg! Razdelite ga na manjše delčke ali izberite prednostno le eno samo področje, na katerem se nameravate razvijati.)

Razvojni načrt bom uresničil(a) do: \_\_\_\_\_

## II. del – Izvedba načrta

1. **Operativni načrt** (Katere konkretne ukrepe boste izvedli, da boste dosegli zastavljeni cilj-bistveno izboljšati svoje veščine na tem področju? Razmišljajte o tem, kaj boste storili na tedenski osnovi?):

1. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
2. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
3. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
4. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
5. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
6. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne

2. **Vmesna ocena** (Kako napredujete z uresničitvijo načrta? Ste dosegli vse zastavljene tedenske cilje? Ali opažate kakšne razlike? Ali drugi opažajo kakšne razlike?)

3. **Operativni načrt** (Drugi del operativnega načrta pripravite potem, ko ste ocenili dosedanj napredek in izpolnili vmesno oceno):

7. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
8. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
9. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
10. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
11. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
12. teden:	Cilj dosežen? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne



# IV.

## Karierni razvoj – eden izmed glavnih dejavnikov napredka profesije zdravstvene nege

**doc. dr. Brigita Skela Savič, univ. dipl. org.**

*bskelasavic@vszn-je.si*

**predav. Katarina Lokar, prof. zdr. vzg.**

*klokar@vszn-je.si*

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

### Izvleček

*Največja pridobitev za zdravstveni sistem so znanje, veščine in motivacija vsakega posameznika, ki v okviru svojih odgovornosti izvaja zdravstvene storitve, zato mora zdravstveni menedžment veliko pozornosti nameniti upravljanju znanja in potencialov zaposlenih v sistemu. Karierni razvoj medicinskih sester bistveno prispeva k napredku sistemov zdravstvenega varstva in profesije zdravstvene nege po vsem svetu ter je neposredno povezan z vzdrževanjem visoke kakovosti oskrbe. Za doseganje polnega potenciala mora karierni razvoj medicinskih sester nastajati v okviru celotnega sistema zdravstvenega varstva in mora omogočati horizontalno kot tudi vertikalno napredovanje. Na karierni razvoj v zdravstveni negi vpliva več dejavnikov. Odgovornost za karierni razvoj nosi tako posamezna medicinska sestra kot tudi drugi npr. delodajalec, vlada, profesionalna združenja. Karierno napredovanje ni pomembno samo za karierni razvoj posameznih medicinskih sester, ampak tudi za profesijo zdravstvene nege in družbo, ker omogoči zdravstveni negi, da se prilagodi in odgovori na spreminjajoče se zdravstvene potrebe prebivalstva ter poveča kompetence članov dejavnosti.*

**Ključne besede:** karierni razvoj, razvoj profesije, zdravstvena nega

## Abstract

*Knowledge, skills and motivation of every individual who delivers health care services according to his/her responsibilities are the greatest resources for health care system. Therefore, health care management must direct a lot of attention to management of health care personnel knowledge and potentials. Career development of nurses is a major contributing factor in the advancement of health care systems and the nursing profession worldwide, and is directly linked to the maintenance of high quality care delivery. To realise its full potential, career development of nursing personnel needs to evolve within the context of the health care system as a whole and must allow for horizontal as well as vertical career mobility. Different factors influence career development in nursing. The individual nurse has the major responsibility to contribute to her/his own career development. It is however acknowledged that other stakeholders as employer, government, and nurse's associations, are also accountable. Career mobility is important to nurses in furthering their careers and to society in allowing nursing to adapt and respond to changing health needs and contributes to the nursing profession by raising the competency of its members.*

**Key words:** *career development, profession advancement, nursing*

## 1. Uvod

Organizacija je dinamično ravnovesje med avtoriteto in avtonomijo posameznika, med obstoječo kontrolo in formalnimi strukturami ter med sodelovanjem znotraj tima in med timi. Menedžeriranje zdravstvenega sistema je tudi upravljanje s sposobnostmi posameznikov, ki delujejo v tem sistemu oziroma neposredno ali posredno izvajajo storitve. Zato mora zdravstveni menedžment veliko pozornost nameniti upravljanju znanja in potencialov zaposlenih v sistemu. Največja pridobitev za zdravstveni sistem so znanje, veščine in motivacija vsakega posameznika, ki v okviru svojih odgovornosti izvaja zdravstvene storitve (Skela Savič, Pagon, Robida, 2007). Pagon (1988; v Skela Savič, 2007) pravi, da je sodelovanje posameznika v inventivno-inovacijski dejavnosti organizacije najuspešnejši in najbolj ustvarjalen način vključevanja v skupinski in organizacijski razvoj. Take vrste sodelovanje in vključevanje zaposlenih bo dalo uporabne rezultate, posamezniku pa bo pomenilo dodatno motivacijo za njegovo samouresničevanje, istočasno pa mu bo nudilo možnost za vrednotenje dosežkov (znanja, izkušnje, sposobnosti itd.).

Karierni razvoj medicinskih sester bistveno prispeva k napredku sistemov zdravstvenega varstva in profesije zdravstvene nege po vsem svetu ter je neposredno povezan z vzdrževanjem visoke kakovosti oskrbe. Zato mora biti karierni razvoj medicinskih sester podpiran in vzdrževan s strani sistematičnega izobraževalnega sistema, prepoznane karierne strukture morajo biti dovolj fleksibilne, da nudijo karierno napredovanje, prav tako pa mora biti dostopen in prehodan na različnih področjih in nivojih prakse zdravstvene nege (ICN, 2007).



Za doseganje polnega potenciala mora karierni razvoj medicinskih sester nastajati v okviru celotnega sistema zdravstvenega varstva in mora omogočati horizontalno kot tudi vertikalno napredovanje. Karierno napredovanje v zdravstveni negi lahko definiramo kot prehajanje medicinskih sester na zahtevnejši nivo delovanja, na različna področja zdravstvene nege ali na položaje, kjer prevladujejo različne funkcije, vključno s podjetništvom v zdravstveni negi in avtonomnimi profesionalnimi vlogami (npr. posebna pooblastila, konzultantstvo) (ICN, 2007).

## **2. Spoznanja na področju kariernega razvoja v zdravstvenih organizacijah - povzetki raziskav**

Za kratek pregled in izhodišča smo uporabili povzetke in rezultate raziskave, avtorice Skela Savič (2007), ki je v okviru raziskave Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah, raziskovala tudi pojasnjevalne dejavnike vključenosti posameznika v delovanje zdravstvene organizacije. V raziskavo je bilo vključenih 759 anketirancev, iz štirinajstih slovenskih bolnišnic. Raziskava pokaže, da so tako vodje kot zaposleni ocenili nizko stopnjo svoje vključenosti. Presenečenje je rezultat za vodje, saj so le ti ključni spodbujevalci vključevanja posameznika in njegovih znanj v procese delovanja v bolnišnici, vendar raziskava pokaže, da vodje niso dovolj spodbujeni s strani vrhnjega menedžmenta bolnišnice in ravno tako zaposleni s strani svojih nadrejenih. Gre za vertikalni prenos slabega upravljanja z znanji in sposobnostmi zaposlenimi, kar potrjuje ugotovljeno hierarhično organizacijsko kulturo v tej raziskavi. Še dodatno presenečenje raziskave je, da si zaposleni ne želijo večje lastne aktivnosti v bolnišnici, kar kaže na neko stopnjo pasivnosti pri zaposlenih, kar potrjuje tudi korelacijska analiza, ki pokaže, da je "vključenost posameznika" pričakovano pozitivno povezana s transformacijskim vodenjem in nepričakovano tudi s transakcijskim vodenjem, ki ga označuje kontrolno vodenje, ki z vidika razvoja zaposlenih ne spodbuja njihovega kariernega razvoja. Rezultati kažejo na to, da poleg transformacijskega vodenja tudi transakcijsko vodenje na nek način predstavlja pozitivno kulturo v raziskanih bolnišnicah v raziskavi, kar kaže na sprejeto in ponotranjeno hierarhijo v slovenskem zdravstvu s strani zaposlenih, kar smo ugotovili že v raziskavi Skela Savič in ost. (2004). Zaposleni dejansko tega ne vidijo kot problem, iz vidika sodobne organiziranosti pa vemo, da je ravno upravljanje znanja in sposobnosti zaposlenih, ključni dejavnik uspeha organizacije (Skela Savič, Pagon, Robida, 2007). Na drugi strani pa ugotovimo nizko stopnjo zadovoljstva s svojim statusom in s svojo vlogo v bolnišnici.

Številne raziskave so dokazale pozitivno povezanost med organizacijsko kulturo in zadovoljstvom zaposlenih ter učinkovitostjo organizacije, zato se morajo menedžerji zavedati pomembnosti svoje vloge pri oblikovanju organizacijske kulture v organizaciji. Odkrita organizacijska kultura v slovenskih bolnišnicah kaže na veliko stopnjo individualizma, ozke usmerjenosti na kratkoročne cilje in hierarhijo, ki pri zaposlenih ne spodbujajo lojalnosti, pripadnosti in obveze za razvoj organizacije. Vrednote v slovenskih bolnišnicah, ki jih posameznik čuti in prepozna iz kulture organizacije, vedenja vodij, skupin, posameznika, so: urejenost, pravila, predpisi in

uniformiranost. K temu se pridružujeta še vrednoti tekmovalnost in doseganje ciljev. To vsekakor niso vrednote, ki po Cameronu in Quinnu (1999) spodbujajo zadovoljstvo zaposlenih v organizaciji in njihov karierni razvoj. Shortell s sodelavci (2001) meni, da sta hierarhičen pristop in tržna usmerjenost kulturi, ki ne prinašata nič dobrega za razvoj posameznika, tima, organizacije in sistema kot celote. Rezultati študije Jones and Redman (2000) and Ferlie and Shortell (2001) pa pokažejo, da sta kulturi hierarhije in tržne usmerjenosti v zdravstvenih organizacijah pozitivno povezani z odporom do sprememb in razvojem posameznika. Podobno pokaže tudi raziskava Skela Savič (2007).

Na drugi strani pa nam rezultati citirane raziskave ponujajo priložnost, da izboljšamo področje razvoja posameznika v slovenskih bolnišnicah, saj rezultati regresijske analize pokažejo, da lahko odvisno spremenljivko "vključenost posameznika" pojasnimo kar v 53,1 %, kjer ima največjo pojasnjevalno vrednost timsko delo v bolnišnici. Spremenljivka "vključenost posameznika" je tudi pozitivno povezana s spremenljivo timsko delo (Skela Savič, Pagon, Robida, 2007). Pri medicinskih sestrah sta se kot statistično pomembna opisa timskega dela pokazala enakopravno delo v timu in upoštevanje prispevka medicinskih sester pri procesni obravnavi posameznika, kar se sklada z njihovim delovanjem v klinični praksi tako po domačih raziskavah, kot številnih tujih raziskavah. Podobne pojasnjevalne dejavnike navajajo v nekaterih raziskavah (Firth-Cozens, 2001, 2003; v Skela Savič, 2007), kjer timsko delo obravnavajo kot pomemben dejavnik za preprečevanje stresa v organizaciji. Cooper s sodelavci (1999) pojasnjuje stres pri zaposlenih v zdravstvu z organizacijskega vidika, kjer ugotavlja, da so najpomembnejši pojasnjevalni dejavniki za zadovoljstvo pri delu in vlogo posameznika v organizaciji predvsem organizacijski vidiki organizacije, kot so komunikacija z zaposlenimi in zmanjšanje kontrolnih mehanizmov v organizaciji. Krogstad s sodelavci (2006) pri proučevanju dejavnikov zadovoljstva z delom pri zdravnikih in medicinskih sestrah v norveških bolnišnicah ugotovil, da je edino področje dela, ki pomembno vpliva na zadovoljstvo z delom pri obeh poklicnih skupinah, pozitivna ocena vodenja na lokalni ravni. Rezultati pokažejo, da je profesionalni razvoj bolj pomemben za zdravnike, za medicinske sestre pa razumevanje in podpora pri delu ter povratna informacija od neposrednega vodje. V slovenskih bolnišnicah ne moremo govoriti o pozitivni oceni vodenja, saj v raziskavi Skela Savič (2007) ugotovimo pozitivno povezavo med transakcijskim vodenjem in vključenostjo posameznika v organizaciji. Transakcijsko vodenje ne promovira vključevanja posameznika in spodbujanje inovativnosti, temveč tradicionalni pogled na vodenje, z izkazovanjem moči in avtoritete do zaposlenih.

Za izboljšanje zdravstvene obravnave je potrebna organizacijska kultura, ki omogoča učenje na vseh nivojih organizacije, zlasti učenje, ki izhaja iz storjenih napak, ki predstavljajo priložnost za izboljšanje (Firth-Cozens, 2001). Vsi zaposleni v zdravstvu potrebujejo podporo pri razumevanju, da so napake pri delu in učenje iz njih v tesni povezavi in so način za razumevanje napak posameznika in celotne organizacije. S tega področja potrebujejo vsi zaposleni izobraževanje (Casarett, Helms, 1999; v Firth-Cozens, 2001). Kultura učeče se organizacije je izjemnega pomena za uvajanje sprememb. S pomočjo kulture učenja v timu se lahko implementira nenehno uvajanje izboljšav, izdelavo kliničnih poti in protokolov, postavljajo se

lahko cilji obravnave pacientov idr. Davies in Nutley (2000) povzemata nacionalno strategijo zdravstvenega sistema v Veliki Britaniji, ki pravi, da je menedžment organizacijske kulture v tandemu (eno z drugim) z izboljševanjem znanja, kar bo prineslo izboljšave v storitvah. Ključnega pomena za razvoj organizacije je vzpostavitev kulture učeče se organizacije. Kako organizacija uporabi znanje posameznika, je odvisno od notranje komunikacije in asimilacije posameznikovega znanja v delovne procese in norme. Učeča se organizacija je osnovno vodilo za povečevanje sposobnosti posameznika in njegovo vključevanje v organizacijo.

### 3. Dejavniki vpliva na karierni razvoj v zdravstveni negi

Posamezna medicinska sestra ima pomembno odgovornost, da pridobi in vzdržuje kompetence profesionalne prakse in prispeva k lastnemu razvoju. Vendar pa je prepoznano, da tudi drugi udeleženci igrajo pomembno vlogo (npr. delodajalec, vlada) in morajo zato nositi odgovornost. Bistveno je, da nacionalne zveze medicinskih sester, zdravstvene organizacije, vlade in druga delovna telesa, spodbujajo karierni razvoj medicinskih sester s sistematičnim izobraževanjem in kariernimi sistemi, ki omogočajo medicinskim sestram prehajanje iz ene kategorije v drugo, z enega položaja na drugi znotraj ali izven sistema zdravstvenega varstva (ICN, 2007).

#### 3.1. Vloga menedžmenta zdravstvene nege

Ključno mesto pri prepoznavanju novih izzivov imajo menedžerji v zdravstveni negi, ki morajo vzpostaviti fleksibilno organizacijo in dopustiti inovativnost zaposlenih ter spremljati potrebe zaposlenih, pacientov in celotne družbe. Prepoznavati in odzivati se morajo na epidemiološke in demografske trende ter biti v koraku z razvitim svetom. Ključna dimenzija je sposobnost uvajanja sprememb, ki loči uspešne od neuspešnih organizacij (Skela Savič, 2007). Slovensko zdravstvo in tudi zdravstvena nega se v tem trenutku nahaja predvsem na stopnji verbalne pripravljenosti za spreminjanje, zato je za sprejemanje novih izzivov potrebno v prvi vrsti pristopiti k prenovi menedžmenta zdravstvene nege.

V slovenskem prostoru je potrebno vzpostaviti zavedanje, da je za menedžeriranje in vodenje potrebno imeti znanje. Zato je nujno potrebno, da je eden izmed pogojev za zasedbo vodilnih delovnih mest, doseženo dodiplomsko ali podiplomsko izobraževanje iz področja menedžmenta in vodenja (Skela Savič, 2007). Kane-Urrabazo (2006) pravi, da morajo menedžerji in vodje delovati podporno v odnosu do svojih sodelavcev. Zaposlenim morajo dati možnosti za njihovo profesionalno samouresničevanje, kar bo dalo zagon novim idejam in povečalo motivacijo za uvajanje sprememb. Na ta način se poveča učinkovitost posameznika, vodje in celotne organizacije.

Prenova menedžmenta zdravstvene nege naj vključuje naslednja področja:

- izgradnja fleksibilne organizacijske kulture, situacijskega vodenja, timskega dela, informacijske podpore procesom dela, kultura, ki dopušča razvoj posameznika (Skela Savič, 2007 a);
- vzpostavitev mehanizmov razvoja in spremljanja zaposlenih;
- procesna prenova delovanja v neposredni praksi;

- dokumentiranje;
- kontinuirana zdravstvena oskrba;
- uvajanje celovite kakovosti
- vzpostavitev učeče organizacije.

### 3.2. Vpliv profesionalne podobe na karierni razvoj in profesijo zdravstvene nege

Izgradnja profesionalne podobe ima pomemben vpliv na doseganje družbenega odobranja, moči, dobrega počutja in uspešne kariere (Ibarra, 1999). Tiste posameznike, ki imajo izgrajeno dobro profesionalno podobo, drugi zaznavajo kot ljudi, ki so sposobni obvladati tehnične in družbene zahteve svojih delovnih mest (Ibarra, 1999).

Robertsova (2005) definira profesionalno podobo kot skupek percepcij ključnih interesentov (klienti, vodje, nadrejeni, podrejeni, sodelavci, itd.) o posameznikovih kompetencah in lastnostih. Ta definicija se nanaša na zunanjo, javno podobo, ki temelji na reflektivnem vrednotenju (kako posameznik misli, da ga drugi zaznavajo) in ne na posameznikovo samopodobo (kako se posameznik zaznava) ali na dejansko percepcijo drugih (Ibarra, 1999).

Robertsonova pravi (Stark, 2005), da ljudje neprestano opazujejo vedenje posameznega profesionalca in si ustvarjajo mnenje o njegovih kompetencah, lastnostih in prizadevnosti, kar se hitro razširi naokrog. Zato je modro, če profesionallec doda svoj glas k ustvarjanju mnenja, ki ga imajo drugi o tem, kdo je in kakšne so njegove sposobnosti. Če profesionallec ne kreira svoje lastne profesionalne podobe, mu jo kreira nekdo drug. Zato bi si moral vsak profesionallec postaviti vprašanje: "Kaj si želim, da bi ključni interesenti povedali o meni, ko nisem zraven?"

Nič drugače ni, če govorimo o profesionalni podobi zdravstvene nege. Vsaka medicinska sestra ima svojo osebno predstavo o zdravstveni negi – kaj to je, čemu služi in kako jo opravljamo. Problem pa je, da se o teh predstavah redko govori in ker se o tem ne govori, sporočila ne pridejo do drugih ljudi. Torej se sploh ne ve ali medicinske sestre delijo skupno predstavo o zdravstveni negi, kaj šele, da jo delijo s pacienti in javnostjo (RCN, 2003).

Del družbene obveze profesije zdravstvene nege je, da pojasni javnosti naravo storitev, ki jih nudi in da zagotovi kakovost svojih storitev s poklicnimi oz. strokovnimi predpisi. Vendar pa mora biti stroka pri podrobnem opisovanju storitev, ki jih nudi, občutljiva in odzivna na potrebe tistih, ki jim služi. Pacient potrebuje in ima pravico vedeti, kaj lahko pričakuje od medicinske sestre kar ne bo dobil od drugih ljudi in tudi, kaj ne more pričakovati. Če stroka ne posreduje teh informacij, obstoječi vakuum zapolnijo ponavadi s strani medijev ustvarjeni stereotipi in pa menedžerski opisi oz. pojmovanje zdravstvene nege (RCN, 2003). Kot je opozoril Patterson (1992): "Zdravstvena nega je kot produkt s strani kupcev (menedžerjev), ki ne prihajajo iz stroke zdravstvene nege močno poenostavljena, ker nimajo jasne predstave

*o tem, kaj medicinske sestre lahko / morajo delati in kako se njihovo delo razlikuje od manj usposobljene cenejše delovne sile .... Ti menedžerji zdravstvenega varstva lahko sprejmejo neutemeljene domneve in mite o stroških zdravstvene nege, o različnih profilih ljudi, ki negujejo in o produktivnosti zdravstvene nege.” Slednje je razlog, zakaj je zdravstvena nega še posebno ranljiva, ko gre za neprimerno rabo. Odgovornost za popravilo opisanih situacij leži na strani medicinskih sester. Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) jasno pove (RCN, 2003):*

*“Zdravstvena nega je odgovorna za definiranje vlog medicinskih sester in za področje njihovega delovanja...ICN je odgovorna za oblikovanje in razširitev jasne definicije zdravstvene nege in vlog medicinskih sester. Nacionalne organizacije medicinskih sester so odgovorne za definiranje zdravstvene nege in vlog medicinskih sester, ki so skladne s sprejetimi mednarodnimi definicijami in pomembne za zdravstvene potrebe njihovega naroda.”*

### **3.3. Zavedanje posameznika, da sam kreira svojo kariero**

Pomemben vpliv na vlogo posameznika, da sam oblikuje svojo kariero, ima razvoj in status poklica v družbi, ki ga opravlja. Kljub temu, da je profesionalizacija zdravstvene nege v slovenskem prostoru težavna in cilji na tem področju še niso doseženi tako na nivoju stanskih združenj, kot na nivoju zdravstvenega sistema, pa mora posameznik prevzeti aktivno vlogo pri oblikovanju svoje kariere. Dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje oziroma na lasten pogled na kariero so:

- posameznik: dom, vzgoja, znanje, izkušnje, vrednote;
- situacije: delovno okolje, organizacijska kultura, vodja, sodelavci, urejenost delovnega okolja, delovne naloge, organizacija dela idr;
- interakcija posameznih situacij v delovnem okolju in privatnem življenju.

Pokazalo se je, da so tiste medicinske sestre, ki so orientirane v karierni razvoj, bolj zadovoljne s svojim delom in izbrano profesijo (Kovner in sod. 2006). Aktivni pristopi posameznika pri oblikovanju kariere so vezani na vprašanja, ki si jih mora zastaviti vsak posameznik in s tem sprejeti odgovornost za svojo kariero:

- Samorazvoj: Kam želim priti, kaj želim doseči?
- Osebni cilji: osebni dohodek, napredovanje, dobri delovni pogoji idr
- Usklajenost lastnih in organizacijskih ciljev (Merkač, 2005).

Samo želja in volja posameznika sta za razvoj kariere premalo, potrebno je prilagajanje na organizacijske potrebe. V današnjem času neprestanih družbenih in ekonomskih sprememb postajajo delovna mesta na vseh področjih vedno manj zanesljiva. Vseživljenjska zaposlitev znotraj iste delovne organizacije ni več norma. Z neprestanim profesionalnim razvojem si posamezna medicinska sestra lahko zagotavlja ohranitev zaposlitve oziroma je v primeru izgube ali menjave službe bolj konkurenčna drugim medicinskim sestram ali pa ima bolj raznolike možnosti pri zaposlovanju in kariernem razvoju (Fralic, 1999; Price, 2007).

### 3.4. Vloga pomanjkanja medicinskih sester in zapuščanja profesije

Pomanjkanje medicinskih sester je v današnjih časih nesporno dejstvo. Razlogov za nastalo situacijo je več. Na eni strani se starajoča populacija medicinskih sester upokojuje, po drugi strani pa se vedno manj mladih ljudi odloča za vstop v profesijo zdravstvene nege, ker jim druge profesije nudijo boljše pogoje za profesionalni in karierni razvoj (Steinbrock 2002). Poleg splošnega pomanjkanja medicinskih sester zaznamuje današnji čas tudi pomanjkanje medicinskih sester na določenih profesionalnih področjih, ki bi bile primerno izobražene in kompetentne za zadovoljevanje pacientovih in družbenih zdravstvenih potreb v spreminjajočem se zdravstvenem sistemu (AACN, 2001). Medicinske sestre tudi zapuščajo profesijo zdravstvene nege. Kot razlog raziskave največkrat navajajo fizično in psihološko naporno in stresno delo, težko zagotavljanje zadovoljujoče oskrbe, pomanjkanje medicinskih sester in pomanjkanje možnosti za profesionalni razvoj ter nezadovoljstvo s plačilom (Sjogren in sod., 2005; Gardulf in sod., 2005).

Pomanjkanje medicinskih sester ni v interesu pacientov in družbe, niti ni v interesu profesije ali delovnih organizacij, kar je možno trditi na podlagi številnih raziskav, ki so povzete v nadaljevanju. Že leta 1998 so Blegen, Goode in Reed preučevali učinke zaposlovanja medicinskih sester na umrljivost in obolevnost pacientov. Odkrili so, da je večja zastopanost medicinskih sester povezana z nižjim obsegom napak pri medikaciji in pojavom razjed zaradi pritiska ter z večjim zadovoljstvom pacientov. Dodatna raziskava je istega leta preučila ravni zaposlovanja medicinskih sester in rezultate pri pacientih ter odkrila, da so se napake pri jemanju zdravil zmanjšale z večjim deležem medicinskih sester v kombinaciji osebja (Blegen in Vaughn 1998). Kovner in Gergen (1998) sta odkrila povezavo med letnim številom polno zaposlenih medicinskih sester na pacienta in okužbami sečnih poti, pljučnico, trombozo in pljučnimi zapleti po večjem kirurškem posegu. V raziskavi, ki je vključevala več kot 68.000 pacientov z akutnim miokardnim infarktom, so odkrili, da je število dnevni delovnih ur medicinskih sester na pacienta v obratnem sorazmerju z umrljivostjo (Schultz in sod., 1998). V raziskavi, v kateri so primerjali kakovost zdravstvene nege pri pacientih z AIDSom, je Aiken s sod. (1999) odkril, da je bila dodatna medicinska sestra na pacienta na dan povezana s 50% zmanjšanjem v tridesetdnevni umrljivosti. Povečanje za 0,25 medicinske sestre na pacienta na dan je bilo povezano z 20% zmanjšanjem v tridesetdnevni umrljivosti. V odmevni raziskavi, ki so jo izvedli Aiken in sod. (2002), so zbrali in analizirali podatke o 10.184 medicinskih sestrah in 232.342 pacientih, ki so prestali operativni poseg. Avtorji so odkrili, da je vsak dodaten pacient na medicinsko sestro, ki že skrbi za štiri paciente, povezan s 7% povečanjem verjetnosti smrti pacienta v tridesetih dneh po sprejemu in 7% povečanjem možnosti, da bo prišlo do neuspeha pri reševanju zapletov.

Vse zgornje ugotovitve so dober razlog za spodbujanje profesionalnega razvoja in povečanja kariernih možnosti v zdravstveni negi, ki bi se odrazil v večjem zanimanju za vstop v profesijo in v zmanjšanem zapuščanju profesije. ICN je skupaj z nacionalnimi zvezami medicinskih sester pripravljena prevzeti potrebno vodstvo pri vpeljavi, promociji in razvoju sistemov kontinuiranega izobraževanja zdravstvene nege in zagotavljanje, da kadarkoli je to mogoče, te izobraževalne priložnosti vodijo do priznanih akreditacij. Soglaša, da bodo

delovali z vladami in zdravstvenimi agencijami pri razvijanju in/ali izvajanju kontinuiranih izobraževalnih programov v okviru zdravstvene nege in/ali pri splošnem izobraževalnem sistemu, medtem ko bodo promovirali priznavanje temeljnih kompetenc medicinskih sester in podpirali skupno priznavanje kvalifikacij med državami. ICN se tudi zaveda, da so najboljši izidi pacienta ali skupnosti odvisni od dobre prakse, ki jo podpira visoka stopnja profesionalne kompetentnosti (ICN, 2007).

### **3.5. Dostopnost do kontinuiranega izobraževanja in profesionalnega razvoja**

Dostopnost do kontinuiranega izobraževanja in profesionalnega razvoja je odločilna in temeljna pravica delavca (ILO, 2005). Žalostno dejstvo je, da medicinska sestra postaja najmanj izobraženi član zdravstvenega tima, kar ima posledice tako za profesijo zdravstvene nege kot za paciente (Fralic, 1999). Sodelovanje s člani zdravstvenih profesij, še posebno z zdravniki, se promovira kot primeren pristop k timskem delu. Pravo sodelovanje predpostavlja možnost za partnerstvo in za priznavanje prispevka vseh sodelujočih. Večina medicinskih sester je veliko manj izobražena od zdravnikov in zato običajno niso videne kot enakopravne sodelavke zdravnikom (Leddy in Pepper, 1998). Po drugi strani pa zdravstvena nega še vedno temelji na tradiciji, ritualih in navadah, namesto na dokazih (Formella in Rovin, 2004). V lastni poklicni skupini prevladuje močan antiintelektualizem; ta izhaja iz pretekle številčne prevlade nizko izobraženih medicinskih sester v poklicu. Zanika se pomen izobrazbe, povečuje se pomen prakse (Pahor, 2006).

V zadnjem desetletju so se pojavile določene spremembe, ki so povečale potrebo in nujnost, po razvoju bolj nedvoumnih opisov o storitvah, ki jih lahko ponujajo medicinske sestre in o razlikovanju prispevka zdravstvene nege v okviru multidisciplinarnega zdravstvenega tima. Medicinske sestre so razširile in razvile svoje vloge na mnoge načine. A k temu so prispevali tudi drugi zunanji dejavniki. Npr. racionalizacija v kombinaciji s pomanjkanjem medicinskih sester sta pripeljali do tega, da je bilo delo, ki so ga opravljale medicinske sestre preneseno na različne druge delavce (RCN, 2003). Sočasno pa so zahteve po koristnejši izrabi zdravnikovih storitev privedle do tega, da so medicinske sestre začele prevzemati določena dela, ki so jih prej opravljali zdravniki. Raziskave so pokazale, da lahko medicinske sestre opravljajo ta dela varno in kompetentno in da pacienti cenijo njihovo delo (Needleman in sod., 2002).

Z vidika napredka profesije zdravstvene nege bi moralo biti kontinuirano izobraževanje dostopno vsemu osebju v zdravstveni negi. Za razvoj takega sistema je nujno potrebno identificirati temeljno znanje, veščine, stališča in znanstvena načela za prakso zdravstvene nege. Temeljno znanje zdravstvene nege bi moralo biti tudi neprestano objavljano, vključevati bi moralo zadnja dognanja socioloških, izobraževalnih in zdravstvenih znanosti ter moralo bi spodbujati nastajanje inovativnih pristopov pri zagotavljanju nege in oskrbe. Učni načrti bi morali biti načrtovani in pripravljani v povezavi z vsemi zdravstvenimi potrebami in možnimi viri tarčne populacije vključno z njihovim socialnim in kulturnim okoljem (ICN, 2007). Stanje v profesiji zdravstvene nege se od tega ideala zelo razlikuje. Predvsem je povprečna

izobrazbena raven pod visokošolsko ravnijo že v ZDA, ki ima najvišjo izobrazbeno strukturo (okoli 40 % medicinskih sester z visoko izobrazbo, magisterijem ali doktoratom), v Evropi pa je povprečje še nižje. V Sloveniji ima npr. postsekundarno izobrazbo le približno četrtnina vseh zaposlenih v zdravstveni negi (Pahor, 2006).

## 4. Zaključek

Pot profesionalizacije je težavna. Pahorjeva (2006) povzema glavne značilnosti procesov profesionalizacije:

- profesionalnih značilnosti noben poklic ne pridobi naenkrat, ampak postopoma, v raznolikih in specifičnih zgodovinskih situacijah;
- atributi profesij niso dani nobeni poklicni skupini, vsaka si jih mora izboriti korak za korakom;
- vloga znanja in izobraževanja pri profesionalizaciji ni preprosta;
- pridobitev ugleda in visokih dohodkov je oblika skupinske socialne mobilnosti navzgor;
- poklic pridobi privilegije na osnovi pogajanj z nosilci družbene moči.

Značilnosti skupine, ki se profesionalizira so:

- teoretično znanje kot osnova za delo,
- specializirano izobraževanje, ki ga nadzoruje sama profesija,
- formalno preverjanje kompetentnosti pripadnikov profesije,
- profesionalna organizacija,
- kodeks profesionalne etike,
- altruistična orientacija (Pahor, 2006).

Karierno napredovanje je pomembno za karierni razvoj samih medicinskih sester in za družbo, ker omogoči zdravstveni negi, da se prilagodi in odgovori na spreminjajoče se zdravstvene potrebe prebivalstva. Karierno napredovanje omogoča, da medicinske sestre dosežejo osebne karierne cilje in s tem prispevajo k razvoju profesije zdravstvene nege, ker na ta način povečajo kompetence članov dejavnosti. Karierno napredovanje omogoči zdravstveni negi, da se odzove na znanstvene, tehnološke, družbene, politične in ekonomske spremembe s prilagoditvijo ali razširitvijo svojih vlog ter s sestavo in številom delavcev v zdravstveni negi, vse z namenom zagotavljanja prepoznanih zdravstvenih potreb (ICN, 2007).



## 5. Literatura

1. AACN. Strategies to reverse the new nursing shortage. Position Statement. AACN, 2001.
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Nursing Association* 2002; 288 (16): 1987-1993.
3. Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care* 1999; 37 (8): 760-772.
4. Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research* 1998; 47 (1): 43-50.
5. Blegen MA, Vaughn T. A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics* 1998; 16 (4): 196-203.
6. Cameron KS, Quinn RE. *Diagnosing and Changing Organizational Culture Based on the Competing Values Framework*. Addison-Wesley, 1999.
7. Cooper CL, Clarke S, Rowbottom AM. Occupational stress, job satisfaction and well-being in anaesthetists. *Stress Medicine* 1999; 15 (2): 115 – 126.
8. Davies HTO, Nutley SM. Developing learning organizations in the new NHS. *BMJ* 2000; 320: 998-1001.
9. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly* 2001; 79 (2): 281-315.
10. Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Soc Sci Med* 2001a; 52: 215–22.
11. Formella N, Rovin S. Creating a Desirable Future for Nursing, Part 2: The Issues. *Journal of Nursing Administration* 2004; 34 (6): 264-267.
12. Fralic, M.F. Nursing leadership for new millennium – essential knowledge and skills. *Nursing and Health Care Perspectives* 1999; 20 (5): 260-265.
13. Gardulf A, Södeström IL, Orton ML, Eeriksson LE, Arnetz B, Nordström MG. Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management* 2005; 13: 329–337.
14. Ibarra, H. Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation. *Administrative Science Quarterly* 1999; 44: 764–791.
15. ICN. Position statement 2001 (Career development in nursing). ICN, 2007. Dostopno na: <http://www.icn.ch/pscardev.htm>. 23. 10. 2007
16. ILO. *Nursing Personnel Convention No.149*. Geneva: ILO, 2005.
17. Jones KR, Redman RW. Organizational culture and work redesign. Experience in three organizations. *JONA* 2000; 30 (12): 604-610.
18. Kane-Urrabazo C. Management's Role in Shaping Organizational Culture. *Journal of Nursing Management* 2006; 14: 188-194.
19. Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1998; 30 (4): 315-321.

20. Kovner C, Brewer C, Wu YW, Cheng Y, Suzuki M. Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 2006; 38 (1): 71–79.
21. Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdahl P. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human Resources for Health* 2006; 4: 3.
22. Leddy S, Pepper JM. *Conceptual bases of professional nursing*. 4th edition. Philadelphia: Lippincott – Raven Publishers, 1998: 12-13.
23. Merkač Skok M. *Osnove managementa zaposlenih. (Management)*. Koper: Fakulteta za management, 2005.
24. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart BA. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine* 2002; 346 (22): 1715-1722.
25. Pahor M. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit, 2006.
26. Patterson C. The economic value of nursing. *Nursing Economics* 1992; 10 (3): 193-204.
27. Price B. Professional development opportunities in changing times. *Nursing standard* 2007; 21: 29-33.
28. Roberts L M. Changing faces: professional image construction in diverse organizational settings. *Academy of Management Review* 2005; 30 (4): 685–711.
29. Royal College of Nursing. *Defining nursing*. London: Royal College of Nursing, 2003.
30. Schultz MA, van Servellen G, Chang BL, McNeese-Smith D, Waxenberg E. The relationship of hospital structural and financial characteristics to mortality and length of stay in acute myocardial infarction patients. *Outcomes Management for Nursing Practice* 1998; 2 (3): 130-136.
31. Shortell SM, Zazzali JL, Burns LR, Alexander JA, Gillies RP, Budetti PP, Waters TM, Zuckerman HS. Implementing evidence- based medicine: The role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations. *Medical Care* 2001; 39 (7): 62-78.
32. Skela Savič B, Pagon M, Robida A . Predictors of the level of personal involvement in an organization : a study of Slovene hospitals. *Health Care Manage Rev* 2007; 32 (3): 271-283.
33. Skela Savič B. *Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu : doktorska disertacija*. Kranj, 2007.
34. Skela Savič B, Pagon M. Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. *Organizacija (Kranj)* 2007; 40 (4): A 63 - A 74.
35. Skela Savič B, Pagon M, Lobnikar B. Analiza vodenja v slovenskih bolnišnicah: kdo so uspešni vodje?. *Organizacija (Kranj)* 2004; 37 (1): 5-15.
36. Sjogren K, Fochsen G, Josephson M, Lagerstrom M. Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42 (7): 751–758.
37. Stark M. Creating a positive professional image. *Information Outlook* 2005; 9 (8): 24 – 27.
38. Steinbrock R. Health policy report. Nursing in the crossfire. *New England Journal of Medicine* 2002; 22: 1757–1766.



# The importance of research in the development of a career in nursing

**prof. dr. Alice Kiger**  
University of Aberdeen, Scotland  
[a.kiger@abdn.ac.uk](mailto:a.kiger@abdn.ac.uk)

## Summary

*This presentation will focus on ways in which research is important at different phases of a nurse's career and in different types of nursing careers. The ways in which nurses engage with research will be explored, specifically:*

- *as critical users of research,*
- *as participants in individual research studies,*
- *as participants in research project teams, and*
- *as initiators and leaders of research.*

*Throughout the presentation, examples from the 'real world' of research will be used as illustration.*

## 1. Introduction

Research has become increasingly important in nursing over recent decades. It sits alongside the increasing emphasis placed on 'evidence-based practice', because research provides the source of much of the best evidence. In addition, research enhances the development of nursing as a professional discipline, supporting nurses to take responsibility for the safety and effectiveness of their practice.

## 2. Critical use of research

In many modern nursing education programs, nursing students encounter research within the study curriculum. They become familiar with basic types of research methods (e.g.

questionnaire surveys, randomized controlled trials, qualitative interviewing, focus groups) and learn to critically appraise research reports that appear in the published literature. Thus students begin to become intelligent users of research. A vital aspect of this relates to how research impacts on practice, so appraisal must include an assessment of a report's relevance to practice and a consideration of how relevant research can be incorporated in practice.

Such critical appraisal and use of research is nowadays considered to be essential to the practice of all nurses, so for nurses to progress in their careers, they must be aware of research, know how to appraise it, and incorporate it in their practice. This of course provides a challenge for nurses who were educated in older programs that did not have research as part of the curriculum. Such nurses may feel 'outshone' by newly-educated nurses and may feel intimidated by the idea of research. In some cases, there may be courses or study days available for qualified nurses, providing basic understanding of research principles and methods. For nurses who don't have access to such courses, there is a range of textbooks that may be helpful, such as Macnee and McCabe's book on *Understanding Nursing Research*<sup>1</sup>. For nurses who want to progress to a more advanced understanding of research, there are numerous textbooks, such as Parahoo's<sup>2</sup> or Polit and Beck's<sup>3</sup> books on *Nursing Research*.

### **3. Participating in individual research activity (examples will be given)**

For many nurses, their first experience in doing research will be by conducting an individual study within an educational program, usually at graduate level, such as in a Master's degree or, at a more advanced level, for a doctoral degree. This provides an opportunity to develop basic research skills and write up a report under the guidance of an academic supervisor. The achievement of a graduate degree that incorporates experience of research can contribute to the development of a nurse's career in at least three ways. First, it can contribute in a personal way to improving the nurse's own practice, possibly assisting the nurse to move into a specialist area of practice. Secondly, it provides the nurse with a qualification that will give her or him a better opportunity for professional advancement. Thirdly, for nurses who want to progress further in research, it can enhance their opportunities for this.

---

<sup>1</sup> Macnee CL & McCabe S (2006) *Understanding Nursing Research: Reading and Using Research in Evidence-Based Practice*, 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 978-0-7817-4271-9

<sup>2</sup> Parahoo K (2006) *Nursing Research: Principles, Process and Issues*, 2<sup>nd</sup> edition. Palgrave Macmillan. ISBN 0-333-69918-1

<sup>3</sup> Polit DF & Beck CT (2003) *Nursing Research: Principles and Methods*, 7<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0781737338.

#### **4. Participating in research as member of a project team (examples will be given)**

Experience of research can be enlarged by working within a team on a funded project. Funding for research projects often includes support for research assistants, and a nurse who is interested in progressing her or his career in this direction can watch for advertisements for such posts. This type of work provides an opportunity to expand the nurse's practical research skills and ability to work within a team. In some cases, such research teams include members from different disciplines. Working with these interdisciplinary teams can provide interesting and beneficial breadth of experience.

#### **5. Initiating and leading research (examples will be given)**

Nurses who wish to make research a central part of their work and career will move on to participate in initiating, planning and leading research projects. This process begins with the conception of a research question or problem, and moves through the writing of a proposal, enlisting other team members as appropriate to the project, identifying a potential funding body, applying for funding, managing the project, writing up the report, and further disseminating the findings, such as through conference presentations and journal articles.

#### **6. Conclusion**

Thus research is essential to all nurses' careers. For those who choose to focus their careers within clinical practice, awareness of research and an ability to appraise and use it intelligently are essential. Nurses who choose to move into roles more directly associated with research need to develop the wide range of skills necessary for executing research studies. In both cases, those who practise nursing and those who conduct research relevant to nursing practice, both nursing itself and the individual nurse's career are enhanced by research.



# VI.

## Ali lahko v zdravstvu govorimo o kariernem razvoju zaposlenih?

**mag. Suzana Štular**

Vaš Partner, kadrovsko in poslovno svetovanje  
suzana@vas-partner.si

### Izveček

*Tudi na področju zdravstva so zaposleni vedno bolj pomemben dejavnik razvoja. Nedvomno je karierni razvoj zaposlenih ključni dejavnik ne le zadovoljstva, ampak tudi zavzetosti in učinkovitosti zaposlenih. Čeprav so na prvi pogled možnosti močno omejene, nam model kariernih sidra odpre nov pogled na razvoj karier v zdravstvu in s tem odpre nove možnosti. Nedvomno je pomemben dejavnik za nadaljnje odpiranje možnosti in implementacijo kariernega razvoja zaposlenih v zdravstvu tudi razvoj kadrovske funkcije s pretežno administrativne na strateško raven. Le sistemsko vpeljana orodja kadrovskega menedžmenta bodo vodjem ne le olajšala, ampak omogočila polno načrtovanje in upravljanje karier zaposlenih.*

**Ključne besede:** karierni razvoj, načrtovanje in upravljanje kariere, karierna sidra, kadrovska funkcija

### Abstract

*Human capital is becoming an important element of development also in the medical field. Career development is key factor of employee satisfaction, but more importantly of employee engagement and efficiency. At the first glance the possibilities of career development in the health care seem limited. New approach through the model of career anchors broadens the possibilities and gives new insights into career development. The key element of further implementation of career development in the health care is development of HR from purely administrative to strategic level. HR tools and systems will not only make career planning and easier but as well enable full career planning and management process.*

**Key words:** *career development, career planning and management, career anchors, human resources management*

## 1. Karierna pot

V zdravstvu smo priča trendu vedno večje specializacije, ki ga omogočajo nova znanstvena spoznanja. Ta omogočajo vedno višjo raven zdravstvene oskrbe in zdravstvena nega pri tem ni in ne more biti izjema.

Trend nenehne specializacije vnaša spremembe ne samo na področje kakovosti izvajanja storitev, ampak tudi na področje razvoja zaposlenih: stalno izobraževanje in usposabljanje je nujno, spreminjajo se tudi načini prenosa znanj znotraj organizacije. Nedvomno se spreminja tudi odnos do lastne kariere. Če je še pred kratkim veljalo, da ko enkrat stopiš na poklicno pot, na njej vztrajaš do upokojitve, je to danes vedno težje izvedljivo. Vse manj govorimo o “zaposlitvi do konca življenja” in vse več o doživljenjski zaposljivosti, o karieri po upokojitvi in doživljenjskem učenju (Novak, 2007). S tem se prenaša tudi odgovornost: za svojo poklicno pot, za svojo kariero smo namreč vse bolj odgovorni mi sami in ne več naš delodajalec.

### 1.2. Vertikalna in horizontalna karierna pot

Klasična delitev kariernih poti je delitev na vertikalno in horizontalno karierno pot. Na področju zdravstva to pomeni, da svojo kariero lahko gradimo na vzpenjanju po vodstveni lestvici ali pa s specializacijo na posameznem strokovnem področju. Vertikalno napredovanje je navadno povezano z odmikom od strokovnega področja, saj so pomembnejša znanja s področja vodenja in voditeljstva, včasih tudi s področja ekonomije. Horizontalno napredovanje je navadno vezano na vedno ožje visoko strokovno področje, ki je pogosto povezano tudi z večjo stopnjo odgovornosti. Ena od možnosti horizontalnega napredovanja je tudi krožna karierna pot: zaposleni znotraj podjetja menja področje svojega dela oz. področje specializacije. Na področju zdravstva je slednja težje izvedljiva, saj vsako specializirano področje zahteva več let strokovnega izpopolnjevanja.

Če nam klasičen model kariernih poti lahko pojasni možni razvoj kariere, pa nam zelo malo pove o tem, kateri izbor je za nas pravi. Le razumevanje lastnih preferenc nam lahko pomaga načrtovati kariero tako, da bomo z njo zadovoljni, da bomo opravljali delo, ki nas veseli in je skladno z našimi sposobnostmi in pričakovanji.

Karierni razvoj tako ni samo usposabljanje in spremljanje novosti na strokovnem področju in ni samo vzpenjanje po hierarhični lestvici znotraj organizacije. Zaposleni vedno bolj iščejo tudi zadovoljstvo in smisel svojega dela. V pogojih stabilnega ekonomskega okolja je bila vloga vodje omejena na dajanje navodil in nadzor izvedbe zadanih nalog. V pogojih globalnega ekonomskega trga in vedno zahtevnejše konkurence pa je vloga vodje precej bolj zahtevna: vodja je tudi motivator in zelo pogosto pomaga sodelavcem osmišljati delo, mu dati smisel. Ljudje smo na področju motivacije zelo različni: ne motivirajo nas iste zadeve, nismo vsi enako ambiciozni in v svojem delu ne iščemo istega. Za uspešno upravljanje kariernega razvoja svojih sodelavcev moramo torej vedeti več kot le to, v čem so dobri in v



čem pri svojem delu uživajo. Razumeti moramo, zakaj nekaj radi počnejo: ugotoviti moramo, katere so tiste značilnosti dela, zaradi katerih so naši sodelavci motivirani, zakaj so jim naloge zanimive in zakaj v svojem delu uživajo.

In seveda enako velja za nas: za uspešno načrtovanje lastnega kariernega razvoja se moramo dokopati do istih ugotovitev. Pri tem nam najbolj pomaga model kariernih sider, ki ga je na osnovi longitudinalne študije razvil prof. Schein.

## **1.2. Model kariernih sider**

Izbor karierne poti in pogosto že poklica temelji na osebnem izboru enega od osmih področij, ki jih je Schein (1990) poimenoval karierna sidra. Schein karierna sidra opisuje kot samoopredelitev lastnih kompetenc, motivov in vrednot, ki dajejo stabilnost in smer posameznikovi karieri. V praksi se je pokazalo, da imajo posamezniki navadno do tri karierna sidra. Kadar pa smo prisiljeni izbirati med temi, je navadno le eno področje tisto, ki se mu nismo pripravljene odpovedati. To je naše najmočnejše karierno sidro in se bo na naši karierni poti odražalo na različne načine.

Na osnovi identificiranih kariernih sider bomo lažje definirali tipe pozicij in delovnih okolij, ki so za nas ali za naše sodelavce najbolj primerni, in bomo kariero načrtovali in upravljali skladno s temi ugotovitvami.

### **1.2.1. Tehnično/funkcionalno sidro**

To sidro nekateri imenujejo tudi sidro specialista; osebe s tem prevladujočim sidrom so rade dobre v tem, kar počno, in želijo biti na svojem področju dela vrhunski strokovnjaki. Radi se izpopolnjujejo in usposablajo in želijo svoje delo opravljati nadpovprečno dobro. Področje dela, primerno za to karierno sidro, je lahko katerakoli specialnost, industrija ali organizacija. Ključno je, da lahko svoje sposobnosti in talente uporabljajo pri svojem delu, radi se vključujejo v procese mentoriranja in učenja drugih.

### **1.2.2. Menedžersko sidro**

Za razliko od specialistov, osebe s prevladujočim menedžerskim sidrom vidijo specializacijo kot omejitve. Nimajo želje, da bi bili sami vrhunski strokovnjaki, ampak želijo, da strokovnjaki delajo zanje. Želijo prevzemati vedno večjo odgovornost, nimajo težav z delegiranjem, usposabljanjem, reševanjem problemov, usmerjanjem in nasploh radi delajo z ljudmi. Pogosto so dobri analitiki, da bi bili pri svojem delu uspešni, morajo imeti dobro razvite veščine čustvene inteligentnosti.

Osebe z menedžerskim kariernim sidrom lahko najdemo na različnih področjih, ključni njihove motivacije so vodenje, odgovornost in sodelovanje.

### **1.2.3. Sidro neodvisnosti in samostojnosti**

Njihova primarna potreba je, da delajo po svojih pravilih. Izogibajo se standardom in raje delajo sami, neodvisno od drugih sodelavcev. Nad delom, ki ga opravljajo, želijo imeti nadzor od začetka do konca in za opravljeno delo želijo priznanje.

Najbolj uspešni in zadovoljni so na položajih, kjer imajo postavljena pričakovanja in cilje, ki jih uresničujejo na svoj način. Modre karijerne izbire so svetovanje, pogodbeno ali projektno delo.

#### **1.2.4. Sidro varnosti in stabilnosti**

Iščejo stabilnost, varnost in kontinuiteto; če bi lahko izbirali, bi najraje ostali pri istem delodajalcu do upokojitve. Radi imajo umirjeno, predvidljivo delovno okolje, kjer opravljajo delo, ki so mu kos. Izogibajo se tveganjem. Zanimajo jih visoko strukturirane organizacije, kjer so pričakovanja in pravila jasna.

Pogosto jih najdemo v velikih, centraliziranih organizacijah, v državni upravi in državnih podjetjih. Bolj kot vrsta dela, ki ga opravljajo, jim je pomembna organizacijska kultura.

#### **1.2.5. Sidro podjetne ustvarjalnosti/podjetniško sidro**

Pri svojem delu so energični, inovativni in ustvarjalni. Ustvarjalnost izražajo tako, da odpirajo nova podjetja ali nove projekte in smeri dela znotraj organizacij, kjer delajo. Fokus je na udejanjanju ideje, zato so za razliko od kariernega sidra neodvisnosti, pripravljeni na sodelovanje pri delu.

Zelo pogosto imajo svoje podjetje. Delovno okolje mora biti dinamično, sicer jim hitro postane dolgčas.

#### **1.2.6. Poslanstvo / predanost širšemu smislu**

Njihovo gonilo je pomagati, služiti drugim. Motivira jih delo, ki odraža njihove ključne vrednote, čeprav to delo na primer ni v neposredni povezavi z njihovimi talenti. Namen dela postavljajo pred delo samo. Svoje delo pogosto doživljajo kot podaljšek tega, kar so.

Pogosto so zaposleni v javnih službah, nepridobitnih organizacijah. Znotraj organizacij so pogosto na kadrovskega področju, v svetovalnih službah.

#### **1.2.7. Čisti izziv**

Nenehno iščejo nove izzive in težke probleme, ki jih lahko rešijo. So tekmovalni in vidijo ovire le kot priložnosti, da se preizkusijo in dokažejo. Če se ljudje s kariernim sidrom podjetne ustvarjalnosti pričnejo dokaj hitro dolgočasiti, ti sidrom čistega izziva nenehno potrebujejo nove in nove izzive. Pogosto zamenjajo delovno mesto ali zaposlitev in zelo verjetno bodo imeli več kariernih poti v življenju.

Najbolj primerno delovno okolje je tisto, kjer sta zaželeni tekmovalnost in individualni pristop in kjer je velik pritisk na doseganje ciljev. Najbolj tipično takšno okolje je na področju prodaje.

#### **1.2.8. Življenjski slog**

Osebe s kariernim sidrom življenjskega sloga smatrajo delo le kot del njihovega življenja. Ne gre toliko za iskanje ravnotežja med poklicnim in zasebnim življenjem, kot za intergacijo obeh. Gledajo na celoten življenjski vzorec, kjer pomembno mesto zasedajo hobiji, kot npr. potovanja, jadranje, maraton.

Njihov moto je "delaj, da živiš" in iščejo organizacije s sproščeno organizacijsko kulturo. Pogosto so tudi na delovnih mestih, kjer je visoka fluktuacija, ali na delovnih mestih s krajšim delovnim časom.

### **1.3. Karierna sidra v zdravstvu**

V zdravstvu najpogosteje najdemo zaposlene s prevladujočimi kariernimi sidri specialista, poslanstva in varnosti. Pri načrtovanju kariere posameznika je potrebno upoštevati karierna sidra in njihovo kariero upravljati skladno s tem. Tako bomo sodelavcem omogočili, da jih delo izpolnjuje in da so pri tem motivirani. Le takšni sodelavci bodo pri svojem delu zadovoljni in učinkoviti. Npr. za nekoga, ki ima prevladujoče karierno sidro varnosti, ne bomo načrtovali hudih sprememb in ga, če je le možno, ne bomo silili na druga področja dela. Če pa imamo sodelavca, ki ima prevladujoče karierno sidro čistega izziva, je enota nujne pomoči ali sprejemna ambulanta najbolj primerno področje dela zanj. Podobno bomo posameznika s kariernim sidrom specialista usposabljali na izbranem področju dela in mu bomo omogočili, da svoje znanje pokaže in da ga deli s sodelavci.

Pri načrtovanju vertikalne karierne poti se najpogosteje zgodi, da zelo dobremu specialistu zaupamo vodenje oddelka, tima, skupine. Prav menedžersko sidro in sidro specialista pa sta v največjem diametralnem nasprotju. Žal pogosto dobimo kombinacijo nezadovoljnega in ne več zelo uspešnega specialista in nezadovoljen kolektiv. Pri iskanju vodij moramo biti torej pozorni tudi na karierna sidra.

## **2. Vloga strateške kadrovske funkcije pri načrtovanju karier v zdravstvu**

Za uspešno načrtovanje in upravljanje karier zaposlenih v zdravstvu so ključni vodje, ki prepoznavajo pomembnost in pomen učinkovitega upravljanja karier za zadovoljstvo in zavestnost zaposlenih. Poleg precej operativnega in strokovnega dela za vodje to pogosto predstavlja dodatno breme, saj so pri načrtovanju kariere sodelavcev zelo pogosto bolj ali manj prepuščeni lastni presoji in iznajdljivosti. Podobno kot Kralj ugotavlja za SPS Ginekološko kliniko (2006, str. 2 in naslednje), lahko trdimo, da je na splošno na področju zdravstva kadrovska funkcija na ravni administrativne in le redko na ravni strateške kadrovske funkcije. Strateška vloga kadrovske funkcije v organizaciji je nepogrešljiv vezni člen med vizijo in cilji organizacije na eni strani in potrebnimi viri za njihovo uresničitev na drugi strani. Uskladitev usposabljanja, izobraževanja, zaposlovanja in razvoja zaposlenih z zastavljeno vizijo in z zastavljenimi cilji. V tem kontekstu je načrtovanje karier zaposlenih ključni dejavnik in nujen člen v verigi, ki vodi do uspeha in udejanjanja vizije.

Orodja, ki jih v takšnem kontekstu kadrovska funkcija pomaga vzpostaviti, so letni razvojni pogovori, kompetenčni profili in ustrezen sistem ocenjevanja in nagrajevanja zaposlenih. S kompetenčnimi profili za posamezna delovna mesta ali skupine delovnih mest določimo tiste veščine, sposobnosti in tista znanja, ki jih posamezniki potrebujejo, da dobro opravljajo svoje delo. Z razvojnimi pogovori prenašamo vizijo do vsakega zaposlenega, uskladimo

individualne cilje in cilje organizacije ter načrtujemo razvoj kariere in usposabljanja zaposlenih. Sistem ocenjevanja in nagrajevanja zaokroži zgodbo z dodatno materialno in/ali nematerialno motivacijo zaposlenih za do- ali preseganje ciljev in izpopolnjevanje kompetenc.

Razvoj kariere nam znotraj tega omogoča iskanje ravnovesja med zahtevami organizacije in željami zaposlenih.

Če zaključimo z izhodišnim vprašanjem, ali v zdravstvu lahko govorimo o kariernem razvoju, je odgovor še vedno nedvoumno da. Vsekakor pa bi neprecenljivo dodano vrednost pomenil razvoj kadrovske funkcije na strateško raven, in sicer ali znotraj organizacije ali v obliki izdvojitve funkcije zunanjim strokovnjakom. Ne samo, da bi vpeljava nekaterih kadrovskih orodij vodjem olajšala načrtovanje karier svojih sodelavcev, ampak bi povezava ciljev organizacije in karier zaposlenih precej povečala učinkovitost, zadovoljstvo in tudi zavzetost zaposlenih v zdravstvu.

### 3. Literatura

1. Kuhelj Krajnović, E. in Bertonec, M. Imate karierna sidra v pravem pristanu. 2007. MQ. Letnik I, št. 5. str. 35-35.
2. Kralj, B. Vrednotenje dejavnikov razvoja kariere zdravstvenih delavcev, magistrska naloga, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, julij 2006.
3. Novak, B. Spodbujanje kariere odraslih v poznih srednjih letih. Dostopno na: [http://www.geocities.com/nlpmojster/pozna\\_kariera.rtf](http://www.geocities.com/nlpmojster/pozna_kariera.rtf), 2.1.2008.
4. Schein, E. H. Career Anchors (discovering your real values), San Francisco: Jossey-Bass Pfeiffer. 1990.

# VII.

## Pomen mentorstva v izobraževanju in kariernem razvoju medicinskih sester

asist. mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo  
ramsakpj@email.si

### Izveček

*Klinična praksa, njeno vodenje ter mentorstvo so pomembni dejavniki v izobraževalnem procesu zdravstvene nege. Mentor je tisti, ki študente spodbuja, vodi, usmerja, motivira, krepi njihovo samopotrđitev in vpliva na njihov karierni razvoj. Študenti zdravstvene nege potrebujejo pomoč pri kariernem razvoju zato, da postanejo samozavestni, da spoznajo lastne prednosti in slabosti, da znajo prepoznati možnosti poklicnega razvoja znotraj profesije zdravstvene nege. Mentorstvo ima pozitiven vpliv tudi na mentorje, poveča njihovo poklicno pripadnost, samozavest, zadovoljstvo pri delu in vpliva na njihov karierni razvoj. Prispevek predstavlja pregled literature. Namen je prikazati povezanost in vpliv mentorstva predvsem v klinični praksi na karierni razvoj študenta zdravstvene nege.*

**Ključne besede:** mentorstvo, zdravstvena nega, kariera, izobraževanje

### Abstract

*Leading the clinical practice and mentoring are the important factor in the nursing education. Mentor role is to encourage, lead, guide, motivate the students and enhance their self-confidence and career development. Nursing students on their career development require support, to become aware of their strengths and weaknesses and to recognize possibilities of professional development within the nursing field. Mentoring has positive influence on mentors them self in the way increasing a professional identity, self-confidence, job satisfaction and giving the an opportunity in career success.*

*The contribution of this article is literature review. The main purpose is to present the connection and influence of mentoring on nursing students career development.*

**Key words:** mentoring, nursing career, education

## 1. Uvod

Karierni razvoj na področju zdravstvene nege je kompleksen in zahteva sistem, ki je vzpodbujajoč, trajen in trden, da bi omogočal uspešen poklicni razvoj, zadovoljstvo pri delu ter zmanjšal fluktuacijo delovne sile (Greene, Puetzer, 2002). Ena izmed možnih intervencij je mentorstvo. Mentorstvo ali preceptorstvo se začne že v času izobraževanja in naj bi se nadaljevalo v času zaposlitve. Posebej na začetku zaposlitve in pri razvoju poklicne poti novozaposleni potrebuje podporo, razumevanje, prenos znanja in izkušenj starejših medicinskih sester vseh profilov (dalje medicinske sestre). Sposobnost razvijanja, predstavljanja in podajanja idej ter znanja, poštenost, profesionalne vrednote in zaupljivost so kakovosti, ki naj bi jih mentor imel. Ena izmed pomembnejših nalog mentorja je tako prispevanje k razvoju človeških virov kot tudi profesije same. Mentor je tisti, ki spodbuja ideje, uresničuje sanje študentov, krepi njihovo samopotrditve in usmerja njihov poklicni razvoj, poudarjata avtorja Brodshaw in Barlett (2001).

Mentorstvo je proces, ki v posamezniku prebuja potrebo po samouresničevanju in razvoju. Študent oziroma širše rečeno mentorirani ima potrebo po socializaciji in poklicnem ter osebnem razvoju, in sicer tako študent zdravstvene nege kot novozaposleni ali medicinska sestra, ki je menjala strokovno področje delovanja. Naloga mentorja je tudi, da mentoriranega seznani in mu predstavi filozofijo, cilje, politiko, organizacijo profesije in možnosti njegovega kariernega razvoja (Greene, Puetzer, 2002). Študente je potrebno usmerjati in vzgajati tako, da bi se obrnili po pomoč k mentorju takrat, ko sami določenega problema trenutno ne zmorejo ali ne znajo rešiti. Ko študentje osvojijo ta pristop, bodo v vseh nadaljnjih kliničnih praksah postajali bolj samostojni, zreli, odgovorni in stremeli bodo k uresničitvi kariernih ciljev (O'Connor, 2001).

## 2. Namen in metoda dela

Namen prispevka je na osnovi površnega pregleda literature približati in povezati mentorstvo in kariero v izobraževanju zdravstvene nege. Prispevek želi poudariti vpliv mentorstva na karierni razvoj študenta. Predstavljen je pomen samospoznavanja in samoocenjevanja pri študentih v času izobraževanja in vpliv tega na njihove karierne usmeritve.

Za osnovo zbiranja in analize virov je bil uporabljen pregled literature, za namen predstavitve vsebine in pojmov je bila izbrana opisna raziskovalna metoda. Zbiranje literature se je začelo novembra 2007. Uporabljene so bile bibliografske baze Cobiss, EbscoHost, ScienceDirect z naslednjimi iskalnimi strokovnimi izrazi: klinična praksa, zdravstvena nega, mentorstvo, izobraževanje, (ang. clinical practice, clinical environment, mentoring, career development, education).

## 3. Zdravstvena nega in kariera

Vsi zaposleni na področju zdravstvene nege imamo svoj načrt, cilj in svojo možnost izbire. Proces samoocenjevanja je pomemben del začetka načrtovanja kariere. Načrtovanje kariere

re je integralni del razvoja profesije, je del poklicnega in osebnega razvoja. Družba in pojavi v njej narekujejo, da ukvarjanje s kariero in tosmerna dejanja ne bodo le občasna, temveč potrebna vsakdanjost sleherne poklicne skupine, tudi diplomirane medicinske sestre. V zdravstveni negi je težko govoriti, da omogoča uspešno in hitro kariero, še posebej, če razumemo kariero kot vertikalno rast. Uspešno kariero pomeni prav tako horizontalni poklicni razvoj (drsenje proti sredini), ki prinaša mnogim zadovoljstvo in uspeh. Pomembno je, da medicinska sestra ve kaj hoče, da ima jasno postavljene cilje, se jih zaveda in teži k njihovi uresničitvi. Medicinska sestra, ki pristopa k načrtovanju kariere sistematično in je zadovoljna sama s sabo in pri delu, kakovostno opravlja svoje delo, je motivirana ter odprta za novosti. Takšna medicinska sestra prispeva h kakovostni zdravstveni negi in k zadovoljstvu bolnikov. Samoocenjevanje kot dejavnik v procesu načrtovanja kariere je zato pomembno. S procesom samoocenjevanja medicinska sestra ugotavlja in vrednoti sedanje stanje in si oblikuje želeno stanje tako poklicno kot osebno.

Odkrivanje svojih prednosti in slabosti pomeni odkrivati svoje mesto v svetu oziroma družbi. Vsak sam prevzame skrb za načrtovanje kariere, zato je še posebej dobrodošlo, če izbere zaposlitev glede na lastne interese, osebnostne lastnosti, svoje znanje in sposobnosti. Pri tem pa si mora razjasni pomembnost poklicne vloge in vloge v družini, med prijatelji ter pomen denarja in zdravja. Dogodki v okolju in osebni razvoj spodbujajo vsakega posameznika, da se občasno vpraša, ali je v poklicni karieri uspešen in kaj bi moral narediti, da bi v tem pogledu dosegel kaj več. Tem življenjsko pomembnim vprašanjem se ni mogoče izogniti. Avtorica Ramšak Pajk (2003) je razvila večkriterijski hierarhični model samoocenjevanja, ki vodi medicinsko sestro k sistematičnosti, h kritičnosti in k odgovornosti. Poudarja pomen poznavanja in vrednotenja lastnih prednosti in pomanjkljivosti ter posredno vpliva na povečanje kakovosti dela medicinske sestre in njenega zadovoljstva pri delu.

Zadovoljstvo s kariero je proces zaznavanja vsakega posameznika glede na doživljanje ravnovesja med njegovim vložkom in izkupičkom. Če posameznik doživlja razmerje pravično, to vodi do zadovoljstva s kariero. Pomanjkanje kadrov v zdravstveni negi in trend zmanjševanja zaposlovanja ter povečanje obremenjenosti zaposlenih na področju zdravstvene nege lahko vodijo do nezadovoljstva s kariero in se lahko razume kot (Mills, Blaesing, 2000):

- medicinske sestre vedno manj doživljajo zdravstveno nego kot profesionalno disciplino;
- spremembe v odnosu medicinska sestra - pacient;
- zdravstvenim delavcem pretežno upad ponosa biti zaposlen v zdravstveni negi.

Načrtovanje kariere po ICN (Mednarodni svet medicinskih sester, 2001) je kontinuiran proces samoocenjevanja in postavljanja ciljev. Medicinskim sestram pomaga pri prilagajanju tako spremembam in razvoju profesije kot tudi okolju, kjer živijo in delajo.

## 4. Izobraževanje in kariera

Odločanje glede vrste izobraževanja in izbora poklica prizadane še zelo mlade ljudi, ki ne

čutijo tolikšne odgovornosti odločitve kot odrasli. Karierne odločitve mladih lahko razumemo v kontekstu njihove življenjske zgodbe, kjer se razvija in oblikuje njihova identiteta, z interakcijami v sredini z njim pomembnimi ljudmi in z okoljem ter s kulturo, kjer živijo. Na odločitve mladih glede njihove prihodnje zaposlitve oziroma njihovega izobraževanja imajo velik vpliv starši, sosedje, bližnji sorodniki, idoli, možnost izobraževanja in možnost zaposlitve. Odločitve mladih so navadno bolj spontane in usmerjene na slučajne ali ponujene priložnosti (Hodkinson, 1995). Pričakovanja okolice, vloga, ki jo imajo v družbi, in socialni status posameznika imajo vpliv na karierne odločitve. Poklicna odločitev je zelo pomemben življenjski korak. Vsak poklic ima svoje značilnosti, zato se mladi zanj odločajo po svojem interesu. Z delom človek lahko dokaže svoje sposobnosti in oblikuje svojo osebnost. Najbrž je težko reči, da bo tisti, ki je uspešen med šolanjem, uspešen tudi v poklicu. Poklicna izbira je poleg drugih faktorjev kot so starši, sovrstniki, zelo veliko odvisna od samopodobe posameznika. Nekaj temeljnih vprašanj, ki zajemajo samopodobo (Brečko, 2001):

- Kakšne so moje sposobnosti, nadarjenost? Kje so moje prednosti in kje slabosti?
- Kaj so moji glavni motivi, kakšne so moje potrebe, cilji in ambicije? Kaj želim in česa ne maram?
- Kakšne so moje vrednote, katera so najpomembnejša merila, po katerih presojam, kaj in kako delujem? Ali delam to, kar je skladno z mojimi vrednotami? Sem ponosen na svoje delo in kariero ali se ju sramujem?

Brez vzgoje in izobraževanja človek ne bi mogel spoznati in uresničiti možnosti svojega razvoja. Proces vzgoje in izobraževanja pomaga posamezniku, da spozna svoje potrebe in se jih zave. Pomaga mu tudi pri iskanju ustreznih načinov, oblik in sredstev za njihovo zadovoljevanje. Z vzgojo in izobraževanjem razvija človek stvaren, kritičen odnos do okolja, spoznava zakonitosti razvoja družbe, to pa mu omogoči njegovo socializacijo. Odnos med razvojem osebnosti ter vzgojo in izobraževanjem je nujen, neizogiben, vzročno posledičen, stalen in zakonit (Jereb, 1998).

Schneiderjev model *Privlačenje-izbira-osip*, ki temelji na odnosu posameznik okolje pravi, da organizacije privlačijo in izbirajo posameznike s podobnimi osebnostnimi lastnostmi in da je osip večji med posamezniki z drugačnimi osebnostnimi lastnostmi, kot jih goji organizacija. Hollandova teorija kariernih tipov pravi, da posamezniki izberejo delovno okolje, ki je skladno z njihovim osebnostnim tipom. Samopoznavanje in samozavedanje je povezano s poznavanjem lastnih karakteristik, prednosti, slabosti, šibkih točk, lastnega sprejemanja s strani okolja. Poznavanje svojih osebnostnih potez je temelj načrtovanja kariere, sprejemanja primernih odločitev (Robbins, 2002). Avtorica Brečkova (2002) navaja, da je vizija poklica povezana s posameznikovim samorazumevanjem.

V izobraževanju zdravstvene nege je tako formalno kot neformalno mentorstvo bistvenega pomena. Študentje si morajo v času izobraževalnega procesa in praktičnega usposabljanja pridobiti znanje, določene veščine, razviti kompetence, pridobiti samozavest. To je možno



zgolj s pomočjo mentorjev, tako kliničnih kot šolskih, s katerimi študentje delajo in so z njimi dnevno v stiku. Ne glede na odnos ali je formalen oziroma neformalen, ima mentor in ne nazadnje vsak zaposleni pomembno vlogo pri razvoju in rasti prihodnjih diplomiranih medicinskih sester. Gibson (2004) navaja, da imajo vzorniki, ali nekdo, ki je študentu za vzgled, velik pomen in vpliv v izobraževanju in v kariernih odločitvah. Vzorniki so pomembni tudi zaradi iskanja samega sebe in lastnega razvoja. Mentorji v klinični praksi pogosto predstavijo študentom zdravstvene nege vzornika oziroma osebo, po kateri se le-ta zgledujejo in jim veliko pomeni (Lo, 2002; Rosser et al., 2004).

Izobraževanje je čas in proces, kjer si študent jasni obzorja poklicnih interesov in ciljev. Hkrati je to priložnost spoznavanja specifičnih področij znotraj stroke, navezovanja stikov, spoznavanja vodilnih kadrov, organizacijske kulture. Klinična praksa, vzporedno s svojim osnovnim poslanstvom nabiranja znanja in izkušenj ponuja neposredne stike in komunikacijo z zaposlenimi na posameznih področjih. Vse tovrstne izkušnje, vsi tovrstni vtisi in vsa tovrstna poznanstva, vplivajo na oblikovanje kariere študenta. Allen in Finkelstein (2003) zagovarjata dejstvo, da je v modernem času mentorstvo tako v izobraževanju kot na delovnem procesu vedno bolj ključno pri kariernem razvoju in uspehu. Ne sme pa se zanemariti tudi drugih oseb, ki imajo pri mlajši populaciji večji vpliv na oblikovanje kariere. To so ljudje, ki jih študentje srečujejo bolj ali manj intenzivno v času izobraževanja in prve zaposlitve. Na karierni razvoj vplivajo ravno tako članstva v različnih združenjih in delovanje študentov v njih.

## 5. Mentorstvo in kariera

Moderni čas in trendi v zaposlovanju so prinesli pri zaposlenih težnjo po več zaposlitvah oziroma po opravljanju več nalog hkrati. Želijo, da je delo pestro, zanimivo, želijo si priznana, želijo narediti kariero in hočejo prispevati del sebe. Dodatna naloga postati mentor je lahko eden izmed takšnih izzivov medicinskim sestram, zaposlenim v različnih ustanovah. Raziskava avtorjev Wodnough, Davidson, Fielden (2006) je pokazala, da se mentorji zavedajo pomena in vpliva mentorstva na dojemanje lastne kariere, možnosti razvoja in tudi potencialne ovire. Biti mentor vpliva na zavedanje lastne vloge, poveča njen pomen v družbi, poveča mrežo socialnih stikov ter pripadnost stroki in organizaciji.

Sodeč po avtorjih (Wanberg, Kammeyer-Mueller, Marchese, 2006), mentorji doživljajo mentorstvo bolj kot karierno usmerjanje in psihosocialno delovanje, medtem ko so mentorirani v raziskavi bolj poudarjali le psihosocialni vidik. V mentorskem medosebnem odnosu oba težita k pozitivnim izidom ter k izoblikovanju jasnih poklicnih ciljev pri mentoriranem. Kot pravi Bally (2007), koncept mentorstva, organizacijske kulture in vodenje v zdravstveni negi vplivata na zaznavanje in karierni razvoj posameznika. Pomembno dejstvo je, da je rezultat mentorstva povečanje zaupanja vase, v svoje profesionalno delovanje, povečanje občutka lastne vrednosti in ne nazadnje, da le-to posredno vpliva na promocijo profesije v družbi. Jakubik (in sod., 2004, cit. po Bally, 2007) navaja, da delovanje mentorstva sledi novim spoznanjem in ima za cilj povečati samozaupanje medicinskih sester, promovira poklicni razvoj

in spodbuja vseživljenjsko učenje.

Mentorstvo v zdravstveni negi že presega osnovne definicije mentorstva, kjer sta aktivno udeležena le dva. Pojavlja se potreba po timskem pristopu in sodelovanju. Mentorstvo študentom zahteva vpletenost in medsebojno komunikacijo šolskih, kliničnih in oddelčnih mentorjev ter tudi ostalih zaposlenih. Avtorica McWeeny (2002, cit. po Grossman, 2007) meni, da se proces mentorstva spreminja. Je v prehajanju iz tradicionalnega diadnega modela v številčnejši model. Mentorstvo se bo vedno bolj posvečalo timskim dosežkom in bo za sodelovanje in komunikacije vključevalo sodobno informacijsko tehnologijo in medmrežje.

## 6. Diskusija

Omenili smo že, da hkrati pri razvoju kariere posameznika poteka tudi razvoj njegove samopodobe. Formalno izobraževanje in poklicne izkušnje so osnova, da posameznik spozna svoje darove, motive in vrednote. Z veliko izkušnjami in povratnimi informacijami študent predstavo o sebi hitreje razvija, v nasprotnem primeru lahko traja proces precej dlje. Mentor ocenjuje študente, vrednoti njihovo delo, njihov napredek, uspeh, obravnava njihove ideje, jih usmerja, vodi in jim svetuje. Med mentorjem in mentoriranim se vzpostavi interakcijski odnos, ki naj bi bil demokratičen, ploden in partnerski. V takem harmoničnem odnosu se razvijata oba in uresničujeta svoje karierni cilje.

Vsak posameznik, tako študentje kot medicinske sestre, bo primoran prevzeti odgovornost in kontrolo nad razvojem svoje kariere. Kjerkoli medicinska sestra deluje, vpliva s svojim osebnostnim in poklicnim razvojem na razvoj profesije. Karierni razvoj medicinske sestre je povezan z nenehnim učenjem, prilagajanjem, samopotrjevanjem in avtonomnim pristopom (Mednarodni svet medicinskih sester, 2001). Želja po razvoju in negativni dejavniki, spodbujajo razmišljanje o samem sebi, o prihodnosti, spremembah, dodatnem izobraževanju. Možnosti, ki se ponujajo, so med drugim postati tudi mentor prihodnjim diplomiranim medicinskim sestram. Nove vloge in naloge pomenijo nov izziv in priložnost pokazati svoje sposobnosti mladim ter z njimi deliti znanje in izkušnje. Največja ovira do uspeha je ta, da se zdi uresničitev pričakovanega izven možnosti našega dosega, zato je pomembno, da se medicinska sestra zaveda svojih poklicnih in osebnih sposobnosti ter zaupa vanje.

Koncept mentorstva se običajno sprejema kot zelo pozitiven, ki pa je lahko tudi kvaren. Na primer, če je mentor preveč zaščitniški, želi imeti kontrolo nad vsem, zavira ustvarjalnost študentov. Avtorici Brodshaw in Lowenstein (2001) pravita, da se v odnosu mentor mentorirani razvijata in rasteta oba. Proces mentorstva aktivno vpliva na profesionalno in osebno stno rast mentorja (klinični, šolski) in študenta zdravstvene nege.

Čeprav je mentorstvo v izobraževanju za zdravstveno nego prisotno že dolgo, se vendarle spreminja. Največji vpliv na spremembe imajo profesionalne vrednote, ki so od poslušnih, ponižnih prešle v samostojne, neodvisno misleče medicinske sestre (Oermann, Heinrich, 2003). Ta vpliv je čutiti tudi pri študentih, ki pričakujejo vedno več od profesorjev, vedo, kaj hočejo, njihovi karierni cilji so jasni in ambiciozni. Zdravstvena nega si hitro in učinkovito utira pot ter prinaša spremembe v izobraževanju, pri zaposlenih, tudi v družbi sami. Mladi

so dojemljivi, željni znanja in sprememb, zato je pomembno vlagati v njihov profesionalni razvoj in jih spodbujati k uspešni karieri.

## 7. Zaključek

Mentor klinične prakse in šolski mentor imata zahtevno in odgovorno nalogo. Proces razvoja, izobraževanja, oblikovanja, rasti in piljenja je nujen. Kajti le ob zahtevnem, natančnem, samozavestnem mentorju in ob ravno pravi meri drila ter ob upoštevanju učnega programa bo prihodnji diplomant pripravljen na naslednji korak, in to je vstop v poklicno kariero. Ob izobraževanju in nabiranju izkušenj poteka proces spoznavanja samega sebe, svojih prednosti in slabosti. Ob tem pa študent pomembno pridobiva samozavest in samozaupanje, ki sta pomembna tako za nadaljnje strokovno delovanje kot tudi za nadaljnji karierni razvoj.

S pomočjo literature sem v prispevku poskušala odgovoriti na vprašanje vpliva mentorstva na karierni razvoj študentov zdravstvene nege ter na vprašanje pomena mentorstva za karierni razvoj študentov zdravstvene nege. Izsledki številnih avtorjev in raziskav potrjujejo povezanost in soodvisnost. Poraja se zanimivo področje, ki naj pomeni izziv nadaljnjemu raziskovanju.

## 8. Literatura

1. Allen T.D., Finkelstein L.M. Beyond mentoring: alternative sources and functions of developmental support. *Career Development Quarterly*, 2003. Dostopen na: (<http://proquest.umi.com>), 21.12.2007.
2. Bally J. The role of nursing leadership in creating a mentoring culture in acute care environments. *Nursing Economic*, 2007; 25: 3: 143-149.
3. Brečko D. Predstava o sebi in načrtovanje kariere, *Andragoška spoznanja* 2001: 2: 41 – 54.
4. Brečko D. Razvoj kariere kot interakcija med posameznikom in organizacijo ter vloga izobraževanja, *Andragoška spoznanja* 2002: 2: 84 – 90.
5. Brodshaw M., Barlett J. Fuszard's inovative teaching strategies in nursing. UK, Jones&Barlett, 2001, 234-236.
6. Gibson D. E. Role models in career development: New directions for theory and research, *Journal of Vocational Behavior*, 2004: 65: 1.
7. Greene M.T., Puetzer, M. The value of mentoring: A strategic approach to retention and recruitment. *Journ Nurse Care Qual* 2002; 17: 1: 67-74.
8. Grossman S.C. *Mentoring in nursing: A Dynamic and Collaborative process*. USA, Springer, 2007. 1-10.
9. Hodkinson P. How young people make career decisions, *Education & Training* 1995, 37: 8: 3-15 Dostopno na: (<http://proquest.umi.com>) 21.12.2007.
10. Jereb J. *Teoretične osnove izobraževanja*. Kranj, Moderna organizacija, 1998.
11. Lo R. A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *Journal of Advanced Nursing*

- 2002; 39: 2: 119-26.
12. Mednarodni svet medicinskih sester – ICN Career planning and development; Its your career: take charge, ICN, Geneva, 2001.
  13. Mills A., Blaesing S. A lesson from the last nursing shortage; the influence of work values on career satisfaction with nursing, JONA 2000: 30; 6: 309-315.
  14. O'Connor A. Clinical Instruction and evaluation: A teaching resource. UK, Jones&Barlett, 2001.
  15. Oermann M. H., Heinrich K. T. Annual Review of Nursing Education 2003. Springer Publishing, 2003. Dosegljivo na : (<http://books.google.com/books?id=mjfvjmVVfhwC&dq=%22mentoring+nursing%22&lr> 21.12.2007.
  16. Ramšak Pajk J. Računalniški model samoevalvacije v procesu načrtovanja kariere medicinske sestre, Magistrsko delo, Kranj, 2003.
  17. Robbins S.P. Organizational Behavior. New Jersey, Prentice Hall 2002, 7-10.
  18. Rosser M., Rice AM., Campbell H., Jack C. Evaluation of mentorship program for specialist practitioners. Nurse Education Today 2004; 24: 596-604.
  19. Wodnough H., Davidson M., Fielden S. The experiences of mentors on a career development and mentoring programme for female mental health nurses in the UK National Health Service, Health Services Management Research, 2006: 19: 3: 186-196.
  20. Wanberg C.R., Kammeyer-Mueller J., Marchese M. Mentor and protégé predictors and outcomes of mentoring in a formal mentoring program. Journal of Vocational Behavior 2006; 69: 3: 410-423.

Primeri uspešnih  
raziskovalnih karier  
na področju zdravstvene  
nege in zdravstvenega  
menedžmenta



# I.

## Vpliv identitete in samopodobe na karierni razvoj medicinskih sester v Sloveniji

asist. mag. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Katedra za zdravstveno vzgojo  
andreja.kvas@vsz.uni-lj.si

### Izvleček

**Teoretična izhodišča:** Na uspešnost kariernega razvoja deluje mnogo dejavnikov, v prispevku se je avtorica osredotočila na samopodobo, identiteto in zadovoljstvo pri delu.

**Cilj:** Z raziskavo je avtorica ugotavljala vpliv samopodobe, identitete in zadovoljstva pri delu anketiranih medicinskih sester na razvoj njihove kariere.

**Metoda:** Pri obdelavi in analizi podatkov je bil uporabljen programski paket SPSS 10. Kot instrument je bil uporabljen anketni vprašalnik, razdeljen na več sklopov. V raziskavi je sodelovalo 2450 slovenskih medicinskih sester, od katerih jih je 1067 vrnilo izpolnjen anketni vprašalnik (43,6 odstotna uresničitev vzorca).

**Rezultati:** Medicinske sestre se najbolj strinjajo s trditvami, da je medicinska sestra dobro srce in, da ima delovne roke. Sebe najpogosteje opredeljujejo kot odgovorne, zanesljive, razumevajoče, praktične, razumne, samostojne, marljive itd. Zadovoljstvo pri delu so ocenile s povprečno oceno 6,6.

**Razprava:** Rezultati raziskave kažejo, da se samopodoba, identiteta in zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu razlikujejo glede na starost, izobrazbo in položaj v službi. Ker vsi omenjeni dejavniki močno vplivajo na razvoj kariere, se kaže potreba po spodbujanju načrtovanja in upravljanja kariere medicinskih sester že v času študija in kasneje na delovnem mestu.

**Ključne besede:** medicinska sestra, samopodoba, identiteta, zadovoljstvo na delovnem mestu, kariera

## Abstract

**Theoretical framework:** *Successfulness of career development is dependent on many factors, author of this article focuses on self-concept, identity and work satisfaction.*

**Objective:** *Author researched the influence of self-concept, identity and work satisfaction of surveyed nurses on development of their careers.*

**Method:** *Survey questionnaire, thematically divided in multiple parts, was applied as research instrument and SPSS 10 software package was used for data processing and analysis. 2450 slovene nurses participated in research, 1067 of those returned filled in questionnaires (43,6 % sample realization).*

**Results:** *Nurses agree the most with statement that equates nurse with kind heart and working hands. Nurses define themselves as responsible, reliable, understanding, practical, reasonable, independent, diligent, etc. On average they assess their work satisfaction with 6,6.*

**Discussion:** *Research results imply that nurses' self-concept, identity and work satisfaction vary according to age, received education and professional position. Because all of above mentioned factors have influence on career development, need for stimulation of nurses' career planning and management should be met as early as during study and later on, with employment.*

**Key-words:** *nurse, self-concept, identity, work satisfaction, career*

## 1. Uvod

Razvijanje kariere postaja v današnjem času hitrih in kompleksnih sprememb na področju dela vedno bolj pomembno. Karierna pot posameznika ni več le tradicionalno hierarhična, od spodaj proti vrhu, temveč postaja vedno bolj nepredvidljiva in spiralna. Ličen (2007, str. 23) ugotavlja, da je za sodobnost značilen tudi t. i. karierni model tobogana, kjer se kariera posameznika dviguje in spušča v nepredvidljivih lokih. Cvetko (2002) navaja, da večina zaposlenih naredi tri do pet kariernih prehodov v svojem delovnem obdobju, predvsem zaradi spremenjenih odnosov pri opravljanju dela, premikih v tehnologiji, podaljšanju delovnega obdobja, povečanju teženj za kakovost delovnega življenja ipd. Brečko (2007, str. 63) ugotavlja, da je opaziti tudi vse hitrejšo menjavo ne le delovnih mest, temveč poklicev sploh. V Evropi naj bi sedanji tridesetletniki vsaj štirikrat v svoji aktivni zaposlitveni dobi menjali poklic.

Odgovornost za razvoj kariere smo doslej pripisovali predvsem delovnim organizacijam, Brečko (2007) pa navaja, da se le-ta pomika pod okrilje posameznika. Posameznik torej prevzema tudi vso odgovornost za lasten karierni razvoj, kar pomeni, da mora sam poskrbeti tudi za novo znanje in spretnosti, ki jih bo pri tem potreboval. In kot navaja Beck (2000), je to značilno za sodobno družbo, ki jo lahko imenujemo tudi družba tveganja. V tej družbi tveganja je treba upoštevati kompleksnost dejavnikov razvoja poklicne kariere.



Na karierni razvoj posameznika vplivajo številni dejavniki: njegove osebnostne lastnosti, vrednote, zadovoljstvo pri delu, podoba poklica v javnosti, itd. Namen prispevka je teoretično obrazložiti pojme samopodoba, identiteta, poklicna identiteta in njihov vpliv na karierni razvoj medicinskih sester (medicinska sestra – vsi profili od srednje do fakultetno izobraženih in obeh spolov), z raziskavo med slovenskimi medicinskimi sestrami pa najti povezave med samopodobo, identiteto in zadovoljstvom anketiranih.

### 1.1 Samopodoba in identiteta

Po pregledu literature sem ugotovila, da mnogi avtorji enačijo pojma samopodoba in identiteta, spet drugi vidijo v njiju razliko. Nastran Ule (2000) navaja, da številni psihologi označujejo isti psihični konstrukt na več načinov. Nekateri pravijo temu sebstvo<sup>1</sup> (to je samostalniki, izpeljan iz besede "sebe"), drugi identiteta, tretji samopodoba, četrti socialni jaz, vsi pa so si enotni, da gre za množico odnosov, ki jih posameznik vzpostavlja do samega sebe. V ta razmerja vstopa postopoma, in sicer s predstavami, z občutki, vrednotenjem in ocenjevanjem samega sebe, svojih tipičnih socialnih naravnosti in ravnanj, ki jih najprej prek prvotnega objekta in nato prek širšega družbenega okolja razvija že od rojstva.

V nadaljevanju bom skušala obrazložiti oba pojma ločeno. Danes razumemo *samopodobo* kot množico odnosov, ki jih posameznik – zavestno ali nezavedno – vzpostavlja do samega sebe. V te odnose s samim seboj vstopa postopoma, s pomočjo predstav, občutij, vrednotenj, stališč, sposobnosti, ocen samega sebe, svojih tipičnih socialnih naravnosti in ravnanj, itd., ki jih razvija že od otroštva dalje (Nastran Ule, 1993; Kobal, 2000, str. 25). S takšno organizirano celoto pojmovanj, stališč, sposobnosti doživljanj, itd., uravnava in usmerja svoje ravnanje (Musek, 1992) ter povezuje svoj vrednotni sistem z vrednotnim sistemom ožjega in širšega družbenega okolja (Marčič, 2006, str. 64).

Samopodoba se postopno oblikuje že od otroštva in se spreminja vse življenje. Skladno z osebnostnim razvojem se torej oblikuje tudi samopodoba, vendar se ne razvija zgolj kot celota, temveč se postopoma vzpostavljajo zelo različne samopodobe: telesna, socialna, akademska, emocionalna itd. Psihologi opredeljujejo samopodobo kot predstave, stališča, poteze, lastnosti, mnenja in druge psihične vsebine, ki jih človek pripisuje samemu sebi (Kvas, 2003, str. 46).

*Identiteto* umeščamo med temeljne koncepte sodobnih družbenih znanosti (Kovačev, 1991; Kovačev, 1994a; Kovačev, 1994b, cit. v Kovačev, 1997, str. 15). V 17. stoletju se je Locke spraševal, kaj določa edinstvenost in prepoznavnost posameznika. Tako povezavo edinstvenosti in prepoznavnosti je poimenoval identiteta posameznika. Pri definiciji pojma identiteta se oxfordski slovar angleškega jezika opira na latinski koren besede *identitatis* (*idem* – isti)

---

<sup>1</sup> Nastran Ule (2000, str. 324) pravi, da je sebstvo razumljeno kot neka od drugih oseb ločena, v sebi zajeta, neodvisna, konsistentna enotna in zasebna celota psihofizičnih potez, značilnosti, nagnjenj in sposobnosti človeka. Poudarja njegove zmožnosti, da jemlje samega sebe kot predmet opažanja, razmišljanja, delovanja. Sebstvo je tudi notranja potreba in potencial. Povezano je z množico predstav posameznika o samem sebi in z mehanizmi samonadzora. Sebstvo definira, kaj oseba aktualno je.

in izpostavlja dva osnovna pomena: koncept istosti (npr. to identično temu) in koncept posebnosti (distinctiveness). Oba skupaj pa pomenita konsistentnost oz. kontinuiteto v času (Nastran Ule, 2000, str. 2–3).

Nastran Ule (2000, str. 83) navaja, da se identiteta pogosto definira z zastavljanjem vprašanja "kdo sem" oz. s tem, kar identiteta ni. Tu se pojem identiteta zamenjuje s pojmom sebstva (selfa) in individualnosti. To vprašanje namreč ne nagovarja subjekta<sup>2</sup>, da se primerja oziroma da se postavi v odnos, kar je bistvena značilnost identitete.

Pojem sebstva omogoča temeljno spremembo v pojmovanju človeka. Sprva so ga pojmovali kot bitje, ki ga je najprimerneje proučevati z naravoslovnimi metodami. Kasneje so ugotovili, da s preprostimi laboratorijskimi poizkusi ne morejo proučevati skriti, notranji in nespoznavni univerzum, temveč so začeli pojmovati človeka kot samorefleksivno, avtonomno in aktivno bitje, ki lahko sprejme odgovornost za svoja dejanja (Allport, 1943 cit. v Kovačev, 1997, str. 23). Urh (2001, str. 6) pravi, da je identiteta ustvarjalni proces uravnoteženja med notranjim in zunanjim. Je rezultat v vmesnem prostoru.

Petersen (1998) loči dva sociološka koncepta identitete: prvi zagovarja tezo, da je identiteta posamezniku dana in s tem relativno stabilna in nesprejemljiva značilnost, drugi se opira na predpostavko, da je le-ta pridobljena in temelji na nenehnem ponotranjanju družbenih vlog in značilnosti, ki jih družba tem vlogam pripisuje. Pahorjeva (1999) piše, da se identiteta oblikuje postopoma, skladno s človekovim psihičnim razvojem in z interakcijo z okoljem. V veliki meri se izoblikuje v socialnih interakcijah.

## 1.2 Poklicna identiteta

Posebno obliko identitete omogočata poklicna in zaposlitvena pripadnost, med sabo se funkcionalno povežeta. Poklicno področje ima posebno vlogo v socializacijskih procesih v času dozorevanja in zrelosti. Kovačev (1997, str. 95) navaja, da poklicna identiteta lahko tako močno določi posameznika, da govorimo o njegovi poklicni deformaciji (pogosta pri tistih, ki jim poklic izredno veliko pomeni). Zanje je značilna močna identifikacija z lastno poklicno skupino in se pogosto pojavlja pri tistih poklicih, kjer prevladuje timsko delo, ali pa pri poklicih, kjer poteka stalna izmenjava informacij med pripadniki iste stroke. Zaposlitvena identiteta pa implicira občutek pripadnosti in lojalnosti podjetju ali ustanovi, kjer je posameznik zaposlen. Identifikacija s podjetjem je posebno močna pri tistih, ki so zaposleni v uglednih podjetjih ali so dolgo zaposleni v istem podjetju, npr. na Japonskem.

Poklicna identiteta vključuje posameznikova stališča in prepričanja o njem samem in se izraža v izbiri poklica in dela. Oblikovanje poklicne identitete temelji na pričakovanjih, učenju in opravljanju dela. Proces socializacije je kontinuiran proces razvoja in oblikovanja poklicne identitete, ki traja vse življenje. Ob vstopu v organizacijo je najbolj dramatičen, vendar nikoli

---

<sup>2</sup> Subjekt je oznaka za posameznika kot socialnega akterja ter kot center zaznavanja, razmišljanja, govorjenja in delovanja. Subjekti so obenem akterji in so zavezani družbenim razmeram, strukturam.

končan, ker se zahteve in pričakovanja organizacije do posameznika večkrat pomembno spremenijo (Urh, 2001, str. 77).

Poklicno identiteto medicinske sestre določa področje, na katerem opravlja svojo dejavnost. Medicinska sestra lahko opravlja delo v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, zavodih za zdravstveno varstvo, zdraviliščih, domovih za starejše, zavodih za rehabilitacijo invalidov, šolah in vrtcih, reševalnih službah, zasebni zdravstveni praksi in humanitarnih organizacijah (Kvas, Seljak, 2004). Osebnostne značilnosti, ki naj dobro opredelijo strokovno identiteto medicinskih sester, je težko določiti, saj različna področja dela zahtevajo različne osebnostne lastnosti, vsem področjem pa so najbrž skupni vsaj empatičnost, posluš za težave drugih ljudi, odprtost, občutljivost, vestnost, humanost, natančnost ipd. Dobra medicinska sestra mora biti integrirana in zrela osebnost, pri čemer imamo najpogosteje v mislih etično, moralno, čustveno, spoznavno in socialno zrelost. K prepoznavni poklicni identiteti strokovnjakinje – medicinske sestre navznoter in k njeni priznanosti navzven verjetno največ prispeva samostojno in kritično uporabno znanje, ki ga lahko izkaže v praksi (Kvas, 2003, str. 50).

### 1.3 Razvoj kariere

Skoraj nemogoče je s splošno definicijo opredeliti pojem kariera, saj lahko vsakemu posamezniku pomeni nekaj drugega. Nekaj kolegic, zaposlenih v bolnišnici, sem vprašala, kaj jim pomeni pojem kariera. Dobila sem različne odgovore (subjektivna ocena), saj vsakemu posamezniku lahko predstavlja nekaj drugega. Tudi v literaturi je zaslediti različne definicije. Konrad (1996, str. 5) opisuje, da je kariera iz objektivnega vidika definirana kot sekvenca pozicij, ki jih posameznik opravlja v svoji zaposlitveni dobi. Brekić (1994, cit. v Florjančič in sod., 1999, str. 189) pravi, da je kariera uspešno napredovanje in promocija človeka v poklicu, pri čemer se pojavljajo ovire, vzponi in padci. Navadno ni posledica naključij. Odvisna je od posameznika, od politike razvoja kadrov v organizaciji, kjer je nekdo zaposlen. Greenhaus (1993, cit. v Cvetko, 2002, str. 46) navaja, da je kariera vzorec vseh izkušenj, pridobljenih v zvezi z delom, ki usmerjajo in povezujejo potek posameznikovega življenja. Urh (2001, str. 77) pravi, da vključuje pojem kariere to, kako oseba doživlja in osmišlja svojo delovno pot. Interni razvoj kariere precej pokriva človekov osebnostni razvoj. Hall (1996) jo povezuje z osebnim razvojem posameznika, ki je kompleksen pojav in vključuje strokovni, osebnostni in delovni razvoj.

Najnovejše definicije kariere potrjujejo, da je pojem različno razumljen tudi med raziskovalci. Tako Greenhaus in Schein navajata nekaj različnih vsebin za besedo kariera: posedovanje zaposlitve v organizaciji, napredovanje v zaposlitvi, status v profesiji, vključenost v neko delo in stabilnost v vzorcu zaposlitve (Simone, Harris, 1998, cit. v Cvetko, 2002, str. 7). Za kariero je značilno, da je dolgotrajen proces, ki pogosto poteka zelo počasi. Ljudje skozi življenjska obdobja močno povezujejo razvoj kariere in razvoj zasebnega življenja.

## 2. Metoda dela

Pri obdelavi podatkov in analizi je bil uporabljen programski paket SPSS 10. Za obdelavo podatkov so bile uporabljene različne statistične metode: hi-kvadrat, F-test, gama test, testi zanesljivosti in veljavnosti merjenja. Kot instrument je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je vseboval 104 vprašanja. V tem prispevku sem izbrala vprašanja, s pomočjo katerih sem ugotavljala samopodobo, identiteto in zadovoljstvo zaposlenih medicinskih sester v Sloveniji, kar močno vpliva na razvoj njihove poklicne kariere (vprašanje številka 5, 37, 64, 66, 90, 92). Vprašanja so bila zaprtega tipa z enim ali več možnimi odgovori, vprašanja izbirnega tipa s stopnjevanimi odgovori, vprašanja z numerično oceno, nekatera so vzeta iz drugih raziskav zaradi možnosti primerjave rezultatov.

### 2.1 Opis vzorca

Osnova raziskave je baza podatkov, pridobljena v raziskavi *Medicinske sestre v Sloveniji*, opravljeni v okviru *Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana* (danes Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana). V raziskavi je sodelovalo 2450 medicinskih sester, od katerih jih je 1067 vrnilo izpolnjen anketni vprašalnik (43,6 odstotna uresničitev vzorca). Zagotovljena je bila reprezentativnost vzorca; verjetnost, da bo vzorec posnel stanje v populaciji, se je povečala, ker je imela vsaka enota dosegljive populacije enakovredno možnost, da bo vključena (Peternelj, 2001). Vzorec je bil pridobljen s pomočjo seznama regijskih društev Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornice/Zveze), izbran je bil naključno. Kvas (2003) navaja, da je bilo v vzorec vključenih 95 % žensk in 5 % moških, starih od 18 do 55 in več let (povprečna starost 38 let). Izobrazbena struktura anketirank/cev: 661 (62,1 %) s srednjo izobrazbo, 290 (27,3 %) z višjo, 92 (8,6 %) z visoko in 21 (2,0 %) s fakultetno izobrazbo.

## 3. Rezultati

Rezultati analize so predstavljeni po naslednjih vsebinskih sklopih: vprašanja, povezana s samoopredelitvijo (poklicno in osebno), in vprašanja, povezana z zadovoljstvom z delovno situacijo anketiranih.

### 3.1 Poklicna samoopredelitev

Za oceno poklicne samoopredelitve so lahko anketirane medicinske sestre izbirale med: povprečna medicinska sestra je strokovnjakinja, ima dobro srce, delovne roke, je zdravnikova pomočnica in je vzdrževalka reda. Medicinske sestre se najbolj strinjajo s trditvama, da ima medicinska sestra dobro srce in delovne roke, potem s trditvama, da je zdravnikova pomočnica in strokovnjakinja, najmanj pa s trditvijo, da je vzdrževalka reda.

S F- testom sem ugotavljala različnost aritmetičnih sredin ocen poklicne samoopredelitve anketiranih medicinskih sester glede na izobrazbo, starost in položaj v službi. Strinjanje s trditvijo, da je medicinska sestra strokovnjakinja, z izobrazbo narašča. Strinjanje z drugimi

trditvami pa z izobrazbo pada. Pri skupinah, oblikovanih po starosti, se aritmetične sredine razlikujejo prav pri vseh vprašanjih. Strinjanje s trditvijo, da je medicinska sestra strokovnjakinja, s starostjo narašča.

**Tabela 1.** Položaj anketiranih medicinskih sester v službi

Položaj anketiranih medicinskih sester v službi	Št.	% od vseh
zaposlitev brez vodilnega oz. vodstvenega položaja (A)	728	68,2
občasno opravljam neposreden nadzor in vodenje izvršnih del (B)	148	13,9
neposredno vodenje in nadziranje dela izvršnih delavcev (C)	61	5,7
vodstveni položaj na ravni delovne enote (D)	88	8,2
vodilni položaj na ravni ustanove (E)	30	2,8
Skupaj odgovorov	1055	98,9
Brez odgovora	12	1,1
Skupaj anketiranih	1067	100,0

1 – ustreza, 2 - delno ustreza, 3 – ne ustreza

728 (88,2 %) anketiranih medicinskih sester je zaposlenih brez vodilnega oz. vodstvenega položaja, najmanj, 30 (2,8 %), jih ima vodilni položaj na ravni ustanove (Tabela 1).

**Tabela 2.** Povprečna ocena poklicne samoopredelitve in položaj anketiranih medicinskih sester v službi

	Položaj anketiranih MS v službi					Skupaj
	A	B	C	D	E	
Povprečna MS je strokovnjakinja	1,59	1,55	1,43	1,48	1,40	1,56
Povprečna MS ima dobro srce	1,29	1,37	1,26	1,56	1,41	1,33
Povprečna MS ima delovne roke	1,22	1,32	1,19	1,47	1,34	1,26
Povprečna MS je zdravnikova pomočnica	1,52	1,63	1,72	1,91	1,90	1,59
Povprečna MS je vzdrževalka reda	1,76	1,77	1,70	1,92	2,24	1,78

Glede na položaj, ki ga imajo medicinske sestre v službi, se s trditvama, da je medicinska sestra dobro srce in da ima delovne roke, najbolj strinjajo tiste, ki neposredno vodijo in nadzirajo dela izvršilnih delavcev, sledijo jim zaposlene brez vodilnega oz. vodstvenega položaja. S trditvijo, da je medicinska sestra zdravnikova pomočnica, in s trditvijo, da je vzdrževalka reda, se najbolj strinjajo tiste brez vodilnega oz. vodstvenega položaja, sledijo pa jim tiste, ki neposredno vodijo in nadzirajo dela izvršilnih delavcev. Pri trditvi, da je medicinska sestra strokovnjakinja, pa se niso pokazale statistično pomembne razlike (Tabela 2).

### 3.2 Samoopredelitev anketiranih medicinskih sester

Kako vidijo anketirane medicinske sestre same sebe, so lahko izbirale na lestvici različnih lastnosti. Ocenile so ji z ocenami: 1 – sploh ne, 2 – srednje, 3 – zelo. Medicinske sestre se najpogosteje opredeljujejo kot: odgovorne, zanesljive, razumevajoče, praktične, razumne, samostojne, marljive, kritične, družabne, se zanimajo za nova področja preučevanja, ustvarjalne, dobro izražajo misli, jih zanimajo družbeni problemi, inteligentne, izobražene in uveljavljajo svoje ideje.

Medicinske sestre veliko manj mislijo, da so konservativne, plahe, verne. Pri teh vprašanjih se odgovori tudi zelo razlikujejo (standardni odklon okrog 0.6).

Tudi po izobrazbi so med različnimi skupinami medicinskih sester velike razlike pri mnogih vprašanjih. Glede na izobrazbo se razlikujejo samoopredelitve, da: so razumne (da so najmanj razumne, mislijo medicinske sestre s fakultetno izobrazbo, da so najbolj razumne, pa tiste z visoko izobrazbo); so izobražene (z izobraženostjo narašča); jih zanimajo nova področja delovanja (z izobraženostjo narašča); so družabne (z izobraženostjo upada); so marljive (za najmanj marljive se imajo medicinske sestre z višjo izobrazbo, druge skupine se bistveno ne razlikujejo); rade uveljavljajo svoje ideje (najraje medicinske sestre z visoko izobrazbo, druge skupine nekoliko manj); jih zanimajo družbeni problemi (z izobraženostjo narašča).

Po starosti se razlikujejo samoopredelitve, da: so razumne (s starostjo pada); so kritične (najmanj kritične so najmlajše medicinske sestre, v drugih skupinah večjih razlik ni); so družabne (družabnost s starostjo pada); so konservativne (konservativnost s starostjo upada); so verne (najbolj verne so najmlajše in najstarejše medicinske sestre, najmanj pa tiste v starostni skupini od 45 do 54 let); so marljive (marljivost s starostjo upada); rade uveljavljajo svoje ideje (s starostjo upada); jih zanimajo družbeni problemi (s starostjo narašča).

Po položaju v službi se razlikujejo opredelitve, da: so izobražene (vodilni položaj na ravni ustanove, sledijo tiste, ki imajo vodstveni položaj na ravni delovne enote); so kritične (vodstveni položaj na ravni delovne enote, sledijo tiste, ki občasno opravljajo neposreden nadzor in vodenje izvršnih del); jih zanimajo nova področja proučevanja (vodilni položaj na ravni ustanove, sledijo tiste, ki imajo vodstveni položaj na ravni delovne enote); so družabne (občasno opravljajo neposreden nadzor in vodenje izvršnih del, sledijo jim tiste, ki imajo vodilni položaj na ravni ustanove).

### 3.3 Zadovoljstvo z delovno situacijo

Anketirane medicinske sestre so zadovoljstvo z delovno situacijo ocenjevale z desetstopenjsko lestvico, kjer je bila ocena 1 – sploh nisem zadovoljna in 10 – popolnoma sem zadovoljna. Največ se jih je odločilo za oceno 8 (22,1 %), 7 (18,5 %) in 5 (17,4 %), za najvišjo oceno pa le 8,4 %. Povprečna ocena je bila 6,5 (ob standardnem odklonu 2.23), kar ni ravno spodbudno. Najbolj so z delovno situacijo zadovoljne medicinske sestre v starosti od 45 do 54 let, najmanj pa medicinske sestre v starosti od 25 do 34 let. Izobrazba ne vpliva na zadovoljstvo z delovno situacijo. Po pričakovanjih so najbolj zadovoljne z delovno situacijo tiste na vodilnem položaju ustanove, sledijo jim tiste, ki imajo vodstveni položaj na ravni delovne enote, tiste, ki neposredno vodijo in nadzirajo dela izvršnih delavcev, tiste, ki občasno opravljajo

neposreden nadzor in vodenje izvršenega dela, ter tiste, ki so brez vodilnega oz. vodstvenega položaja.

## 4. Razprava

Raziskava je pokazala, da se samopodoba, identiteta in zadovoljstvo anketiranih medicinskih sester razlikujejo glede na starost, izobrazbo in položaj v službi. Starejše se bolj strinjajo s trditvijo, da je medicinska sestra strokovnjakinja, manj pa, da ima dobro srce, da ima delovne roke, da je zdravnikova pomočnica in vzdrževalka reda. Menim, da je zelo pomembno, da že v času šolanja na srednji, visokostrokovni in fakultetni ravni v program izobraževanja vključimo vsebine (ali še več vsebin) o krepitevi samopodobe in s tem tudi samospoštovanja, poklicne identitete in prepoznavnosti ter statusa poklica medicinske sestre v javnosti. Po ugotovitvah tujih raziskav (Klaich, 1990; Witt, 1992, cit. v Pahor, 2005, str. 120) je razumevanje poklicne dejavnosti, lastne vloge in vloge drugih vključenih tista točka, na kateri se med izobraževanjem dogaja največ sprememb. In kot ugotavlja Brečko (2004, str. 28), posebnega izobraževalnega programa za načrtovanje osebne kariere ni, čeprav bi bil zelo dobrodošel in potreben ter bi ga bilo potrebno umestiti že v redne oblike izobraževanja.

Starejše anketirane medicinske sestre se imajo za bolj kritične, konservativne, zanimajo jih družbeni problemi, mlajše pa se imajo za bolj razumne, manj kritične, bolj družabne, bolj marljive in rade uveljavljajo svoje ideje. Menim, da je zelo pomembno, da mlade (prihodnje medicinske sestre) že v času šolanja naučimo in jim pustimo kritično razmišljati, jih spodbujamo za doseg višjih ravni znanja (raven razumevanja ter ustvarjalnega in kreativnega znanja), jih učimo in vzgajamo v odgovorne in avtonomne osebnosti. In ne nazadnje pomagamo jim oblikovati stabilno poklicno identiteto.

Bolj izobražene anketirane medicinske sestre se bolj strinjajo s trditvijo, da je medicinska sestra strokovnjakinja, imajo se za manj razumne, vendar bolj izobražene, zanimajo jih nova področja delovanja in družbeni problemi. S tem ko so medicinske sestre v Sloveniji dobile možnost izobraževanja na fakultetni in podiplomski stopnji bomo dobili še bolj izobražene, samozavestne in avtonomne medicinske sestre, ki bodo enakopravno vstopale v interdisciplinarni tim.

Anketirane medicinske sestre, ki so zaposlene brez vodilnega oz. vodstvenega položaja, se najbolj strinjajo s trditvama, da je medicinska sestra dobro srce in da ima delovne roke, in so najmanj zadovoljne z delovno situacijo. Medicinskim sestram, zlasti tistim brez vodilnega ali vodstvenega položaja, je treba na delovnem mestu zagotoviti več možnosti za vseživljenjsko izobraževanje, izpopolnjevanje, večjo avtonomnost pri delu in večjo odgovornost ter ustvarjalnost pri delu. Le s takšnimi prevladujočimi značilnostmi bodo oblikovale svojo pozitivno samopodobo in čutile večjo pripadnost stroki zdravstvene nege – opredelile se bodo za strokovnjakinjo.

Zaskrbljujoč je tudi podatek, da je bila povprečna ocena zadovoljstva z delovno situacijo le 6,5. Raziskave kažejo, da zadovoljstvo z delovno situacijo močno vpliva na uspešnost dela. Yeager (1991, str. 71) z raziskavo, ki jo je opravil pred nekaj leti ugotavlja, da 80 % populacije

uživa le 20 % delovnega časa, kar pomeni, da štirje od petih zaposlenih opravljajo štiri do pet delovnih dni na teden opravila, ki jih ne veselijo.

Še več bo treba narediti na gradnji pozitivne samopodobe, poklicne identitete in zadovoljstva pri delu prihodnjih medicinskih sester in tistih že zaposlenih. Vsi ti dejavniki namreč močno vplivajo na načrtovanje osebne kariere. Kot ugotavlja Brečko (2004, str. 28), postaja v današnjem času vedno bolj pomembno načrtovanje osebne kariere, kar pomeni, da posameznik zbira informacije o svojih interesih, željah, spretnostih in sposobnostih. Brečko (2004, str. 35) predlaga SWOT analizo – prednosti in pomanjkljivosti, priložnosti in nevarnosti (strengths, weaknesses, opportunities, threats) za konstruktivno načrtovanje kariere. S samoanalizo osebnosti v povezavi z nadaljnjim kariernim razvojem dobi posameznik jasno sliko glede prednosti, pomanjkljivosti, priložnosti in nevarnosti.

## 5. Sklep

Medicinske sestre je treba motivirati, da bodo bolj načrtovale svoj karierni razvoj, ki je njihova lastnina. To pomeni, da si mora vsaka sama določiti cilje, strategije in načrte, da bo izpolnila svoje želje in svoja pričakovanja. Pri tem naj ji organizacija, kot učeča se organizacija, omogoča vseživljenjsko izobraževanje za pridobivanje novih znanj, spretnosti in veščin, kar pa ugodno vpliva tudi na rast in razvoj organizacije.

## 6. Literatura

1. Beck U. *The Brave New World of Work*. Cambridge: Polity Press, 2000.
2. Brečko D. Konstruktivni pristop k načrtovanju osebne kariere: nova ekonomija – novi izzivi – alternativne oblike načrtovanja kariere. *Andragoška spoznanja* 2004; 10 (2): 28-742.
3. Brečko D. Razvoj kariere v učeči se organizaciji. *Andragoška spoznanja* 2007; 13 (1): 58-72.
4. Cvetko R. *Razvijanje delovne kariere*. Koper: Znanstveno-raziskovalno središče Republike Slovenije; Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2002.
5. Florijančič J, Ferjan M, Bernik M. *Planiranje in razvoj kadrov*. Kranj: Moderna organizacija, 1999.
6. Hall D. *The Career is Dead – Long Live the Career*. San Francisc, 1996.
7. Kobal D. *Temeljni vidiki samopodobe*. Ljubljana: Pedagoški inštitut, 2000.
8. Konrad E. *Delovne kariere*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 1996: 71.
9. Kovačev AN (1997). *Individualna in kolektivna identiteta*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
10. Kvas A. *Razlike v odnosu do izobraževanja in zdravja, vrednot, etike in samopodobe medicinskih sester v Sloveniji*. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Fakulteta za družbene vede, 2003.
11. Kvas A, Seljak J. *Medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2004.



12. Ličen N. Profesionalni razvoj izobraževalcev: doživljanje profesionalnega razvoja in kakovost v izobraževanju izobraževalcev. *Andragoška spoznanja* 2007; 13 (2): 21-36.
13. Marčič R. Razlika med spoloma v samopodobi, samospoštovanju in nekaterih zdravju škodljivih vedenj. *Anthropos*, 1996; 38 (3-4): 63-76.
14. Musek J. Struktura jaza in samopodoba. *Anthropos*, 1992; 24 (3-4): 59-79.
15. Nastran Ule M. Sodobne identitete v vrtincu diskurzov. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 2000.
16. Nastran Ule M. Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1993.
17. Peternej K. Medicinske sestre v Sloveniji: predstavitev raziskovalnega vzorca. V: Klemenc D, Pahor M (ur.). *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 201.
18. Pahor M. Sociologija za zdravstvene delavce. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 1999.
19. Pahor M. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit, 2006.
20. Petersen A (1998). *Unmasking the masculine – men and identity in a septical age*. London: sage Publications.
21. Urh I. Oblikovanje poklicne identitete. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, 2001.
22. Yeager Neil M. *The career doctor: preventing, daignosing and curing fifty ailments that can threaten your career*. B.K. John Wiley & Sons. Inc, 1991: 260



# II.

## Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah

**doc. dr. Brigita Skela Savič**

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice  
[bskelasavic@vszn-je.si](mailto:bskelasavic@vszn-je.si)

**prof. dr. Milan Pagon**

Fakulteta za organizacijske vede, Univerza v Mariboru,  
Fakulteta za varnostne vede, Univerza v Mariboru  
[milan.pagon@fov.uni-mb.si](mailto:milan.pagon@fov.uni-mb.si)

### Izveček

*Razvili smo model vplivnih dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. Neodvisne spremenljivke, ki smo jih obravnavali, so bile: organizacijska kultura, timsko delo, modeli vodenja, razvitost informacijske podpore procesom dela in organiziranosti. Odvisni spremenljivki v modelu sta opisovali potrebne pristope na področju uspešnega izvajanja sprememb in delovanje vodij na področju uspešnega izvajanja sprememb. Skupno smo anketirali 759 zaposlenih v slovenskih bolnišnicah, ki pripadajo različnim poklicnim skupinam (medicina, zdravstvena nega in uprava).*

*Ugotovili smo, da varianco spremenljivke "uspešnost uvajanja sprememb" najbolj pojasnjuje neodvisna spremenljivka timsko delo. To pomeni, da bo v neposredni praksi pri uvajanju sprememb v slovenskih bolnišnicah potrebno narediti veliko izboljšav pri vodenju posameznika, tima in organizacije, saj rezultati organizacijske kulture pokažejo, da prevladuje hierarhična in tržno usmerjena organizacijska kultura. Ravno hierarhija zavira timsko delo in spodbuja individualizem in kontrolno vodenje. Med poklicnimi skupinami so pomembne razlike, saj je pri zaposlenih v medicini in zdravstveni negi najpomembnejši pojasnjevalni dejavnik uspešnega izvajanja sprememb timsko delo, pri zaposlenih v upravi pa mehanistična organiziranost.*

**Ključne besede:** management sprememb, dejavniki uspešnosti, zdravstvo, timsko delo

## Abstract

*We researched a hypothetical model of factors influencing successful change implementation in fourteen Slovene hospitals for the following independent variables: organizational culture, teamwork, leadership models, informational support for work processes, and hospital organization. The research included dependent variable: current situation of successful change implementation approaches.*

*The results are based on a 9% sample of employees (759 respondents) from three personnel categories (medicine, nursing, non-health care professionals). The results have revealed that teamwork is the independent variable which explained successful change implementation in hospitals most highly.*

*The research has shown that a reform of the management sector in Slovene hospitals is needed in terms of gaining new knowledge and participating in management training programs which also include change implementation.*

**Key words:** *changes management, predictors, health care, teamwork*

## 1. Uvod

Uvajanje sprememb je eno izmed najbolj raziskovanih področjih v managementu. Raziskav, ki proučujejo vplivne dejavnike na uspešno uvajanje sprememb, je veliko. Schein (1987, 1988, 1999) ugotavlja, da organizacije pristopajo preveč direktno k uvajanju sprememb in ne pripravljajo na to posameznike in skupine. Največ raziskav na področju zdravstva je bilo narejenih na področju nivojev sprememb, kjer Ferlie in Shortell (2001) opisujeta naslednje nivoje: posameznik, skupina ali tim, celotna organizacija in celotni sistem v okolju, v katerega je organizacija vpeta. Mnogi raziskovalci uvajanja sprememb v zdravstvu opozarjajo predvsem na problem uvajanja sprememb na nivoju posameznika, saj tradicionalni učni programi za zaposlene v zdravstvu ne obravnavajo medicine kot znanosti, ki se izvaja in razvija timsko v celotni organizaciji, temveč predvsem poudarjajo in usposablja posameznika za individualno odločanje in sprejemanje kliničnih odločitev (Soumerai, McLaughlin, Gurwitz in ostali, 1998; v Ferlie in Shortell, 2001). Vedno bolj postaja jasno, da so timi v zdravstvenih organizacijah temeljni element mikrosistema in da se največ storitev izvaja po timski metodi dela. Tako timi v zdravstvu predstavljajo temeljni vzvod za spremembe (Pettigrew, Ferlie, McKee, 1992). Obstajajo evidentni dokazi, da so učinkovito vodeni timi v zdravstvu povezani z večjo kakovostjo zdravstvene obravnave (Aiken, Sochalski, Lake, 1997; Fargason, Haddock, 1992; Mitchell, Fife, Chochia in sod. 1996; Shortell, Zimmerman, Rousseau in ostali, 1994; v Ferlie in Shortell, 2001). Zato je v zdravstvenih ustanovah svojevrsten izziv, kako razvijati učinkovite time (Ferlie in Shortell, 2001) in kako timsko delo preoblikovati iz timskega dela znotraj poklicnih skupin v multiprofesionalno timsko delo vseh poklicnih skupin v zdravstveni organizaciji. Poleg omenjenega timskega dela so raziskave pokazale, da je eden izmed ključnih vzvodov za uvajanje sprememb, pripravljenost

organizacije za spreminjanje, ki se kaže skozi procese odločanja, procese dela in procese ravnanja z ljudmi v organizaciji (Ferlie, Shortell, 2001). Tako Garside (1999) govori o prikriti kulturi kot faktorju sprejemanja sprememb in Senge (1990) o kulturi učeče organizacije. Ferlie in Shortell (2001) sta raziskovala vplivne dejavnike za uspešno izvajanje sprememb v zdravstvu. Na osnovi številnih lastnih raziskav in analize raziskav na temo izboljševanje zdravstvenega sistema sta ugotovila, da je pri uvajanju sprememb v zdravstvu potrebno biti posebej pozoren na vodenje, organizacijsko kulturo, timski pristop in informacijsko tehnologijo. Vse iniciative za spremembe, ki so to spregledale, niso bile uspešne pri uvajanju sprememb v neposredno prakso (Joss in Kogan 1995; Pointer in Sanchez 2000; Fried, Rundall in Topping 2000; Charns in Gittel 2000; Shortell, Bennett in Byck 1998; v Ferlie in Shortell, 2001). Raziskave Eby in sod. (2000) so pomembno prispevale k konceptu razumevanja spreminjanja v organizaciji, saj so pokazale, da zaposleni, ki delajo v fleksibilni organizaciji, bolj ocenjujejo organizacijo in ljudi v njej kot odzivne na spremembe, medtem ko so se Zammuto in sod. (1992) prepričali, da je organizacijska kultura s fleksibilno organizacijo in podpornim delovanjem do zaposlenih pozitivno povezana z uspešnim izvajanjem sprememb, ravno nasprotno so ugotovili za mehanistično organiziranost.

Pri pregledu literature ugotavljamo, da so na področju uvajanja sprememb bili proučevani tako dejavniki pri posamezniku za uspešno izvajanje sprememb (Armenakis et al., 1993, 1999; Martinko et al., 1996; Miller et al., 1994; Ogbonna and Wilkinson, 2003; Wanberg and Banas, 2000; v Jones, Jimmieson in Griffiths, 2005), kot dejavniki v organizaciji, kjer se najpogosteje navaja organizacijsko kulturo in sposobnost organizacije za spreminjanje, kot dva izmed najpogosteje odkritih vplivnih dejavnikov (Cummings and Worley, 2001; Detert et al., 2000; Paton and McCalman, 2000; v Jones, Jimmieson in Griffiths, 2005).

Shortell in ost. (2001) pravi, da so se v preteklosti cilji odgovornih za zdravstvo usmerjali v obvladovanje stroškov, v prihodnosti pa bodo morali biti cilji usmerjeni v izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev. Blaauw in ost. (2003) poudarja, da se pri pripravi zdravstvenih reform gleda na organizacijo kot mehanistično tvorbo in organizacijo z ekonomskimi učinki. Tisto, kar manjka, je po mnenju večine raziskovalcev zdravstvenega managementa, socio-kulturni pogled na zdravstveno organizacijo, ki zajema posameznika z vsemi svojimi sposobnostmi in lastnostmi, kjer so ljudje v nenehnem povezovanju, odnosih, delajo v skupinah, medsebojno sodelujejo, imajo svoje norme, vrednote, zaupanje idr.

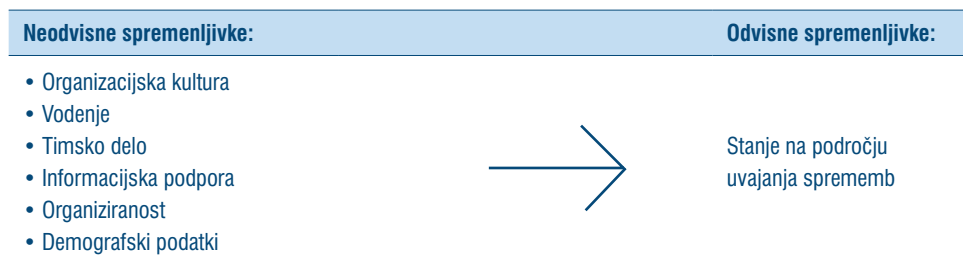
Z namenom odkrivanja dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu in primerjanja s spoznanji v razvitem svetu, je bila v letu 2005 izvedena raziskava v slovenskih bolnišnicah, katere del rezultatov predstavljamo v tem prispevku.

## 2. Metode

### 2.1 Hipotetični model

Hipotetični model je prikazan v prikazu 1. Z raziskavo smo želeli pojasniti, v kolikšni meri lahko z organizacijsko kulturo, vodenjem, timskim delom, informacijsko tehnologijo, organiziranostjo in demografskimi podatki pojasnimo uspešno izvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah.

**Prikaz 1:** Hipotetični model pojasnjevanja variance stanje na področju uvajanja sprememb



## 2.2. Opis vzorca

V raziskavi so sodelovali anketiranci iz štirinajstih slovenskih bolnišnic. 1772 vprašalnikov smo razdelili med tri poklicne skupine (medicina, zdravstvena nega, uprava). Odzivnost anketirancev je znašala 42,83 %, vrnjenih smo dobili 759 vprašalnikov, od tega v medicini 106, v zdravstveni negi 558 in v upravi 70. 25 (3,3 %) anketirancev ni izpolnilo rubrike poklicna skupina. Vrnjeni vprašalniki predstavljajo skupno 8,78 % vzorec glede na število vseh zaposlenih poklicnih skupin v anketiranih bolnišnicah. Povprečna starost anketirancev je bila 39,31 let (min.=20, max.=64, SD=9,271). Večina anketiranih so bile ženske (86 %), kar je skladno z zastopanostjo spolov v raziskanih poklicnih skupinah. Na vprašanje o stopnji izobrazbe je odgovorilo 752 anketirancev in sicer je 41,6 % (313) anketirancev imelo srednješolsko izobrazbo, 13,4 % (101) višješolsko, 28,1 % (211) visokostrokovno, 13,6 % (102) univerzitetno, 1,7 % (13) magisterij in 1,6 % (12) doktorat.

## 2.3. Instrumentarij

Izvedena je bila terenska študija, z neeksperimentalnim dizajnom, z akcijskim raziskovalnim pristopom ter deskriptivno metodo dela. Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika, sestavljenega iz več vsebinskih sklopov. Za neodvisne in odvisne spremenljivke v hipotetičnem modelu smo uporabili sklope vprašanj, ki smo jih izdelali ali povzeli po navajanjih različnih avtorjev. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz 54 trditev. Anketiranci so se opredelili do trditev na lestvici Likertovega tipa, kjer je 1 pomenilo sploh ne drži, 5 pa popolnoma drži. Vmesne ocene ustrezajo vrednostni lestvici. Pri vprašanih organizacijske kulture so anketiranci v šestih sklopih odgovorili na štiri vprašanja, med katero so lahko razdelili skupno 100 točk, ki predstavljajo deleže strinjanja s posamezno trditvijo. Na začetku vprašalnika so bili demografski podatki: starost, spol, število let zaposlitve v bolnišnici, stopnja najvišje dosežene izobrazbe in področje dela anketiranca.

### Organizacijska kultura

Za proučevanje organizacijske kulture smo uporabili vprašalnik po Cameronu in Quinnu (1999), ki temelji na skupnih vrednotah, predpostavkah, interpretacijah in pristopih, ki opisujejo značilnosti organizacije. Prepoznani so štirje osnovni tipi kulture: skupina, adhokra-

cija, trg in hierarhija. Vprašalnik se je v svojih fazah izboljševanja in dopolnjevanja izkazal kot primeren tudi za ugotavljanje organizacijske kulture v zdravstvu (Jones, Redman, 2000; Moll, Wlach, 2003; Marshall, Mannion, Nelson, Davies, 2003; Scott-Cawiezell, Jones, Moore in sod., 2005; Mallak, Lyth, Olson, Ulshafer, Sardone, 2003; Shortell in sod., 2001). Anketiranci so odgovarjali na 24 trditev, ki so bile razdeljene v 6 samostojnih sklopov. Rezultati notranje konsistentnosti vprašalnika za organizacijsko kulturo so: koeficient alfa za skupino je 0,822, za adhokracijo 0,717, za trg 0,839 in za hierarhijo 0,829.

### **Vodenje**

Stanje na področju vodenja smo ugotavljali s pomočjo enajstih trditev (Kozes, Posner, 2003) in smo jih že uporabili v raziskavi Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu (Skela Savič, 2002). S pomočjo izvedenih spremenljivk smo ugotavljali prisotnost transformacijskega (TF) in transakcijskega (TA) vodenja ter vodenja "brez vajeti" (LF). Koeficient alfa za posamezno izvedeno spremenljivko je znašal: TF 0.919, TA 0.657 in LF 0.804.

### **Timsko delo**

Stanje na področju timskega dela smo ugotavljali s pomočjo šestih trditev, ki smo jih oblikovali na osnovi navajanja različnih avtorjev na področju timskega dela v zdravstvu (Joss in Kogan 1995; Pointer in Sanchez 2000; Fried, Rundall in Topping 2000; Charns in Gittell 2000; Shortell, Bennett in Byck 1998; v Ferlie, Shortell, 2001). Vsebinsko smo oblikovali dve izvedeni spremenljivki. Prvo smo imenovali "izgradnja tima" (koeficient alfa je 0,815), drugo pa "ovire pri delu tima" (koeficient alfa je znašal 0,855). Naredili smo tudi faktorsko analizo in dobili dve komponenti s katerimi pojasnimo 59,52 % variance spremenljivke timsko delo. S prvim faktorjem, ki smo ga poimenovali "Izgradnja tima" pojasnimo 35,14 % variance, z drugim faktorjem, ki smo ga poimenovali "Ovire pri delu tima" pa 24,38 % variance.

### **Informacijska podpora**

Stanje na področju informacijske podpore procesom spreminjanja smo ugotavljali s pomočjo dveh trditev, ki smo jih oblikovali na osnovi navajanja različnih avtorjev, ki so proučevali informacijsko podporo kot dejavnik vpliva na uvajanje sprememb (Joss in Kogan 1995; Pointer in Sanchez 2000; Fried, Rundall in Topping 2000; Charns in Gittell 2000; Shortell, Bennett in Byck 1998; Ferlie, Shortell, 2001). Koeficient alfa je znašal 0,826, izvedeno spremenljivko smo poimenovali "informacijska podpora". Naredili smo tudi faktorsko analizo in dobili eno komponento s katero pojasnimo 74,27 % variance spremenljivke informacijska podpora.

### **Mehanistična organiziranost**

Organiziranost slovenskih bolnišnic smo iz vidika podpore uvajanju sprememb ugotavljali s pomočjo petih trditev, ki smo jih povzeli po navajanjih Pselka (2003), ki je proučeval kompleksnost zdravstvenih organizacij. Koeficient alfa za navedene trditve v vprašalniku, ki so opisovale mehanistično organiziranost, je znašal 0,786. Naredili smo tudi faktorsko analizo in dobili dve komponenti s katerimi pojasnimo 60,80 % variance spremenljivke mehanistična

organiziranost. S prvim faktorjem, ki smo ga poimenovali "kontrolna organizacija 1" pojasnimo 35,14 % variance, z drugim faktorjem, ki smo ga poimenovali "kontrolna organizacija 2" pa 20,29 % variance.

#### **Uvajanje sprememb**

Stanje na področju uvajanja sprememb kot odvisno spremenljivko smo ugotavljali s pomočjo šestih trditve, ki smo jih povzeli po navajanjih Plsek-a (2003), Ferlie in Shortell-a (2001), Pettigrew-a, (2002) in Moll, Wlach, (2003). Koeficient alfa za uporabljene trditve je znašal 0,658, za izvedeno spremenljivko "Stanje sprememb" 0,643. Naredili smo faktorsko analizo in dobili dve komponenti s katerima pojasnimo 53,87 % variance odvisne spremenljivke uvajanje sprememb. S prvim faktorjem, ki smo ga poimenovali "Stanje sprememb" pojasnimo 35,73 % variance, z drugim faktorjem, ki smo ga poimenovali "Odnos vodje do sprememb" pa 18,14 % variance.

#### **2.4. Postopek**

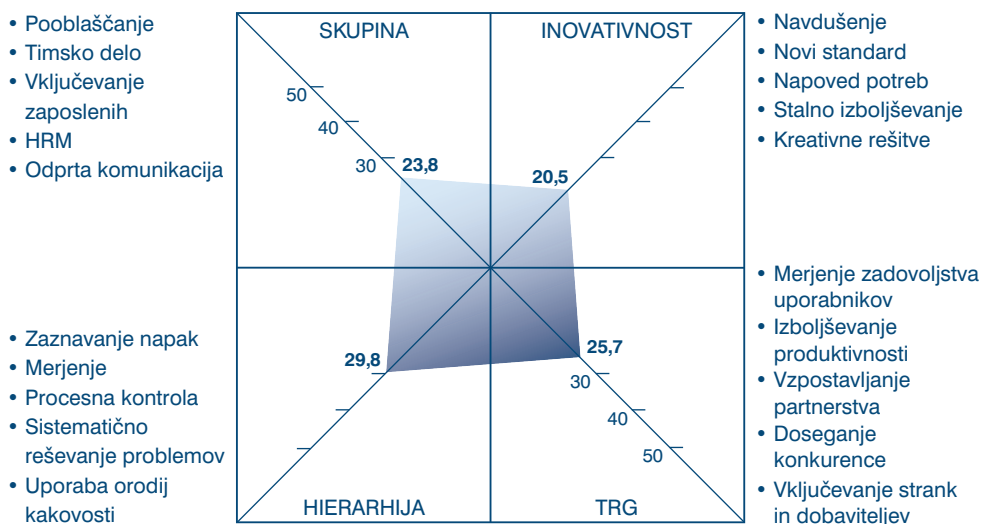
Dogovori o poteku raziskave so v prvi fazi potekali z direktorji bolnišnic, pri neposredni izvedbi raziskave so direktorji v posameznih bolnišnicah določili koordinatorje raziskave, ki so po funkciji bili na prvem ali drugem nivoju vodenja in so v okviru svojih del in nalog bili odgovorni za uvajanje kakovosti v bolnišnici ali pa so bili odgovorni za vodenje področja zdravstvene nege v bolnišnici. Število vprašalnikov, ki je predstavljalo 20 % vzorec vseh zaposlenih v posamezni poklicni skupini bolnišnice, smo razdelili v dopoldanski izmeni na naključno izbran dan po oddelkih bolnišnice. Anketiranci so imeli 7 dni časa, da so vprašalnik vrnili v zbirno mapo na oddelku. Raziskava je potekala od junija do decembra 2005. Podatki so bili obdelani z računalniškim programom SPSS, uporabili smo deskriptivno analizo, analizo zanesljivosti, faktorsko analizo, enosmerno ANOVO, t test, korelacijsko analizo in linearno regresijsko analizo.

### **3. Rezultati**

Rezultati organizacijske kulture (na lestvici od 1 do 100) pokažejo na statistično pomembne razlike med tipi organizacijske kulture ( $p < 0,001$ ) in sicer je po mnenju zaposlenih danes največ kulture z značilnostmi hierarhije ( $PV=29,81$ ,  $SD=12,59$ ;  $PV$ =povprečna vrednost,  $SD$ =standardni odklon), sledi kultura trga ( $PV=25,69$ ,  $SD=11,82$ ), kultura skupine ( $PV=23,85$ ,  $SD=11,11$ ) in kot zadnja kultura adhokracije ( $PV=20,54$ ,  $SD=6,10$ ). Med poklicnimi skupinami so statistično pomembne razlike glede na tip kulture ( $p < 0,001$ ) in sicer pri kulturi hierarhije ( $F=6.449$ ,  $p=0.002$ ), kulturi skupine ( $F=8.531$ ,  $p=0.000$ ) in adhokracije ( $F=8.443$ ,  $p=0.000$ ), medtem ko pri kulturi trga ni statistično pomembnih razlik ( $F=2.719$ ,  $p=0.067$ ). Hierarhije je največ pri poklicni skupini medicina ( $PV=33,02$ ,  $SD=17,90$ ), sledi uprava ( $PV=32,72$ ,  $SD=13,84$ ) in zdravstvena nega ( $PV=28,84$ ,  $SD=11,02$ ), vendar je pri vseh treh poklicnih skupinah to najpogosteje prisotna kultura. Razlika med zdravstveno nego in upravo ni statistično pomembna.



**Prikaz 2:** Rezultati organizacijske kulture za vse anketirance po štirih tipih kulture



Rezultati na področju modelov vodenja kažejo, da je po oceni zaposlenih največ transformacijskega vodenja ( $PV=3,39$ ,  $SD=0,99$ ), sledi transakcijsko vodenje ( $PV=3,12$ ,  $SD=0,86$ ), kot zadnje je vodenje brez vajeti ( $PV=2,49$ ,  $SD=1,04$ ). Po poklicnih skupinah ugotavljamo, da pri transformacijskem vodenju ni statistično pomembnih razlik ( $F=1,997$ ,  $p=0,137$ ), enako ugotavljamo za transakcijsko vodenje ( $F=0,043$ ,  $p=0,958$ ). Pri vodenju brez vajeti ugotavljamo razlike ( $F=3,353$ ,  $p=0,036$ ) in sicer je tega vodenja več pri poklicni skupini uprava ( $PV=2,76$ ,  $SD=1,12$ ) ( $p=0,057$ ) v primerjavi z zdravstveno nego ( $PV=2,44$ ,  $SD=1,02$ ). Korelacijska analiza kaže, da z večanjem starosti anketiranci ocenjujejo, da so njihovi vodje bolj transakcijski ( $r=0,099$ ,  $p=0,01$ ), bolj transformacijski ( $r=0,075$ ,  $p=0,05$ ) in več uporabljajo vodenja brez vajeti ( $r=0,074$ ,  $p=0,05$ ). Število let zaposlitve je pozitivno povezano s transformacijskim ( $r=0,085$ ,  $p=0,027$ ) in transakcijskim vodenjem ( $r=0,079$ ,  $p=0,040$ ). Pri stopnji izobrazbe ne opažamo nobenih povezav. Rezultati korelacijske analize so razvidni iz tabele 4.

Rezultati na področju timskega dela kažejo delno strinjanje zaposlenih ( $PV=3,12$ ,  $SD=0,75$ ) z "izgradnjo tima". Med poklicnimi skupinami ni statistično pomembnih razlik ( $F=1,245$ ,  $p=0,289$ ). Rezultati izvedene spremenljivke "ovire tima" kažejo delno strinjanje zaposlenih ( $PV=3,39$ ,  $SD=0,95$ ), med poklicnimi skupinami opažamo razlike ( $F=10,550$ ,  $p=0,000$ ). Zaposleni v upravi ( $PV=3,68$ ,  $SD=0,87$ ) in zdravstveni negi ( $PV=3,42$ ,  $SD=0,92$ ) ocenjujejo, da so zdravniki tisti, ki želijo izstopati in ustvarjajo hierarhičen odnos notraj timov, kjer anketiranci delujejo. Korelacijska analiza (tabela 4) kaže, da se z daljšanjem

delovne dobe anketirancev ( $r=0,134$ ,  $p=0,000$ ) in višanjem starosti ( $r=0,119$ ,  $p=0,001$ ) povečuje prisotnost "izgradnje tima" v delovnem okolju. Pri faktorju ovire pri izgradnji tima ni nobenih pomembnih povezav.

Rezultati na področju informacijske podpore procesom dela pokažejo delno strinjanje anketirancev ( $PV=3,14$ ,  $SD=0,79$ ). Med poklicnimi skupinami ni statistično pomembnih razlik ( $F=0,630$ ,  $p=0,533$ ). Izvedena spremenljivka informacijska podpora je statistično pomembno pozitivno povezana (tabela 4) z leti zaposlitve ( $r=0,088$ ,  $p=0,05$ ) in negativno s stopnjo izobrazbe ( $r=-0,078$ ,  $p=0,01$ ).

Rezultati izvedene spremenljivke "mehanistična organizacija", pokažejo delno strinjanje ( $PV=3,28$ ,  $SD=0,61$ ). Med poklicnimi skupinami ni razlik ( $F=1,515$ ,  $p=0,221$ ). Korelacijska analiza (tabela 4) pokaže, da višja ko je starost anketirancev, več je po mnenju anketirancev mehanistične organiziranosti ( $r=0,102$ ,  $p=0,007$ ). Enako velja za stopnjo izobrazbe ( $r=0,096$ ,  $p=0,011$ ). Rezultati za neodvisne spremenljivke so prikazani v tabeli 1.

**Tabela 1:** Rezultati neodvisnih spremenljivk

Neodvisne spremenljivke	Izvedene spremenljivke, faktorji	Rezultati		Razlike med poklicnimi skupinami p
		PV	SD	
Organizacijska kultura	Skupina	23,85	11,11	0,000
	Adhokracija	20,54	6,10	0,000
	Trg	25,69	11,82	0,067
	Hierahija	29,81	12,59	0,002
Vodenje	TF	3,39	0,99	0,137
	TA	3,12	0,86	0,958
	LF	2,49	1,04	0,036
Timsko delo	Izgradnja tima	3,12	0,75	0,289
	Ovire pri delu tima	3,39	0,95	0,000
Organiziranost	Mehanistična organizacija	3,28	0,61	0,221
Informacijska podpora	Informacijska podpora	3,14	0,79	0,533

Rezultati izvedenih spremenljivk na področju uvajanja sprememb (tabela 2) pokažejo, da se anketiranci delno strinjajo z izvedeno spremenljivko "stanje sprememb" ( $PV=3,06$ ,  $SD=0,708$ ), med poklicnimi skupinami so razlike ( $F=3,068$ ,  $p=0,047$ ). Rezultati spremenljivke "odnos vodje do sprememb" kažejo na večinoma prisoten pokroviteljski odnos vodij do zaposlenih pri uvajanju sprememb ( $PV=3,89$ ,  $SD=1,01$ ) in na razlike med poklicnimi skupinami ( $F=11,877$ ,  $p=0,000$ ). Po posameznih trditvah ugotavljamo, da se zaposleni v medicini statistično pomembno manj strinjajo s trditvijo "Spremembe v bolnišnični dejavnosti, ki se dotikajo mojega dela, so mi predstavljene s strani mojih vodilnih v zavodu"

(PV=3,43, SD=1,124), enako velja za zaposlene v upravi (PV=3,66, SD=1,086) ter da so spremembe najboljše predstavljene s strani vodij v zdravstveni negi (PV=4,00, SD=0,96) (F=12,410, p=0,000), vendar pa vodje v zdravstveni negi zaposlenim ne dopuščajo pobude za spremembe v takšni meri (PV=3,78, SD=1,151), kot to počnejo vodje v medicini (PV=3,39, SD=1,327) (F=3,472, p=0,032) in vodje v upravi (PV=3,70, SD=1,267). Ugotavljamo, da zaposleni v upravi (PV=2,74, SD=1,031) ocenjuje splošno vzdušje inovativnosti in pripravljenosti za spreminjanje nižje, kot zaposleni v medicini (PV=2,92, SD=0,963) in zdravstveni negi (PV=3,13, SD=0,935) (F=5,568, p=0,004) in da se zaposleni v upravi (PV=2,85, SD=1,157) pomembno manj strinjajo s tem, da ob uvajanju sprememb v bolnišnici istočasno spreminjajo procese dela, strukturo in odnose (F=4,156, p=0,016). Zaposleni v upravi (PV=2,76, SD=1,051) in medicini (PV=2,77, SD=0,981) se pomembno manj strinjajo, da se spremembe odvijajo na nivoju posameznika, tima in celotne organizacije, kot zaposleni v zdravstveni negi (PV=3,05, SD=0,941) (F=4,606, p=0,010). Korelacijska analiza v tabeli 4 pokaže, da višja ko je stopnja izobrazbe anketirancev, slabše ti ocenjujejo "odnos vodje do sprememb" (r=-0,180, p=0,000).

**Tabela 2:** Rezultati za stanje na področju uvajanja sprememb po izvedenih spremenljivkah in posameznih trditvah

Ocena anketiranci		Razlike med poklici poklicnimi skupinami		Trditve v vprašalniku:
PV	SD	F	p	
3,06	0,708	3,068	0,047	Izvedena spremenljivka 1: Stanje sprememb
3,07	0,951	5,568	0,004	Menim, da je splošno vzdušje v naši bolnišnici usmerjeno v uvajanje sprememb in spodbujanju inovativnosti pri zaposlenih.
3,00	0,960	4,606	0,010	V naši bolnišnici se potrebe po spremembah odvijajo hkrati na nivoju posameznika, tima, organizacije in okolja.
2,97	1,190	2,302	0,101	V zvezi s spremembami na mojem področju dela, sem vedno poslan(a) na izobraževanja in usposabljanja.
3,82	0,824	11,877	0,000	Izvedena spremenljivka 2: Odnos vodje do sprememb
3,89	1,010	12,410	0,000	Spremembe v bolnišnični dejavnosti, ki se dotikajo mojega dela, so mi predstavljene s strani mojih vodilnih v zavodu.
3,74	1,190	3,472	0,032	Pobude za spremembe v bolnišnični dejavnosti prihajajo od zgoraj navzdol in kot zaposleni na to nimam vpliva.

### Rezultati regresijske analize

Regresijska analiza za zaposlene nam pokaže, da lahko faktor "stanje sprememb" pojasnimo v 50,5 % s pomočjo šestih neodvisnih spremenljivk. Najprej je bil v model vključen faktor "izgradnja tima", ki uvajanje sprememb pojasnjuje kar v 39,5 %. Varianco stanje na področju uvajanja sprememb pojasnjujejo še v 4,4 % transformacijsko vodenje, informacijska podpora v 3,1 %, organizacijska kultura skupina v 2,4 %, in ovire pri delu tima in vodene brez vaje, ki varianco skupno pojasnjujeta le v 1,1 %. Regresijska analiza po poklicnih skupinah pokaže, da varianco "stanje sprememb" pri zaposlenih v medicini (v 51,2 %) in zdravstveni negi (v 37,5 %) najbolj pojasnjuje izgradnja tima, medtem, ko ima pri zaposlenih v upravi največjo pojasnjevalno vrednost mehanistična organizacija (v 46,5 %) in izgradnja tima le v 4,8 %. Rezultati so prikazani v tabeli 3.

**Tabela 3:** Rezultati regresijske analize za varianco "stanje sprememb"

Model	R Square = R <sup>2</sup>	Adjusted Square = ĆR <sup>2</sup>	Sprememba R <sup>2</sup>	B	B (beta)	p
<b>ZAPOSLENI (F= 81,826, p=0,000)</b>						
konstanta				3,052		0,000
Izgradnja tima	0,397	0,395	0,395	0,446	0,630	0,000
Transformacijsko vodenje	0,441	0,439	0,044	0,182	0,250	0,000
Informacijska podpora	0,473	0,470	0,031	0,201	0,225	0,000
OK - skupina	0,499	0,494	0,024	0,012	0,176	0,000
Ovire v delu tima	0,506	0,501	0,007	-0,067	-0,089	0,009
LF vodenje	0,511	0,505	0,004	0,069	0,098	0,029
<b>MEDICINA (F= 32,390, p=0,000)</b>						
konstanta				3,165		0,000
Izgradnja tima	0,518	0,512	0,512	0,599	0,720	0,000
Transformacijsko vodenje	0,576	0,564	0,052	0,023	0,240	0,002
OK hierarhija	0,623	0,607	0,043	0,232	0,291	0,004
Mehanistična organizacija	0,646	0,626	0,019	-0,111	-0,164	0,034
<b>ZDRAVSTVENA NEGA (F= 67,863, p=0,000)0</b>						
konstanta				3,069		0,000
Izgradnja tima	0,376	0,375	0,375	0,421	0,613	0,000
Transformacijsko vodenje	0,426	0,423	0,048	0,191	0,266	0,000
Informacijska podpora	0,463	0,459	0,036	0,216	0,252	0,000
OK-skupina	0,483	0,478	0,019	0,010	0,156	0,000
Ovire v delu tima	0,495	0,488	0,010	-0,081	-0,112	0,002
Mehanistična organizacija	0,500	0,493	0,005	0,055	0,076	0,034
<b>UPRAVA (F= 28,969, p=0,000)</b>						
konstanta				3,087		0,000
Mehanistična organizacija	0,475	0,465	0,465	0,620	0,689	0,000
Izgradnja tima	0,532	0,513	0,048	0,306	0,337	0,016

**Tabela 3:** Korelacijska analiza med neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Starost	1							
2 Leta zaposlitve	,876(**)	1						
3 Stopnja izobrazbe	,226(**)	-,020	1					
4 OK skupina	-,008	,016	-,069	1				
5 OK adhokra.	-,027	-,039	-,158(**)	,081(*)	1			
6 OK trg	-,023	-,060	,053	-,632(**)	,011	1		
7 OK hierarhija	,039	,058	,106(**)	-,317(**)	-,632(**)	-,398(**)	1	
8 TF vodenje	,075(*)	,085(*)	-,028	,321(**)	-,008	-,296(**)	,010	1
9 TA vodenje	,099(**)	,079(*)	,034	,234(**)	-,017	-,167(**)	-,038	,716(**)
10 LF vodenje	,074(*)	,065	,071	-,231(**)	-,025	,231(**)	,000	-,614(**)
11 Izgradnja tima	,119(**)	,134(**)	-,013	,386(**)	,036	-,347(**)	-,020	,538(**)
12 Ovire tima	-,028	,018	-,066	-,167(**)	-,011	,221(**)	-,055	-,176(**)
13 Infor. podpora	,059	,088(*)	-,078(*)	,125(**)	,043	-,110(**)	-,026	,294(**)
14 Mehan. organizacija	,102(**)	,058	,096(*)	,125(**)	-,043	-,104(**)	,025	,347(**)
15 Stanje sprememb	,050	,041	,008	,379(**)	,099(*)	-,304(**)	-,089(*)	,522(**)
16 Vodje in spremembe	-,051	,014	-,215(**)	,002	-,045	-,026	,050	,021

\*\*p=0,01; \*p=0,05

Izvedeno spremenljivko "odnos vodje do sprememb" pojasnimo le v 8,6 %, najbolj jo pojasnjuje stopnja izobrazbe (2,6 %), sledi mehanistična organizacija (1,4 %) in adhokracija (1,7 %). Regresijska analiza po poklicnih skupinah pokaže, da varianci "odnos vodje do sprememb" pri medicini pojasnjuje samo transakcijsko vodenje v 13,7 %. V zdravstveni negi varianco pojasnimo le v 4,9 % in to z mehanistično organizacijo (1,6 %), organizacijsko kulturo adhokracija (1,6 %), stopnjo izobrazbe (0,8 %) in ovire pri delu tima (0,9 %). Med poklicnimi skupinami v upravi varianco pojasnimo največ in sicer v 23 %, od tega v 14,3 % varianco pojasnjuje stopnja izobrazbe in v 8,7 % transakcijsko vodenje.

	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Starost								
2 Leta zaposlitve								
3 Stopnja izobrazbe								
4 OK skupina								
5 OK adhokra.								
6 OK trg								
7 OK hierarhija								
8 TF vodenje								
9 TA vodenje	1							
10 LF vodenje	-,365(**)	1						
11 Izgradnja tima	,432(**)	-,290(**)	1					
12 Ovire tima	-,065	,344(**)	-,094(*)	1				
13 Infor. podpora	,285(**)	-,127(**)	,326(**)	-,047	1			
14 Mehan. organizacija	,297(**)	-,121(**)	,491(**)	,071	,329(**)	1		
15 Stanje sprememb	,464(**)	-,248(**)	,630(**)	-,137(**)	,349(**)	,409(**)	1	
16 Vodje in spremembe	,057	,005	-,010	,110(**)	,005	,117(**)	-,080(*)	1

## 4. Razprava

Raziskovali smo hipotetični model vplivnih dejavnikov na uspešno izvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah in sicer v okviru neodvisnih spremenljivk organizacijska kultura, timsko delo, modeli vodenja, informacijska podpora procesom dela in organiziranost ter v okviru odvisnih spremenljivk stanje sprememb v neposredni praksi in odnos vodij do sprememb.

### Uvajanje sprememb in pojasnjevalni dejavniki uspešnega izvajanja sprememb

Rezultati raziskanega hipotetičnega modela pokažejo, da uspešno izvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah najbolj pojasnjuje timsko delo. Gledano celovito, je timsko delo po- gojeno z delovanjem vodstva na področjih, ki smo jih raziskovali kot neodvisne in odvisne spremenljivke. Ti rezultati pa pokažejo, da v slovenskih bolnišnicah še niso vzpostavljeni

pogoji za izvajanje sprememb, saj vodstvo bolnišnic ne upošteva v zadostni meri osnovnih elementov uvajanja sprememb po navajanjih Plseka (2003), kot so: izogibanje mehanistični organiziranosti, preglednost procesov, medsebojno povezovanje zaposlenih, vzpostavljene navade spreminjanja, podpora spremembam z izboljšavami v komunikaciji, orodjih in okoljem znotraj in zunaj organizacije. Rezultati kažejo, da vodje izvajajo direktivno vodenje na tem področju, kar pomeni, da seznanjajo, vendar ne vključujejo podrejenih, kar je bistveni element uspešnega uvajanja sprememb v neposredni praksi. Osnova za uspešno izvajanje sprememb je vzpostavitev mehanizma pretoka informacij od spodaj navzgor (Turner in Crawford, 1998). Pri odnosu vodilnih do sprememb opazimo, da so spremembe najbolj predstavljene s strani vodij v zdravstveni negi ter da vodje v zdravstveni negi po oceni zaposlenih bolje opravljajo svojo voditeljsko vlogo v smislu prenosa informacij, kot vodje ostalih dveh poklicnih skupin, medtem, ko pa svojim zaposlenim ne dopuščajo pobude za spremembe v takšni meri, kot to počnejo vodje v medicini, torej so dobri informatorji, ne pa tako dobri spodbujevalci sprememb. Enako velja za vodje v upravi. Prav tako ugotovimo razlike med upravnim in zdravstvenim delom bolnišnice, saj je izhodišče mehanistične organiziranosti popolnoma različno od izhodišč timskega dela, kar kaže na velike razlike v pogledih na uvajanje sprememb v bolnišnici.

Na področju stanja sprememb po posameznih trditvah ugotavljamo večjo prisotnost spreminjanja pri poklicni skupini zdravstvena nega, gledano celovito, pa zaposleni v upravi statistično pomembno nižje ocenjujejo prisotnost spreminjanja v bolnišnicah glede na medicino in zdravstveno nego, vendar skupno ugotavljamo, da je stanje sprememb na stopnji delnega strinjanja, kar govori o nepoznavanju osnovnih principov spreminjanja, kot so po navajanju Pettigrew-a (2002 v Moll in Wlach, 2003), da je za uspešno izvajanje sprememb potrebno spremeniti organizacijsko strukturo, procese dela in odnose v organizaciji. Medtem ko Garside (Garside, 1999; v Ferlie, Shortell, 2001) pravi, da je najpomembnejši vzvod vseh sprememb, sposobnosti organizacije da spremembe uvaja v zagotavljanju organizacijske klime in kulture, ki skozi različne odločitvene poti in razvoj ljudi to spodbuja. V naši raziskavi ugotovljena kultura nikakor ne podpira uvajanja sprememb, zato tudi delno strinjanje s trditvami, ki smo jih zastavili anketirancem na področju uvajanja sprememb.

#### **4.1 Organizacijska kultura**

Rezultati za organizacijsko kulturo pokažejo, da je vodilna kultura v anketiranih bolnišnicah hierarhija, kar govori o pomembni usmerjenosti slovenskih bolnišnic v kontrolo in stabilnost. Po navajanjih Cameronna in Quinna (1999) to ni spodbujevalno za uvajanje sprememb, saj to kulturo zaznamujejo predvsem stalnost, zanesljivost, učinkovitost in nizki stroški, vodenje je usmerjeno v koordinacijo in organiziranje, v ospredju so formalna pravila in red. Na drugem mestu je kultura trga, ki je sicer usmerjena navzven, vendar še vedno izhaja iz kontrole, učinkovitosti in produktivnosti. Označuje jo nesproščenost in centralno odločanje, tekmovalnost in doseganje rezultatov. Jones in Redman (2000) sta v svoji raziskavi organizacijske kulture v bolnišnicah ugotovila, da je v bolnišnicah, kjer imajo dominantno kulturo hierarhije in marketa, je ta pozitivno povezana z nezaupanjem, konflikti, odporom do sprememb in



reaktivno strateško orientiranostjo. Tudi Shortell, O'Brien, Carman in ostali (1995 v Scott, Mannion, Davies, Marshall, 2003) pravijo, da je kultura, ki je usmerjena v povezovanje ljudi, timsko delo in koordinacijo, povezana z velikimi in trajnimi uspehi na področju izboljševanja prakse v zdravstvenih organizacijah. Samo hierarhičen pristop in iskanje priložnosti na trgu sta kulturi, ki ne bosta prinesli spreminjanja procesov dela na nivoju posameznika, tima, organizacije in celotnega sistema (Skela Savič in ost., 2006). Podobno ugotavljajo tudi Jones in Redman (2000), Ferlie in Shortell (2001) v svoji raziskavi organizacijske kulture v bolnišnicah, saj so rezultati njihovih raziskav pokazali, da sta kulturi marketa in hierarhije povezani z večjim odporom do sprememb, medtem ko Jones in Redman (2000) pravita, da dlje kot je organizacija v kulturi marketa in hierarhije, težji je proces spreminjanja vrednot bolnišnice v kulturo adhokracije in skupine. V naši raziskavi ugotavljamo negativno povezavo med izvedeno spremenljivko "stanje sprememb" in kulturama hierarhija in trg ter pozitivno povezavo pri kulturah skupina in adhokracija. Vsekakor je ugotovitev naše raziskave, da je v slovenskih bolnišnicah premalo kulture skupine, ki po navajanjih Shortella, O'Brien in Carmana in ostalih (1995) osnova za timsko delo, sodelovanje in stalno uvajanje izboljšav, ter da je v slovenskih bolnišnicah preveč kulture hierarhije, ki negativno povezana z uvajanjem sprememb (Shortell, O'Brien in Carmana in ostalih, 1995).

### **Vodenje**

Raziskovali smo osnovna dva modela vodenja: transformacijsko in transakcijsko vodenje. Ugotavljamo, da se v bolnišnicah v raziskavi delno uporabljata oba modela vodenja, vendar je stopnja uporabe s strani anketirancev ocenjena kot delno strinjanje. Firth-Cozens in Mowbray (2001) na osnovi opravljenih študij o vodenju v zdravstvu ugotavljata, da sta za uspešno delo potrebna tako transformacijsko kot transakcijsko vodenje. Podobnega mnenja so Scott, Mannion, Davies, Marshall (2003) in Alimo-Metcalfe et al. (2000), ki govorijo o nujnosti integracije obeh modelov vodenja, saj mora biti materialno spodbujanje zaposlenih k bolniku orientirani obravnavi podprto s spremembo dojemanja in vedenja v odnosu do k bolniku orientirane obravnave, kar vodi v dejanske strukturne spremembe organizacije dela in procesov v bolnišnici. Vsekakor je v bolnišnicah zaznati premajhno stopnjo transformacijskega vodenja, ki spodbuja tudi timsko delo, procese izboljševanja in vlogo posameznika. Rezultati kažejo, da je v zdravstvu potrebno prenehati graditi na karizmatičnih vodjih, ki se "najdejo v organizaciji", ampak je po navajanjih Ferliea in Shortella (2001) potrebno začeti razvijati vodje, ki bodo sposobni komuniciranja in povezovanja na vseh nivojih, ki bodo imeli analitične in diagnostične sposobnosti in veščine, ki bodo znali oblikovati in deliti skupno vizijo organizacije in ki bodo znali oblikovati učinkovit sistem izvajanja storitev. Rezultat izhaja iz dejstva, da so za vodje v slovenskem zdravstvu izbrani posamezniki, ki so v prvi vrsti dobri strokovnjaki in nimajo dodatnih znanj iz področja vodenja, zato se srečujemo s specifično zastarelostjo vodenja, kar so pokazala že raziskave Yazbeck (2004), Skela Savič (2002, 2004), Bohinc (1997), Ritonja (1994). Za uvajanje izboljšav na področju vodenja v slovenskem zdravstvu je potrebno upoštevati spoznanja, da številni raziskovalci (Parker, 1999; West, 2001) ugotavljajo tesno povezavo med kakovostjo zdravstvene obravnave in

vodenjem. Zavedati se je potrebno, da zaposleni ne podpirajo uvajanja sprememb v njihovem delovnem okolju, če nimajo aktivne vloge pri tem (Kern, 2003), kar pomeni, da je vloga vodij pri uvajanju sprememb izjemno velika, saj je vključevanje posameznika pomembni dejavnik za uspešno delovanje zdravstvenega sistema.

### **Timsko delo**

Timsko delo v anketiranih bolnišnicah lahko ocenimo kot področje, kjer je še veliko priložnosti za izboljšanje, saj je tako po mnenju zaposlenih, kot vodij delno prisotno, poleg tega so prisotne še ovire, ki so vezane na poklicno skupino medicina, ki jo poklicni skupina zdravstvena nega in uprava vidita kot skupino, ki želi izstopati in ustvarja hierarhičen odnos med člani v timu. Podobne rezultate za zdravnike je za slovenski prostor dala raziskava Yazbeck (2004), ki ugotavlja težnjo zdravnikov v raziskanih slovenskih bolnišnicah po hierarhiji in individualizmu ter njihovi nenaklonjenosti sistematični ureditvi kliničnega dela, medtem, ko Skjørshammer (2001) za Norveški prostor ugotavlja, da avtonomija in neodvisnost zdravnikov ustvarja slabo prepoznane formalne strukture v organizaciji in slabe medpoklicne povezave. Mallak s sod. (2003) ugotavlja, da managerji in vodje, ki ne delajo v timu, s tem jasno sporočajo, da timsko delo ni vrednota organizacije, kar onemogoča razvoj le tega. Poleg omenjenega ima timsko delo še širši pomen za delovanje organizacije, saj sta Firth-Cozens in Payne (1999) v eni izmed raziskav potrdila, da posameznik, ki ne dela v timu, bolj izpostavljen psihološkemu stresu in je manj zadovoljen z delom, kot posameznik, ki dela v dobro definiranim timu. Meta analiza raziskav stresa na delovnem mestu je pokazala, da je glavni vzrok stresa pri zaposlenih vodja, zato mora biti temeljni cilj vsake organizacije sodobno vodenje in učinkoviti timi, kar bo prispevalo k boljši obravnavi bolnikov (Hogan, Raskin, Fazzini, 1990; v Firth-Cozens, Mowbray, 2001). Naša raziskava pokaže, da vodje pri vzpostavljanju timskega dela v bolnišnice delno izpolnjujejo svoje vloge in zato osebje nima zadostnih priložnosti za timsko delovanje, saj vodje iz vidika organizacijske kulture delujejo hierarhično.

### **Informacijska tehnologija**

Harper in Utley (2001) sta ugotovila da so k ljudem usmerjene vrednote pozitivno povezane z uspešno implementacijo informacijske tehnologije. V naši raziskavi ne ugotavljamo v ospredju tovrstnih vrednot, saj je v ospredju kultura hierarhije, ki se kaže z vrednotami kontrole in stabilnosti. Ugotavljamo, da informacijska podpora procesom dela ni zadostna, saj se anketiranci delno strinjajo, da so procesi izboljševanja dela podprti z informacijsko tehnologijo in da vodstvo to razume in podpira. Ključno vlogo na ravni zdravstvenih organizacij igrajo vodje, ki morajo premagati dve pogosto navedeni barieri: strah in neizkušnost zaposlenih pri uporabi novih informacijskih orodij in skrb, kaj bi podatki lahko pokazali o delu zaposlenih v zdravstvu (Detmer, 1997; Dick, Steen in Detmer 1997; v Shortell in ost., 2001).

## **Organiziranost**

Plsek (2003) pravi, da je prvi korak v uvajanju izboljšav v zdravstvu spoznanje, da mehanistična organiziranost močno ovira učinkovitost delovanja zdravstvenega sistema. Mehanistično organiziranost ocenjuje kot organiziranost, ki ne prinaša razvoja in inovacij, saj je vodilo za delo bolnišnice plan dela, poraba in kontrola, delovni odnosi ne podpirajo generiranja idej, implementacija idej je vezana na strukture in procese znotraj organizacije in ne povzema dobre prakse izven organizacije idr. Naša raziskava pokaže, da v slovenskih bolnišnicah ugotavljamo prisotnost mehanistične organiziranosti, zlasti je ta očitna pri zaposlenih v medicini in upravi ter starejši populaciji anketirancev in anketirancih, ki so bolj izobraženi.

Pomembni za dodatno razlago in razumevanje rezultatov raziskave so zbirni rezultati korelacijskih analiz, ki pokažejo na povezave, ki so pomembne in podpirajo ugotovljeno stanje na obravnavanih spremenljivkah in pojasnjevalnem modelu. Presenečenje korelacijske analize je pozitivna povezanost transakcijskega vodenja in mehanistične organiziranosti s faktorjema stanje sprememb in izgradnja tima, saj teoretična izhodišča in raziskave na tem področju tega ne dokazujejo. Zammuto in sod. (1992) so se prepričali, da mehanistična organiziranost ni pozitivno povezana z uspešnim izvajanjem sprememb, kar pa v naši raziskavi potrjujemo, torej mehanistična organiziranost v slovenskem zdravstvu je pozitivno povezana z uvajanjem sprememb, kar pa ni dobra popotnica za uspešno izvajanje sprememb. Veliko povedo tudi povezave na področju organizacijske kulture. Kljub temu, da organizacijska kultura ni pomemben pojasnjevalni dejavnik uspešnega izvajanja sprememb v naši raziskavi, je ključnega pomena, saj predstavlja notranje okolje organizacije, v katerem se razvija timsko delo. Rezultati pokažejo, da je organizacijska kultura hierarhija kot vodilna kultura v bolnišnicah statistično pomembno negativno povezana z uvajanjem sprememb, kar pomeni, da je obstoječa organizacijska kultura v anketiranih bolnišnicah velika ovira za uvajanje sprememb. Ugotovljeno stanje še poslabša ugotovitev, da je organizacijska kultura trga, ki je druga najpogostejša ugotovljena kultura v bolnišnicah in skupaj s kulturo hierarhije tvori kulturo kontrole in stabilnosti, negativno povezana z uvajanjem sprememb, izgradnjo tima in informacijsko podporo. Ugotovljamo, da sta kulturi trga in hierarhije veliki oviri na poti izgradnje timskega dela v bolnišnicah. Rezultat podpirajo še pozitivna korelacija kulture adhokracija z odvisno spremenljivko stanje sprememb. O'Neill in Quinn (1993) pravita, da kultura adhokracije označuje prilagodljivost in željo sprejeti nove izzive, kar je pomembno pri uvajanju sprememb. Rezultat naše raziskave pokažejo, da je te kulture malo v slovenskih bolnišnicah in dajo usmeritve za nadaljnje aktivnosti managementa za razvoj organizacijske kulture skupina v neposredni praksi.

Rezultati kažejo na to, da se z večanjem stopnje izobrazbe anketiranci ocenjujejo večjo prisotnost stabilnosti in kontrole v bolnišnici, vendar se anketiranec z višanjem stopnje izobrazbe počuti bolj vključen, kot tisti z nižjo izobrazbo. Visoko izobraženi anketiranci ocenjujejo manj kulture inovativnosti, razvoja in pripravljenosti za tveganje v svojem delovnem okolju, kar je zaskrbljujoče, saj je ravno to skupina zaposlenih, ki bi morala delovati razvojno

v bolnišnici in biti pri tem spodbujena s strani vodilnih. Prav tako visoko izobraženi anketiranci slabše ocenjujejo delovanje vodstva na področju uvajanja sprememb.

## 5. Sklep

Raziskava pokaže, da smo s postavljenim raziskovalnim modelom pojasnili dejavnike uspešnega izvajanja sprememb v anketiranih bolnišnicah in sicer je timsko delo oziroma izvedena spremenljivka "izgradnja tima" tisti dejavnik, ki najbolj pojasnjuje uspešno izvajanje sprememb v raziskanih bolnišnicah. Rezultat je presenečenje, saj so raziskave Ferlie in Shortella (2001) pokazale na štiri pomembne dejavnike za uspešno uvajanje izboljšav pri delu v zdravstvu. Ti dejavniki so: vodenje na vseh nivojih, izgradnja prodorne kulture, ki spodbuja učenje skozi procese dela, poudarek na razvoju učinkovitih timov in večja uporaba informacijske tehnologije pri uvajanju stalnih izboljšav in sprejemanju odgovornosti. V našem primeru smo ugotovili, da je ključni dejavnik vzpostavitev timskega dela, ostali dejavniki navedeni po Ferlie in Shortellu (2001) imajo statistično pomembno, vendar majhno pojasnjevalno vrednost. Rezultati pokažejo, da bo v neposredni praksi pri uvajanju sprememb potrebno narediti veliko sprememb pri vodenju posameznika, tima in organizacije, saj raziskave organizacijske kulture kažejo predvsem na hierarhično in tržno usmerjenost slovenskih bolnišnic, kjer je timsko delo malo razvito in so v ospredju individualizem in hierarhija in se kontrolno vodenje uporablja bistveno več, kot fleksibilno vodenje.

Analiza rezultatov po poklicnih skupinah pokaže na pomembne razlike med poklicnimi skupinami, saj je najpomembnejši pojasnjevalni dejavnik uspešnega izvajanja sprememb pri medicini in zdravstveni negi timsko delo, ki sodi med pozitivne dejavnike uvajanja sprememb. Pri zaposlenih v upravi pa ugotovimo, da najpomembnejši pojasnjevalni dejavnik mehanistična organiziranost in sodi na področje negativnih dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb. Rezultati kažejo na velike razlike med zdravstvenim in upravnim delom bolnišnice, ki jih označuje različen vrednostni sistem, zato je uvajanje trajnih sprememb brez predhodne priprave vodstva bolnišnic na spreminjanje organizacijske kulture bolnišnice in uporabe situacijskih stilov vodenja, obsojeno na neuspeh.

## 6. Literatura

1. Alimo-Metcalfe, B., Alban-Metcalfe R. (2000). Heaven can wait, *Health Service Journal*, 110: pp 26-29.
2. Blaauw, D., Gilson, L., Penn-Kekana, L. (2003). Organisational relationship and the “software” of health sector reform, (Background Paper) The Disease Control Priorities Project, dosegljivo na: [www.fic.nih.gov/dcpp/con9pres.html](http://www.fic.nih.gov/dcpp/con9pres.html) (27.10.2006).
3. Bohinc, M. (1997). Menedžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester, *Obzornik zdravstvene nege*, 31(5-6): 247-252.
4. Cameron, K. S., Quinn, R. E. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture Based on the Competing Values Framework*, Addison-Wesley, Massachusetts.
5. Charns, M., Gittel, J.H. (2000). Work Design. In *Health Care Management: Organization Design and Behavior* (4<sup>th</sup> ed.), eds S.M. Shortell & A.D. Kaluzny, 106-29, Albany, N.Y.: Delmar.
6. Eby, L.T., Adams, D.M., Russell, J.E.A., Gaby, S. H. (2000). 'Perceptions of organizational readiness for change: factors related to employees' reactions to the implementation of team-based selling', *Human Relations*, 53: 419–42.
7. Ferlie, E.B., Shortell, S.M. (2001). Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and United States: A Framework for Change, *The Milbank Quarterly*, 79 (2): Pp. 281-315.
8. Firth-Cozens, J., Mowbray, D. (2001). Leadership and the quality of care, *Qual. Health Care*, 10: 3-7.
9. Firth-Cozens, J., Payne, R., eds. (1999). *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*, Wiley, London.
9. Fried, B., Rundall, Topping, S. (2000). Groups and teams in Health services Organizations. In *Health Care Management: Organization Design and Behavior* (4<sup>th</sup> ed.), eds S.M. Shortell and A.D. Kaluzny, 106-29. Albany, N.Y.: Delmar.
10. Garside, P. (1999). The Learning organization: A Necessary setting for Improving care? *Quality in Health Care*, 8(4): 211-12.
11. Harper, G. & Utley, D. (2001). 'Organizational culture and successful information technology implementation', *Engineering Management Journal*, 13: 11 – 16.
12. Kern, T. (2003). Participation of employees in business process improvement projects. V: Jašková, Mária (ur.). *ECON '03 : [selected research papers]*, (Research works proceedings, Vol. 10, 2003, Economics set). Ostrava: Technical University of Ostrava, Faculty of Economics, str. 194-200.
13. Kouzes, J. M., Posner, B. Z. (2003). *Leadership Practices Inventory*, 3<sup>rd</sup> Edition, Pfeiffer.
14. Jones, R.A., Jimmieson N.L., Griffiths, A., (2005). The Impact of Organizational Culture and Reshaping Capabilities on Change Implementation Success: The Mediating Role of Readiness for Change, *Journal of Management Studies*, 42, march:361.
15. Jones, K.R., Redman, R.W. (2000). Organizational culture and work redesign, *Experience in three organizations*, *JONA*, 30: 604-10.

16. Joss, R., Kogan, M., (1995). *Advancing Quality: TQM in the NHS*, Buckingham, U.K.: Open University Press.
17. Mallak, L.A., Lyth, D.M., Olson, S.D., Ulshafer, S.M., Sardone, F.J. (2003). Culture, the built environment and healthcare organizational performance, *Managing Service Quality*, 13(1): Pp. 27-38.
18. Marshall, M.N., Mannion, R., Nelson, E.O., Davies, H.T. (2003). Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts, *BMJ*, 327: 599-602.
19. Moll, S., Wlach, R. (2003). Assessing the impact of public health skills on the key responsibilities of Primary Care Trusts health improvement through provision of care, commissioning of services and partnership engagement. How does s Strategic Health Authority know if public health skills have been used to underpin these responsibilities. Europhamili / Aesculapius Professional Study. Nottingham University, UK. [http://www.europhamili.org/protect/media/37.pdf#search=%22Moll%2C%20S.%2C%20Wlach%2C%20R.%20\(2003\).%20Assessing%20the%20impact%20of%20public%20health%20skills%20%22](http://www.europhamili.org/protect/media/37.pdf#search=%22Moll%2C%20S.%2C%20Wlach%2C%20R.%20(2003).%20Assessing%20the%20impact%20of%20public%20health%20skills%20%22) (29.9.2006).
20. O'Neill, R. & Quinn, R. (1993). 'Editor's note: Applications of the competing values framework', *Human Resource Management*, 32:1-7.
21. Parker, V.A., Wubbenhorst, W.H., Young, G.J., Desai, K.R., Charns, M.P. (1999). Implementing quality improvement in hospitals: the role of leadership and culture, *Am J Med Qual*, 14: 64-69.
22. Pettigrew, A.M., Ferlie, E., McKee, L. (1992). *Shaping Strategic Change. The Case of the NHS*, Sage, London.
23. Pointer, D.D., Sanchez, J.P. (2000). Leadership: A Framework for Thinking and Acting. In *Health Care Management: Organization Design and Behavior* (4<sup>th</sup> ed.), eds S.M. Shortell and A.D. Kaluzny, 106-29. Albany, N.Y.: Delmar.
24. Plsek, P. E. (2003). Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. <http://www.nihcm.org/Plsek.pdf> (29.9.2006).
25. Ritonja, S., (1994). Proces razvoja zdravstvenega managementa, *Bilten*, 10(5):14-16.
26. Schein, E. (1999). *Organizational Culture and Leadership*, 2<sup>th</sup> Edition. San Francisco. Jossey-Bass Publishing.
27. Schein, E.H. (1988). *Process Consultation: Its Role in Organization Development*. Reading, MA: Addison-Wesley.
28. Schein, E.H. (1987). *Process Consultation: Lessons for Managers and Consultants*. Reading, MA: Addison-Wesley.
29. Scott-Cawiezell J, Jones K, Moore L. (2005). Nursing home culture. A critical component in sustained improvement, *J Nurs Care Qual*, 20(4): 341-8.
30. Scott, J.T., Mannion, R., Davies, H.T.O., Marshall, M.N. (2003). The quantitative measurement of organisational culture in health care: The instruments are available? *Health Services Research*, 38(3): Pp. 923-945.
31. Senge, P.M. (1990). *The Fifth Discipline: The art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.

32. Shortell, S. M., Zazzali, J. L., Burns, L. R., Alexander, J. A., Gillies, R. P., Budetti, P.P., Waters, T. M., & Zuckerman, H. S. (2001). Implementing evidence-based medicine: The role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations, *Medical Care*, 39(7): Pp. 62-78.
33. Shortell, S.M., Bennett, C.L., Byck, G.R. (1998). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress, *Milbank Quarterly* 76(4): 593-624.
34. Shortell, S.M., O'Brien, J., Carman, R. Foster, E.F.K. Hughes, Boerstler, H., et.al. (1995). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality management: Concept versus implementation, *Health Services Research* 30(2): 377-401.
35. Skela Savič, B., Pagon, M., Lobnikar, B. (2006). Organizacijska kultura v slovenskih bolnišnicah = Organisational culture in Slovene hospitals. V: Rajkovič, Vladislav (ur.). Management sprememb : zbornik 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož, 15.-17. 3. 2006 : proceedings of the 25<sup>th</sup> International Conference on Organizational Science Development, Slovenia, Portorož, March, 15.-17. 3. 2006. Kranj: Moderna organizacija, str. 1145-1153.
36. Skela Savič, B., Pagon, M., Lobnikar, B. (2004). Analiza vodenja v slovenskih bolnišnicah: kdo so uspešni vodje? *Organizacija*, 37(1): 5-15.
37. Skela Savič, B., (2002). Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu, magistrska naloga, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
38. Skjørshammer, M. (2001). Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts, *Journal of interprofessional care*, 15:1.
39. Turner, D., Crawford, M. (1998). *Change Power: Capabilities that Drive Corporate Renewal*. Warriewood, NSW: Business and Professional Publishing.
40. Yazbeck A. (2004). Introducing Clinical Pathways in the Slovene Hospital (Clinical) Setting: Professional Cultures and Changes in Organizational Behavior, magistrska naloga, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
41. Zammuto, R.F., O'Connor, E. (1992). 'Gaining advanced manufacturing technologies' benefits: the roles of organization design and culture', *Academy of Management Review*, 17: 701–28.
42. West, E. (2001). Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care, *Qual Health Care*, 10:40-48.

Prispevek je objavljen z dovoljenjem revije *Organizacija*, letnik 40, številka 4, 2007





# III.

## Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih slovenije

viš. predav. dr. Bojana Filej

Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru

bojana.filej@uni-mb.si

### Povzetek

**Teoretična izhodišča:** *Organiziranost zdravstvene nege kot samostojne službe je v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih organizacijsko nedorečena. V vsakem zavodu dejavnost zdravstvene nege sicer deluje, organizacijska struktura in procesi ter formalnopravna urejenost pa niso dorečeni, prav tako niso opredeljene kompetence glavnih medicinskih sester. Glavne medicinske sestre se zavedajo, da so potrebne organizacijske spremembe tako v zavodu kot tudi v dejavnosti zdravstvene nege.*

**Cilj:** *Ugotoviti, KAJ je potrebno v sistemu zdravstvene nege spremeniti in KAKO izvesti potrebne spremembe.*

**Metoda:** *Raziskava ima značilnost kvantitativne raziskave, v kateri so sodelovale glavne medicinske sestre zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov Slovenije. Velikost vzorca proučevanja je bil 99 glavnih medicinskih sester, kar nam omogoča 95-odstotno točnost rezultatov. Za potrebe raziskave smo razvili strukturiran vprašalnik z 82 vprašanji. Odgovore na trditve je bilo možno podati na osnovi tehnike, ki temelji na Likertovi lestvici in omogoča oceno strinjanja ali nestrinjanja s postavljenim stališčem.*

**Rezultati:** *Najpomembnejša ugotovitev v raziskavi je, da sistem menedžmenta zdravstvene nege ni odvisen le od okolja in zunanjih vplivov, temveč tudi od glavnih medicinskih sester samih, ki vodijo sistem.*

**Ključne besede:** *model kakovosti sistema menedžmenta, glavna medicinska sestra, zdravstveni zavod, socialnovarstveni zavod*

## Abstract

**Theoretical issues:** *Organisation of the nursing care as independent service in health and social care institutions is inadequately defined. Nursing care is organised in each institution, but organisational structure and processes, form and legislative are not précised, and competences of the nurses are not defined. Head nurses are aware of the urgent need for changes in the institution and nursing care as well.*

**Aim:** *To find out WHAT has to be changed in the nursing care system and HOW to carry out these changes.*

**Method:** *It is a quantitative research in which participated main nurses in the health care institutions in Slovenia. Sample was made of 99 head nurses, enabling 95% accuracy of the results. Structured questionnaire containing 82 questions was designed.*

*Likert's scale gave participant possibility to agree or disagree with the offered statement.*

**Results:** *Most important finding was that the nursing care management system does not only depend on the surroundings and external influences, but also on the head nurses who are in charge of the system.*

**Key words:** *management quality model, head nurse, health care institution.*

## 1. Uvod

Zdravstveni sistem je izrazito hierarhični sistem, vendar je danes pozornost usmerjena v "redefinicijo poslanstva in zdrobitev stare hierarhije, ter izgradnjo nove fleksibilne managementske strukture in sistema, ki sprošča energijo sodelavcev" (Ovsenik, Ambrož, 2000). Zdajšnji organizacijski pristopi so bolj elastični in odprti (Peterka Novak, 2007), za izboljšave na področju zdravstva pa je potrebno delo usmeriti v zagotavljanje večje učinkovitosti, produktivnosti in kakovosti celovitega zdravstvenega sistema (Marušič, 2005). Po mnenju Končine (2006) lahko to dosežemo le z boljšim menedžmentom. Pomembno je tudi, da se največ zahtev v zvezi z racionalizacijo poslovanja nanaša na vodilne strukture v zavodih, torej tudi na glavne medicinske sestre.

Sodobni trendi v poslovanju opozarjajo, da bodo v prihodnje uspešnejše tiste organizacije, v katerih bo vodenje osnovano na zaupanju, spoštovanju, morali in bo zadostilo zahtevam zaposlenih po njihovem osebnem razvoju (Lipič Baligač, 2007). Tudi Česen (2003) meni, da imajo odločilno vlogo v delovanju vsake organizacije ljudje in da bodo za nove in boljše rezultate delovanja organizacij vse bolj pomembni človeški viri.

Zdravstvena nega je v zdravstvenem in socialnovarstvenem sistemu podrejena dejavnost. "Dogaja se ji enako kot družbi, ki je organizirana hierarhično in ki si prizadeva vzdrževati neenakomerno distribucijo moči med svojimi člani, spodbuja avtoriteto, ugled, status, bogastvo in materialni standard" (Ovsenik, Ambrož, 2000, str. 153).

Organiziranost zdravstvene nege kot samostojne službe je v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih organizacijsko nedorečena. V vsakem zavodu dejavnost zdravstvene nege sicer deluje, organizacijska struktura, organizacijski procesi in formalnopravna urejenost pa

niso dorečeni, prav tako tudi niso opredeljene kompetence glavnih medicinskih sester in nikakor ne moremo trditi, da so na teh mestih takšne medicinske sestre, ki bi znale "najbolje organizirati procese in dosežati cilje organizacije v danih okoliščinah" (Česen, 2003, str. 127). Postavlja pa se tudi vprašanje, v koliki meri so glavne medicinske sestre vključene v omenjene procese, čeprav so "delavci kreativni nosilci uresničevanja poslovne politike in doseganja strateških ciljev. Lahko rečemo, da je človek ključni faktor za povečanje produktivnosti in učinkovitosti" (Florjančič, Novak, 2002, str. 3).

Iz organizacijskega vidika je zdravstvena nega eden izmed podsistemov v zdravstvenem in socialnovarstvenem zavodu, pri čemer je zelo pomembno, da so "vzpostavljene jasne meje med podsistemi", ki jih lahko definiramo le, če so jasno razmejene hierarhične stopnje (Čačinovič-Vogrinčič, 1998, str. 183).

Zaradi hierarhične organiziranosti glavne medicinske sestre v večini zdravstvenih zavodov niso uspeli v celoti uveljaviti organizacijskih izhodišč za organiziranje službe zdravstvene nege, kakor jih je pripravila stroka. V socialnovarstvenih zavodih s strani stroke organizacija službe zdravstvene nege ni bila nikoli opredeljena, zato so razlike, predvsem na kadrovske, pa tudi na strokovnem in materialnem področju, velike. K takšnemu stanju veliko pripomore tudi sedanja filozofija domske oskrbe, da dom starejših občanov ljudem nadomesti domače okolje (dom), vendar v domsko varstvo najpogosteje prihajajo tisti, ki v domačem okolju ne morejo več funkcionirati zaradi bolezni ali starosti in potrebujejo pomoč. Redki so tisti, ki pridejo v dom zaradi osamljenosti in potrebe po druženju.

Vloga medicinske sestre kot menedžerja ni natančno definirana, odvisna je od opisa delovnih mest. Nekateri avtorji (Wildman, Reeves, King, 1997) menijo, da je vloga medicinske sestre maenedžerja zelo kompleksna in dinamična ter se spreminja glede na situacijo.

Čeprav je zdravstvena nega tako v zdravstvenih kot tudi v socialnovarstvenih zavodih kompleksna entiteta, ki nadzoruje največje število kadra in ji je namenjen največji delež finančnih virov, ne more biti omejena le na obravnavo pacientov, saj je njen pomen veliko bolj sofisticiran, ker gre za večdimenzionalno entiteto. Zaradi tega tudi zdravstvena nega potrebuje dobro organizacijo, s katero prispeva k učinkovitemu in uspešnemu poslovanju ustanove. Vendar je sposobnost vodenja in usmerjanja pri nas pomanjkljiva v stroki zdravstvene nege. Vzrokov za to je seveda več. Skela Savič (2003) ugotavlja, da o uspešnem vodenju v zdravstveni negi ne moremo govoriti, saj vodilne medicinske sestre nimajo ustrezne izobrazbe za vodenje in menedžment in da jim manjka vizije in strategije, kako razvijati in izkoriščati potencialne zaposlenih, da bi le-ti bili zadovoljni in motivirani za svoje delo in razvoj. Poleg tega so bile medicinske sestre v šolah poučevane kot "vajenci", ki sledijo drugim in ne tako, da mislijo. Večina medicinskih sester je žensk, ki niso agresivne, medtem ko je vodenje povezano z agresivnostjo. Mahoney (2001) meni, da vodje zdravstvene nege potrebujejo znanje ekonomike, financiranja, organizacijskega menedžmenta in menedžmenta človeških virov, kakor tudi razvoja in raziskovanja.

Medicinske sestre pri nas še vedno nimajo profesionalne avtonomije, da bi lahko same v celoti načrtovale, organizirale, vodile in kontrolirale lastno stroko in kot navaja Požun (2003) menedžment zdravstvene nege ni avtonomen niti na kadrovske, niti pri vodenju

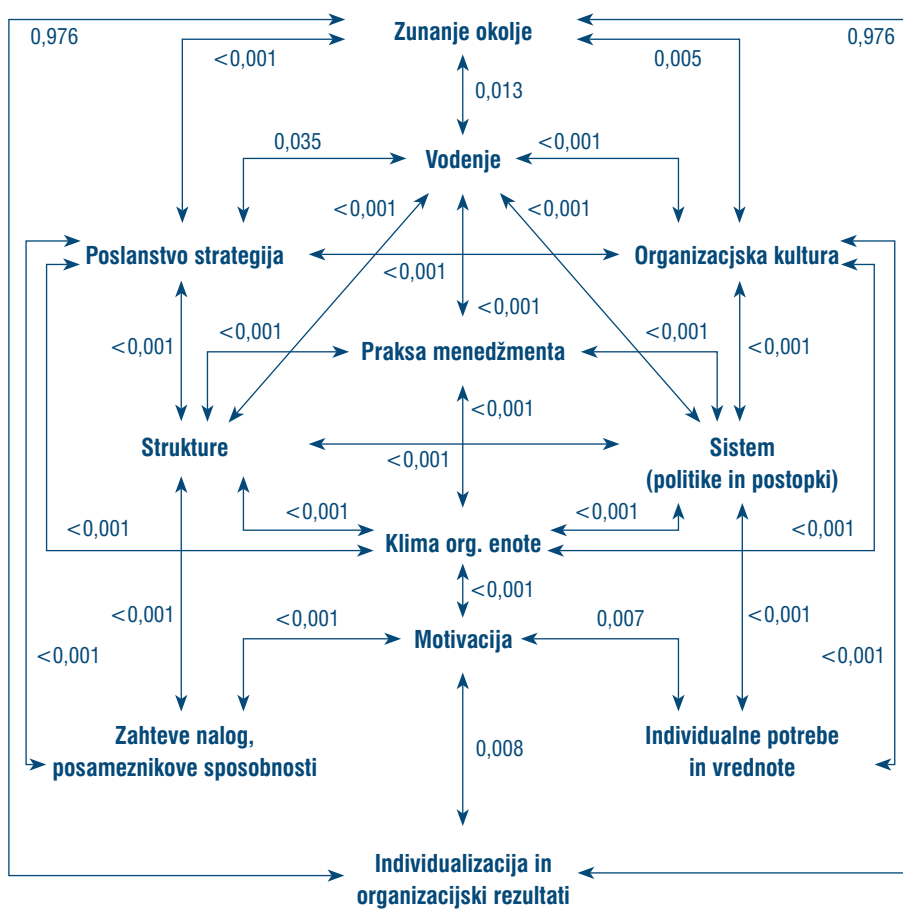
in razpolaganju s sredstvi.

O nekaterih zavodih zagotovo lahko trdimo, da so stabilni z organizacijskega, s kadrovskega in finančnega vidika, vendar postajajo dalj časa stabilni sistemi togi in neprilagodljivi ter jih je težko spreminjati (Ovsenik, Ambrož, 2000). Če želimo biti pri spreminjanju uspešni, moramo sprejeti dejstvo, da se bo sistem spremembam uprl. Brez odpora do sprememb sistem svoje stabilnosti ne more ohranjati (ibid, 2000). Vendar "sprememb ni moč obvladati, možno jih je le predvideti. Vsi so namreč že sprejeli dejstvo, da so spremembe neizbežne" (Drucker, 2001, str. 76). Mnoge zavode pa lahko danes smatramo kot nestabilne sisteme zaradi neučinkovitega vodenja in neuspešnega poslovanja, zato so tako v zavodih kot tudi v zdravstveni negi potrebne organizacijske spremembe, kar so ugotovile tudi glavne medicinske sestre zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov, ki so sodelovale v raziskavi omenjene doktorske disertacije. Potrebo po organizacijskih spremembah so izrazile tako v zavodu ( $x=3,68$ ) kot tudi v organiziranosti zdravstvene nege ( $x=3,56$ ).

## 2. Burke - Litwinov model organizacijskega spreminjanja

Da bi ugotovili, KAJ je potrebno v sistemu zdravstvene nege spremeniti, smo uporabili Burke - Litwinov model organizacijskega spreminjanja (Slika1).

**Slika 1:** Elementi Burke – Litwinovega modela in statistična pomembnost povezav med njimi



Vir: Burke, 2002: 199

Model temelji na odprtem sistemu in je sestavljen iz dvanajstih elementov, ki so: zunanje okolje, poslanstvo in strategija, vodenje, organizacijska kultura, strukture, praksa menedžmenta, sistem (politike in postopki), klima organizacijske enote, zahteve nalog in posameznikove sposobnosti, motivacija, individualne potrebe in vrednote, individualni organizacijski rezultati. Element "zunanje okolje" predstavlja input (vložek v sistem) in element "individualni in organizacijski rezultati" output (izloček) iz sistema. Vsi ostali elementi predstavljajo throughput (proces). Zelo pomembna v modelu je povratna zanka, ki povezuje input z outputom. Njena povezava je obojesmerna, kar pomeni, da zunanje okolje vpliva na organizacijske outpute - produkte in storitve, na primer na uporabnikovo zadovoljstvo, in obratno - na primer uporabnikovo zadovoljstvo in kakovost storitev vplivata na okolje.

Vseh dvanajst elementov, ki sestavljajo model, predstavlja naše izbire glede tega, kaj mora biti najprej analizirano in kaj spremenjeno. Čeprav smo se odločili glede prioritete oziroma naše izbire, moramo upoštevati tudi dimenzije večjega sistema s spremenljivkami, kot so poslanstvo, strategija, vodenje in kultura; na nivoju skupine ali delovne enote moramo upoštevati klimo in na nivoju posameznika njegove potrebe in vrednote, zahteve nalog in posameznikove spretnosti ter motivacijo.

Povezave med posameznimi elementi so dvosmerne in predstavljajo načelo odprtega sistema z možnimi več vplivi na posamezni element. To pomeni, da bo sprememba enega elementa lahko vplivala na vse ostale elemente in da so nekatere povezave pomembnejše, ko pričnemo z načrtovanjem in uvajanjem organizacijskih sprememb.

Ključno za razumevanje sprememb glede na model pa so transformacijski in transakcijski faktorji. Transformacijski faktorji so: zunanje okolje, poslanstvo in strategija, vodenje, organizacijska kultura in individualni organizacijski rezultati. Transakcijski faktorji pa so: praksa menedžmenta, strukture, sistem (politike in postopki), klima organizacijske enote, motivacija, zahteve nalog in posameznikove sposobnosti, individualne potrebe in vrednote ter individualni in organizacijski rezultati. Spremembe transformacijskih faktorjev so povzročene z neposredno interakcijo z zunanjim okoljem in bodo posledično zahtevale novo obnašanje članov organizacije. Sprememba katerega koli elementa med transformacijskimi faktorji pomeni, da je vpliv na celotno organizacijo ali sistem in da je sprememba diskontinuirana in revolucionarne narave, kar pomeni vpliv na globlje strukture sistema in zahteva vizionarsko vodenje. Transakcijski faktorji se nanašajo na vsakodnevna opravila in če jih želimo spremeniti, bomo uporabili izraza kontinuirano izboljševanje, evolucija. Transformacijske spremembe so bolj v povezavi z vodenjem, transakcijske spremembe pa z menedžmentom. Transakcijske spremembe zahtevajo menedžerje, katerih delo je konstantno usmerjeno k izboljševanju in h kakovosti in to bolj, kot pa k natančnemu vpogledu v celoten sistem.

## **2.1. Analiza vpliva spremenljivk v Burke - Litwinovem modelu**

Za potrebe raziskave smo razvili strukturiran vprašalnik z 82 vprašanji, od tega so bila tri odprtega tipa, preostala pa zaprtega tipa. Vprašanja so temeljila na teoretičnih izhodiščih in so bila porazdeljena v sklope, ki se nanašajo na naslednja področja: menedžment, organiziranost dejavnosti zdravstvene nege, najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja, stili vodenja,

naloge, motivacija, kakovost, organizacijska kultura, okolje, vodenje. Za sklop "menedžment" smo oblikovali 13 trditev; za sklop "organiziranost dejavnosti zdravstvene nege" 5 trditev; za sklop "najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja" 11 trditev; za sklop "stili vodenja" 7 trditev; za sklop "naloge" 4 trditve; za sedmi sklop "motivacija" 10 trditev; za osmi sklop "kakovost" 5 trditev; za deveti sklop "organizacijska kultura" 7 trditev; za sklop "okolje" 5 trditev; za sklop "vodenje" 3 trditve. V celotnem vprašalniku smo za enajst sklopov oblikovali 82 trditev.

Odgovore na trditve je bilo možno podati na osnovi tehnike, ki temelji na Likertovi lestvici in omogoča oceno strinjanja ali nestrinjanja s postavljenim stališčem. Pri tem je 1 pomenila sploh se ne strinjam in 5 popolnoma se strinjam.

Vprašalnik je obsegal tudi sklop splošnih vprašanj, s katerimi smo želeli dobiti podatke o udeležencih raziskave – glavnih medicinskih sestrah socialnovarstvenih in zdravstvenih zavodov. V tem sklopu smo pridobili podatke o njihovi izobrazbi, starosti, skupni delovni dobi, delovni dobi v zavodu in delovni dobi na sedanji funkciji glavne medicinske sestre. Zanimal nas je tudi naziv delovnega mesta ter vrsta zavoda. S podatkom o številu zaposlenih v zavodu, številu zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege ter s podatkom o pomočnicah smo dobili uvid v velikost službe oziroma dejavnosti zdravstvene nege v zavodu.

Vsako trditev v vprašalniku, ki predstavlja spremenljivko, smo ocenili glede na definicije v literaturi in jih razporedili v elemente Burke – Litwinovega modela kot spremenljivke. Tako smo v element "**zunanje okolje**" vključili naslednje spremenljivke: funkcionalno usposabljanje za menedžment in vodenje, poznavanje del in nalog glavne medicinske sestre ter potrebe in zahteve pacientov.

V element "**poslanstvo**" smo vključili: organizacijsko filozofijo zavoda, poslanstvo zavoda, filozofijo zdravstvene nege, cilje dejavnosti zdravstvene nege, vizijo delovanja zdravstvene nege. Element "**vodenje**" predstavljajo naslednje spremenljivke: formalna moč, neformalna moč, ukrepanje v kritičnih situacijah, prevzemanje odgovornosti, vztrajnost pri delu, veljavnost mnenja glavne medicinske sestre v zavodu, odločanje, odločanje v krizni situaciji, upoštevanje potreb podrejenih, možnosti strokovnega izpopolnjevanja, pohvala nadrejenih, sledenje podrejenih k zastavljenim ciljem, pridobivanje novih znanj in spretnosti podrejenih.

V "**organizacijsko kulturo**" je vključenih šest spremenljivk, in sicer: medosebni odnosi, pozornost posebnim dogodkom, formalne poti komunikacije, spoštovanje zapisanih pravil, spoštovanje vrednot organizacije, odnos zaposlenih do dela.

V element "**strukture**" smo razporedili naslednje spremenljivke: komunikacija med vodstvom in podrejenimi, sodelovanje med medicinskimi sestrami/zdravstvenimi tehnikami in zdravniki, upoštevanje predlogov za izboljšave, delegiranje nalog vodilnih kadrov sodelavcem, timsko delovanje vodstva.

"**Praksa menedžmenta**" vključuje naslednje spremenljivke: izvajanje menedžerskih funkcij (načrtovanje, organiziranje, vodenje, preverjanje) na ravni zavoda, izvajanje menedžerskih funkcij za potrebe zdravstvene nege, načrtovanje strokovnega izpopolnjevanja zaposlenih, odločanje o udeležbi na strokovnem izpopolnjevanju, izbor kadra za zaposlitev, zadovoljstvo o osebnem dohodkom, sodelovanje pri odločanju v zavodu.

Spremenljivke kot so: razpolaganje s finančnimi sredstvi za delovanje zdravstvene nege, orga-

niziranost dejavnosti zdravstvene nege v samostojni službi, opredeljenost službe zdravstvene nege v statutu, zapisanost nalog službe zdravstvene nege v statutu, zapisanost kompetenc glavne medicinske sestre za vodenje dejavnosti zdravstvene nege v opisu del in nalog, vpliv na spremembo opisa delovnega mesta glavne medicinske sestre, vnaprejšnje najavljanje nadrejenim za razgovor, delovni pogoji, strategija kakovosti zavoda, vključenost zdravstvene nege v strategijo kakovosti zavoda, predstavljajo element **“sistem (politike in postopki)”**.

**“Klima organizacijske enote”** je definirana s spremenljivkami: zaupanje vodstva, spoštovanje nadrejenih, spoštovanje podrejenih, zaupanje podrejenim, upoštevanje podrejenih ter “zahteve nalog, posameznikove sposobnosti” z izobraževanjem za kakovost.

V element **“motivacija”** smo vključili te spremenljivke: spodbujanje podrejenih, da izrazijo mnenje in predloge, motivacija za kakovost v zavodu, in v element “individualne potrebe in vrednote”: skrb za kontinuirano strokovno izpopolnjevanje glavne medicinske sestre, zanimivost in raznovrstnost dela glavne medicinske sestre, uporaba lastnega znanja, samostojnost pri delu, čas za osebno življenje glavne medicinske sestre.

Element **“individualni in organizacijski rezultati”** je opredeljen s spremenljivkami: pomembnost uresničitve nalog, odgovornost zaposlenih za izboljšanje kakovosti, zadovoljstvo pacientov z zdravstveno nego, potrebnost sprememb v zavodu, nujnost sprememb v organiziranosti zdravstvene nege.

Z analizo podatkov ugotavljamo (Tabela 1), da je najnižja povprečna vrednost odgovorov v vseh zavodih za element “zunanje okolje”, sledita elementa “zahteve nalog, posameznikove sposobnosti” in “motivacija”. Najvišja ocena je podana za element “klima organizacijske enote”.

**Tabela 1:** Ocena elementov Burke-Litwinovega modela

	N	minimum	maksimum	povprečje	odklon
Zunanje okolje	99	1,33	5,00	3,0354	0,83138
Poslanstvo, strategija	99	1,20	5,00	3,6444	0,90545
Voditeljstvo	99	2,77	4,83	3,8286	0,36699
Organizacijska kultura	99	2,33	5,00	3,6448	0,60452
Praksa menedžmenta	99	2,46	5,00	4,0490	0,63194
Strukture	99	1,80	5,00	3,7855	0,61653
Sistem (politike in postopki)	99	1,60	4,70	3,3768	0,81308
Klima organizacijske enote	99	2,80	5,00	4,2222	0,47741
Motivacija	99	1,00	4,50	3,3232	0,72602
Zahteve nalog, posameznikove sposobnosti	98	1,00	5,00	3,2449	1,19329
Individualne potrebe in vrednote	99	2,80	4,80	4,0753	0,45839
Individualni in organizacijski rezultat	99	2,20	4,50	3,6298	0,45535



Če upoštevamo celoten Burke – Litwinov model oziroma vseh dvanajst elementov, je najnižja povprečna ocena za zdravstvene domove, kar resnično dokazuje narušeno stabilnost zaradi strateških in političnih sprememb zdravstvenega sistema. Sledijo bolnišnice. Najbolje je ocenjen model za socialnovarstvene zavode (Tabela 2). Vzrokov za to je seveda več in izhajajo iz narave socialnovarstvenih zavodov, njihove organiziranosti in odprtosti v okolje.

**Tabela 2:** Ocena elementov Burke-Litwinovega modela po zavodih

	Vrsta zavoda						p
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialnovarstveni zavod		
	povp.	odklon	povp.	odklon	povp.	odklon	
Zunanje okolje	3,57	0,72	2,81	0,77	2,99	0,85	0,003
Poslanstvo, strategija	4,19	0,75	3,10	0,84	3,94	0,74	0,000
Voditeljstvo	3,80	0,39	3,83	0,39	3,84	0,34	0,902
Organizacijska kultura	3,45	0,47	3,57	0,58	3,83	0,65	0,042
Praksa menedžmenta	4,20	0,56	3,88	0,61	4,15	0,66	0,073
Strukture	3,54	0,50	3,73	0,63	3,98	0,61	0,027
Sistem (politike in postopki)	3,67	0,64	2,89	0,74	3,74	0,71	0,000
Klima organizacijske enote	4,20	0,48	4,23	0,44	4,22	0,52	0,969
Motivacija	3,05	0,78	3,37	0,81	3,42	0,56	0,161
Zahteve nalog, posameznikove sposobnosti	3,15	0,93	3,17	1,20	3,38	1,32	0,692
Individualne potrebe in vrednote	4,10	0,35	3,98	0,48	4,16	0,48	0,201
Individualni in organizacijski rezultat	3,80	0,36	3,64	0,47	3,53	0,47	0,106
Skupaj	3,72		3,51		3,76		

povp. – povprečje

Če bi vzeli mejno vrednost tri v petstopenjski Likertovi lestvici kot tisto, pod katero so potrebne organizacijske spremembe, potem bi lahko ugotovili, da v bolnišnicah v nobenem elementu organizacijske spremembe niso potrebne, so pa nujne tako v zdravstvenih domovih, kot tudi v socialnovarstvenih zavodih, in sicer v elementu “zunanje okolje”, ter v elementu “sistem (politike in postopki)” v zdravstvenih domovih. To pomeni, da so v zdravstvenih domovih potrebne spremembe naslednjih spremenljivk: funkcionalno usposabljanje glavnih medicinskih sester za menedžment in vodenje, poznavanje del in nalog glavne medicinske sestre pred zasedbo delovnega mesta ter vpliv potreb in zahtev pacientov na delo glavnih medicinskih sester, razpolaganje s finančnimi sredstvi za delovanje zdravstvene nege, organiziranost dejavnosti zdravstvene nege v samostojni službi, opredeljenost službe zdravstvene nege v statutu, zapisanost nalog službe zdravstvene nege v statutu ter zapisanost kompetenc glavne

medicinske sestre za vodenje dejavnosti zdravstvene nege v opisu del in nalog, vpliv na spremembo opisa delovnega mesta glavne medicinske sestre, vnaprejšnje najavljanje nadrejenim za razgovor, zagotavljanje ustreznih delovnih pogojev, strategija kakovosti zavoda in vključenost zdravstvene nege v strategijo kakovosti zavoda. V socialnovarstvenih zavodih so potrebne organizacijske spremembe pri funkcionalnem usposabljanju za menedžment in vodenje, pri poznavanju del in nalog glavne medicinske sestre pred zasedbo delovnega mesta ter pri vplivu potreb in zahtev pacientov na delo glavnih medicinskih sester.

Ker model deluje kot odprti sistem, v katerem so določene povezave med posameznimi elementi, bomo s spremembo zunanje okolja neposredno vplivali na spremembo elementa "individualni in organizacijski rezultati", vendar povezava ni močna ( $p = 0,976$ ), torej tudi vpliv ni močan (Slika 1). Najmočnejša je povezava oziroma vpliv zunanje okolja na poslanstvo ( $p < 0,001$ ), nato na organizacijsko kulturo ( $p = 0,005$ ) in na vodenje ( $p = 0,013$ ). To pomeni, da bomo s spremembami spremenljivk "funkcionalno usposabljanje za menedžment in vodenje", "poznavanje del in nalog glavne medicinske sestre" ter "potrebe in zahteve pacientov" najbolj vplivali na spremembe organizacijske filozofije zavoda, poslanstva zavoda, filozofije zdravstvene nege, na cilje dejavnosti zdravstvene nege ter na vizijo delovanja zdravstvene nege. Sprememba elementa "sistem (politike in postopki)" bo vplivala na šest elementov: organizacijska kultura, praksa menedžmenta, klima organizacijske enote, vodenje, strukture in individualne potrebe in vrednote. Vpliv na vse navedene elemente je enako močan ( $p < 0,001$ ). To pomeni, da so v zdravstvenih domovih potrebne velike spremembe, saj bodo potrebne spremembe v kar devetih elementih modela od dvanajstih.

Element "zunanje okolje" spada med transformacijske faktorje in ga je potrebno spremeniti v zdravstvenih domovih in socialnovarstvenih zavodih. Spremembe transformacijskih faktorjev zahtevajo povsem novo obnašanje članov organizacije. Spremembe so revolucionarne narave in diskontinuirane, vplivajo na strukture sistema in zahtevajo vizionarsko vodenje. Novo poslanstvo organizacije mora biti usklajeno s poslanstvom vodje.

Element "sistem (politike in postopki)", ki ga je potrebno spremeniti v zdravstvenih domovih, spada med transakcijske faktorje, ki se nanašajo bolj, vsakodnevne operacije v organizaciji. Glede na spremembe gre za kontinuirano izboljševanje, za evolucijske spremembe, ki so bolj v povezavi z menedžmentom. Delo menedžerja je kontinuirano usmerjeno v izboljševanje in kakovost celotnega sistema.

V zdravstvenih domovih so potrebne spremembe vodenja in menedžmenta, v socialnovarstvenih zavodih le spremembe vodenja.

Potrebe po velikih spremembah v dejavnosti zdravstvene nege v zdravstvenih domovih so zagotovo posledica zdravstvene politike do zdravstvenega varstva na primarni ravni, saj leta teži bolj k zasebni dejavnosti. Tako se zdravstveni domovi soočajo z nejasno prihodnostjo in velikim odhodom zdravnikov, zobozdravnikov in patronažnih medicinskih sester v zasebnost ter s tem s težavami, kako zagotoviti kakovostno obravnavo pacientov in enakost dostopa do zdravstvenih storitev.

Kljub temu, da so bili socialnovarstveni zavodi sorazmerno dobro ocenjeni, ko smo ugotavljali stanje menedžmenta glavnih medicinskih sester, še zlasti z vidika organizacijske

kulture, pa je Burke - Litwinov model organizacijskega spreminjanja nakazal potrebo po spremembah vodenja. Tukaj pa prihaja do paradoksa, saj so rezultati raziskave pokazali, da so se glavne medicinske sestre socialnovarstvenih zavodov ocenile kot najuspešnejše pri vodenju, ko jim podrejeni sledijo k zastavljenim ciljem. Z vidika izobrazbene strukture zaposlenih prevladujejo v socialno varstvenih zavodih bolničarji s triletno srednješolsko strokovno izobrazbo, ki jih usmerja v izvajanje oskrbe in ne v kritično razmišljanje. Navodila nadrejenih zato izpolnjujejo brezpogojno, so zadovoljni, da imajo zaposlitev, in sicer ne glede na delovne in druge pogoje. Imajo najmanjšo možnost pridobivanja novih znanj in spretnosti, vizija delovanja zdravstvene nege v zavodu pa tudi ni povsem jasna. Glavne medicinske sestre socialnovarstvenih zavodov so tudi najbolj prepričane, da so pacienti zadovoljni z zdravstveno nego in da tako v zavodih kakor tudi v organiziranosti zdravstvene nege spremembe niso potrebne.

Burke - Litwinov model organizacijskega spreminjanja je torej nakazal potrebo po povsem novem obnašanju članov organizacije.

Z Burke - Litwinovim modelom organizacijskega spreminjanja smo torej ugotovili, KAJ je potrebno v sistemu zdravstvene nege spremeniti, da bomo dosegli kakovost sistema, pojavlja pa se vprašanje, KAKO to doseči. Pri tem smo uporabili Ovsenikov sinusoidalni model človeškoakcijske reflektivnosti.

### **3. Sinusoidalni model človeškoakcijske reflektivnosti kot osnova za oblikovanje modela kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege**

Ovsenik (2006) navaja, da je bila leta 1998 napisana študija o novem razumevanju menedžmenta in organizacijskega obnašanja, saj fenomen organizacije obstaja na vseh ravneh našega sveta. Fenomen organizacija se kot povezujoča sestavina pojavlja kot menedžment, kot ustanova, človeško delo, civilizacija, svet žive narave in kot splošno načelo organizacije. S sociološkega vidika predstavlja organizacija razmerja med ljudmi. Fenomen organizacije razlaga tudi kot naravno, spontano samoorganizacijo, ki povezuje zaporedje dogodkov v naravi. Če gre za dogodke, ki so v resnici zavestno hotena človeška dejanja (akcije), pa te iste dogodke v svojstvu človeških dejanj (akcij) povezuje dodatno tudi miselni proces kot menedžment, ki ga je avtor prikazal kot sinusoidalni val, ki se nenehno ponavlja kot algoritem (model) človeškoakcijske reflektivnosti (premišljevalnosti) (Slika 2).

Ovsenik (2004, 2005, 2006) navaja, da sinusoidalni val sestoji iz "hriba" in "doline". Na območju hriba se človek ozre navzven iz sebe in je v dialogu z okoljem, na območju doline pa se človek ozre navznoter v samega sebe in v tem območju opravi svojo refleksijo s samim seboj. Kolikor visoko/navzven, toliko moramo v akciji poseči tudi globoko/navznoter. To uravnavanje akcije in premisleka je pravilo sinusoide za standardno valovanje.



Amplituda valovnega hriba kot človekovega vstopanja v interakcijo navzven/navzgor z zunanjim svetom in valovne doline kot človekovega miselnega spoznavanja resnice sveta navznoter/navzdol v smeri notranjosti in intelektualno emocionalne globine pa se lahko s časom in z rastjo povečuje/zmanjšuje tako v primeru posameznega človeka v katerikoli akciji človeka kot posameznika ali pa skupine/skupnosti.

Črta sinusoidalnega vala oziroma krivulje ponazarja tok človekove misli, ki poteka med dveh zaporednih dejanjema (akcijama). Dve zaporedni človekovi dejanji (akciji) sta dogodka, ki ju povezuje vzdolžno tako "enotujoče načelo naravno spontane samoorganizacije" (zakoni in načela nezavedne narave) kot tudi človekov zavestno logični in hoteni miselni proces preiščevalnosti (refleksivnosti). Tako človek kot akter prehaja iz enega dejanja v drugo dejanje po svoji lastni volji in odločitvah, ki sestavljajo hoteno voljo. Vmesni miselni proces prehaja iz situacije "Sx" v naslednjo situacijo "Sx+1" kot lastno dejanje. Avtor poudarja pomen vzdolžne osi, ki jo imenuje "enotujoča samoorganizacija", ki jo odločilno opredeljuje človekov sinusoidalni miselni proces spoznavanja.

Na območju hriba je potrebno odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Kaj nas zadeva zdaj? Kdo nas zadeva oziroma zanima pri vstopu v novo relacijo? (Y1);
- Kako je sedaj opredeljeno naše/ moje mesto/položaj? (Y2);
- Kaj moramo znati, da bi mogli prispevati k izboljšanju? Kaj in kako lahko naredimo? Katera znanja potrebujemo za svojo vlogo v tej situaciji? (Y3).

Na območju doline je potrebno odgovoriti še na naslednja vprašanja:

- Kaj nas sili v temeljito preiščevalnost o samem sebi? Zakaj bi to storili? Kakšen motiv imamo za to početje? (Y5);
- Kako naj si obogatimo smisel samega sebe? Kaj mi pravijo moj duh, moje srce, moja vest? (Y6);
- Za kakšno dejavno interpretacijo obstoječe situacije smo se pripravljene odločiti ob vstopu v naslednje aktivno dejanje, izhajajoč iz naših vrednot in motivov? Ali naj potrdim ali zavrnem akcijo? (Y7).

Na prehodu s hriba v dolino se soočamo s svojim lastnim notranjim svetom - jazom. To je točka premika iz zunanega sveta prostora v notranji svet duha. (Y4).

Vprašanja predstavljajo korake v sinusoidnem valu - od Y1 do Y7.

Avtor predstavlja odgovore na posamezno vprašanje, in sicer:

**Y1:** Treba je, da se poboljšamo na ravni človeške vrste - tudi jaz sam.

**Y2:** Gospodarski in pravnokulturni način našega bivanja za človeško vrsto ne ustreza stvarnosti, nič nam ni svetega in neprekršljivega.

**Y3:** Kritično moramo premisliti o človeških potrebah, da bi si jih znali kompetentno zadovoljevati.

**Y4:** Razumneje se moramo uvrstiti v celotno skupnost živih sistemov.

**Y5:** Kontekst razvoja v našem času je dosegel kozmološko zgodovinske razsežnosti, ko se moramo vprašati, kdo sploh smo mi v tem svetu in si priznati, da za naše ravnanje veljajo tri osnovna načela: diferenciacija, subjektivnost in skupnost.

**Y6:** Naučiti se moramo razločevati med vrednim in nevrednim v artikulaciji svoje lastne notranjosti, dotipati se moramo do svetih globin lastne individualnosti, da bi nam od tod rasla vsestranska identiteta v enoviti spontanosti volje za dobro.

**Y7:** Priznati si moramo, da se vsakdo nahaja na poti velike zgodbe potovanja skozi makrofaze identitete v večjih razsežnostih smisla in potreb in skozi mikrofaze človeške izpolnitve svojega lastnega bitja, ob čemer si medsebojno delimo sanje izkušnje ustvarjalnega delovanja (Ovsenik, 2006: 1551).

Ko gre za akcijo, moramo enakomerno poseči "visoko" in "navzven" (sinusoidni hrib), kakor tudi "globoko" in "navznoter" (sinusoidna dolina). Valovni hrib pomeni človekovo vstopanje v interakcijo z zunanjim svetom in valovna dolina pomeni človekovo miselno spoznavanje resnice sveta v smeri notranjosti.

Sinusoidalni model človeškoakcijske reflektivnosti bomo prenesli na primer našega proučevanja in na tej osnovi oblikovali model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege.

Na osnovi našega raziskovanja smo proučili sedanje stanje sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester (Sx). Ugotovili smo naslednje stanje:

- glavne medicinske sestre predstavljajo po starosti "zrelo generacijo" (44,45-51,23 let), za katere je značilna stalnost v zavodu in opravljanje funkcije že drugi oziroma tretji štiriletni mandat;
- izobrazbena struktura glavnih medicinskih sester je slaba, saj imajo večinoma visoko strokovno izobrazbo, ob prevzemu funkcije pa se niso ustrezno funkcionalno izobraževale za menedžment in vodenje;
- njihove kompetence glede na delovno mesto so omejene (na primer omejitve na kadrovske in finančnem področju);
- na nivoju zavoda so sicer vključene v izvajanje menedžerskih funkcij, vendar so jim naloge znotraj posamezne funkcije malo poznane, zato ne izražajo potreb po dodatnih znanjih;
- zavedajo se pomena dejavnosti za doseganje ciljev organizacije in za uspešno ter učinkovito poslovanje zavoda, ne zavedajo pa se, da so pacienti najpomembnejši subjekti v vsakem zavodu;
- kot glavni motivacijski faktor navajajo možnost uporabe lastnega znanja pri svojem delu ter zanimivo in raznovrstno delo, ki ga opravljajo.

Glede na sinusoidalni model želimo priti v naslednje stanje Sx+1, kar v našem primeru pomeni kakovost sistema menedžmenta zdravstvene nege, ki je definirana s strukturnimi, procesnimi in z rezultatnimi spremenljivkami, kot izhaja iz rezultatov raziskave. Tako moramo doseči:

- da se bodo glavne medicinske sestre ob prevzemu funkcije funkcionalno usposabljale za menedžment in vodenje, da bodo razpolagale s finančnimi sredstvi za delovanje zdravstvene nege in da bodo naloge službe zdravstvene nege zapisane v statutu;
- da bodo glavne medicinske sestre samostojne pri izboru kadra in pri načrtovanju strokovnega izpopolnjevanja za zaposlene ter da bodo vključene še zlasti v menedžersko funkcijo načrtovanja na ravni zavoda;
- da bo jasna strategija kakovosti zavoda ter ustrezna motivacija zaposlenih za kakovost in zavedanje slehernega zaposlenega glede individualne odgovornosti zaboljšanje kakovosti.

Glavne medicinske sestre si morajo najprej priznati potrebo po obstoju uspešnega in učinkovitega vodenja samega sebe kot predhodnega pogoja za uspešno in učinkovito vodenje sodelavcev oziroma dejavnosti zdravstvene nege. Pri iskanju osebne odličnosti je pomembno tudi prepoznavati, razvijati in sproščati svoje lastne osebne lastnosti, kot na primer ambicije, samozavest, tekmovalnost, samokritičnost in voditeljske sposobnosti.

Vsaka glavna medicinska sestra nastopa v sebi lastni vlogi izvajalca in opazovalca ter si tako nenehno, v procesu uresničevanja lastne identitete, s sproščanjem svojih ustvarjalnih zmožnosti kot odziv na impulze iz okolja, obnavlja in nadgrajuje sebi lasten proces spoznavanja. Nenehne spremembe v okolju ponujajo nove priložnosti, ki jih lahko izkoristijo le ljudje, ki nenehno skrbijo za razvoj svojega znanja (Bukovec, 2006).

### **3.1. Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege kot aplikacija in dograditev sinusoidalnega modela človeškoakcijske reflektivnosti**

Da bi lahko glavne medicinske sestre prešle iz obstoječega stanja (Sx) v zeleno stanje (Sx+1), je potreben miselni proces preiščevalnosti oziroma reflektivnosti pri njih samih, kar pomeni, da morajo preiti sedem miselnih korakov, ki so označeni na sinusoidi.

**Y1:** Zdravstvena nega je profesija, za katerega so značilne intelektualne operacije z veliko individualne odgovornosti. Z razvojem zdravstvene nege se je spreminjalo tudi razumevanje človeka in spreminjali so se pogledi nanj. Na človeka se danes gleda kot na celoto, kot na dinamično silo, in ne le kot na skupek delov. Pacient postaja kralj. Zdravstveni sistem je tog in zelo hierarhičen, zato je spreminjanje zelo težko, pa naj gre za organizacijo ali za odnose, ki so s strani zdravnikov do medicinskih sester še vedno dokaj avtoritarni. Njihovo spreminjanje v demokratične odnose je zelo težka naloga, saj odnosi temeljijo na tradicionalni avtoriteti norm in vrednot.

Pomemben je vpliv okolja, in sicer le z vidika potreb in zahtev pacientov, temveč tudi z vidika organiziranja dejavnosti zdravstvene nege. Odločilnega pomena je torej zavedanje obstoja specifičnega, z osebno paradigmo pogojevanega pogleda na okolje, po katerem je zaznavanje stvarnosti odvisna od sposobnosti gledanja tudi glavnih medicinskih sester glede na njihove osebne izkušnje in miselne procese.

**Y2:** Položaj glavnih medicinskih sester je v zavodih različen, pa naj gre za organizacijo dejavnosti zdravstvene nege, za statutarno dorečenost organizacije zdravstvene nege znotraj sistema v samem zavodu, za izobrazbo glavnih medicinskih sester, za njihove skupne na-

loge, ne glede na vrsto zavoda, ali za izvajanje menedžerskih funkcij. Njihove kompetence za vodenje niso dorečene in dovolj jasne, saj, kot je pokazala raziskava, pri izvajanju svoje funkcije uporabljajo tudi neformalno moč. Glavne medicinske sestre imajo tudi različno vlogo v sistemu kakovosti zavoda, zavedajo pa se, da so potrebne spremembe tako na ravni zavoda, kot tudi v dejavnosti zdravstvene nege.

**Y3:** Glavne medicinske sestre se zavedajo, da bi se za zasedbo delovnega mesta morale funkcionalno usposablјati za vodenje in menedžment, če bi želele uspešno in učinkovito voditi dejavnost zdravstvene nege in s tem prispevati k doseganju ciljev celotnega zavoda. Znanje je potrebno za obvladovanje čedalje kompleksnejših organizacijskih sistemov oziroma organizacijskega spreminjanja, ko je le-to potrebno.

**Y4:** V tem koraku se mora vsaka glavna medicinska sestra zavedati, da je možno preiti v novo stanje tudi s spremembami nje same, ali s spremembami njenega razmišljanja, ali njenega hotenja. Z znanjem se razvija stroka, razvija pa se tudi samozavest in samopodoba vsake posameznice, kar je bistveno za napredek in spremembe. Torej od nje same so odvisni premiki v smeri želenega stanja. Da bi uspešno spreminjala sebe in svoje vedenje ter uvajala spremembe, potrebuje znanja, ki jih mora kot glavna medicinska sestra imeti. "Znanje je last posameznika, njegova ustvarjalnost in inovativnost pa sta pogoj za njegov osebni in s tem tudi organizacijski razvoj" (Bukovec, 2006, str. 120).

**Y5:** Miselni proces v tem koraku sili glavne medicinske sestre v temeljito premišljevanje o sami sebi, o tem, kaj je smisel oziroma razlog, da preide korake na sinusoidi, da preide iz sedanje situacije v naslednjo situacijo in/ali ji je sploh do tega. Odgovor je preprost. Funkcija glavne medicinske sestre, še zlasti večjega zdravstvenega ali socialnovarstvenega zavoda, je na nek način "prestižna". Mnoge medicinske sestre si jo želijo. Zato si tista, ki je zasedla delovno mesto glavne medicinske sestre, prizadeva na sebi lasten način, doseči izboljšanje stanja oziroma doseči višjo kakovost dejavnosti zdravstvene nege v svojem štiri-letnem mandatu, saj potem obstajajo večje možnosti ponovnega imenovanja. Z delovnega mesta izhaja višji osebni dohodek in druge ugodnosti, kot na primer: možnost udeležb na različnih strokovnih srečanjih, poznanstva, različnost delovnih nalog. To so osebni razlogi, ki posamezno glavno medicinsko sestro silijo k spremembam in izboljšanju stanja. Pri nekaterih obstajajo tudi strokovni razlogi, kot so na primer: razvoj stroke zdravstvene nege, kakovost, timsko in interdisciplinarno sodelovanje, dobri medosebni odnosi, boljša obravnava pacientov.

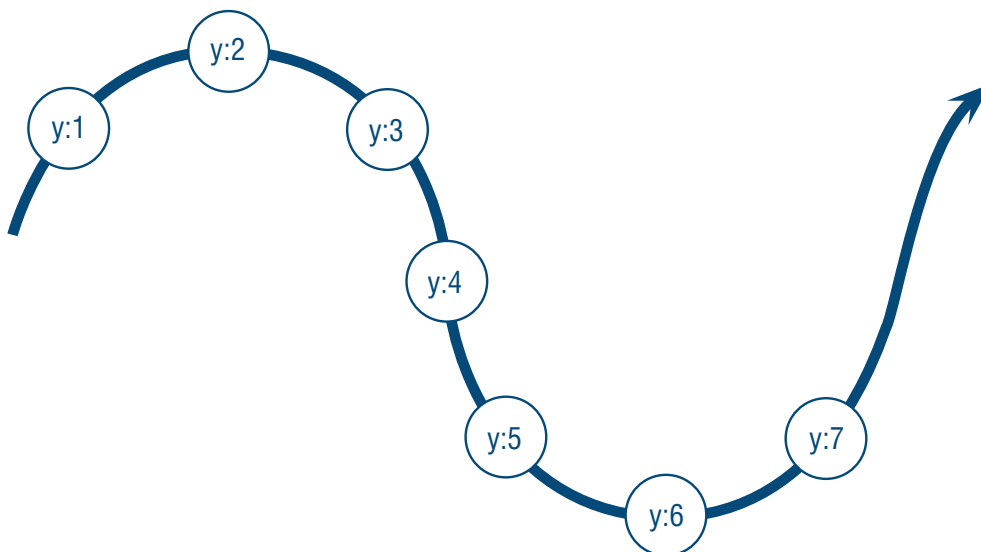
Delovanje glavnih medicinskih sester v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih je odvisno od njihove motiviranosti. S svojim delovanjem želijo najprej zadovoljiti svoje potrebe. Motiv lahko enačimo z določenim dejanjem oziroma ravnanjem. Pod motivacijo razumemo torej vse tisto, kar človeka spodbudi k neki aktivnosti. Smer aktivnosti je opredeljena s cilji in potrebami, intenzivnost motivacije pa se v glavnem manifestira kot sposobnost premagovanja ovir in kot vztrajanje pri odločitvi za izvedbo določene aktivnosti. Rezultati raziskave so jasno pokazali, kateri motivatorji so za glavne medicinske sestre zavodov najpomembnejši.

**Y6:** Čim globlje razmišljanje o samih sebi glavnim medicinskim sestram omogoča večjo ustvarjalnost v smislu graditve in oblikovanja njihove osebnosti. Tu je še zlasti pomemb-



na, tako osebna kot tudi profesionalna samopodoba in predvsem so pomembne osebne vrednote, na katerih se oblikujejo tudi profesionalne. Stroka zdravstvene nege temelji tudi na etičnih načelih, ki jih določa etični kodeks. Razkoraka med osebnimi in profesionalnimi vrednotami pri tako občutljivem poklicu naj ne bi bilo, pa čeprav je to včasih težko doseči. **Y7:** V tem koraku morajo glavne medicinske sestre na osnovi lastne refleksije spoznati nove vrednote, nove motive, nove cilje, ki jih želijo doseči na višjem nivoju, kot so bile njihove vrednote, motivi in cilji v začetni fazi. Menedžment je mentalna (miselna) dejavnost ljudi v organizacijskem sistemu, zato mora menedžer imeti vizijo in sposobnost razmišljanja. Ljudje v vsakem zavodu predstavljajo največji kapital, ki ga je potrebno krepiti, zato je še kako pomembno vodenje oziroma menedžiranje ljudi kot socialnega sistema. Za kakovost v zavodu so zadolženi vsi, od vodstvenih kadrov do slehernega zaposlenega.

Povečati je potrebno pomen posameznika ob istočasnem zmanjšanju pomena organizacije kot strukture. Prihodnost pripada posamezniku, saj le prilagodljiv posameznik lahko odkriva in ustvarja nove priložnosti. Vloga glavnih medicinskih sester se bo okrepila, če bodo le-te sposobne uresničevati cilje organizacije, presoјati njihovo družbeno koristnost in pri tem vrednotiti lastno uspešnost. Clark (2003, v Bukovec, 2006) navaja, da morajo organizacije oblikovati tako mrežo kompetentnih sodelavcev, ki bodo zagotavljali sproščanje vzajemnega delovanja srca, možganov vsakega in vseh. Medicinsko sestro velikokrat ponazorimo z možgani (znanje), s srcem (empatičnost) in z rokami (spretnost).



**Slika 3:** Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih

- Sx**
  - obstoječe stanje menedžmenta zdravstvene nege
- y1**
  - zdravstvena nega kot profesija
  - individualna odgovornost glavnih medicinskih sester
  - razumevanje človeka
  - potrebe in zahteve pacientov
  - togost in hierarhičnost zdravstvenega sistema
  - tradicionalna avtoriteta norm in vrednot
- y2**
  - v zavodih različna:**
  - položaj glavnih medicinskih sester
  - organizacija zdravstvene nege
  - statutarna opredeljenost zdravstvene nege
  - izobrazba
  - kompetence
  - vloga v sistemu kakovosti zavoda
- y3**
  - potreba po funkcionalnem usposabljanju za vodenje in menedžment
- y4**
  - potreba po spremembi:**
  - glavne medicinske sestre same
  - njenega razmišljanja
  - hotenja
  - samozavesti
  - samopodobe
- y5**
  - preišljevanje o sami sebi
  - smisel akcije:**
  - individualni razlogi
  - strokovni razlogi
  - motivacija
  - sposobnost premagovanja ovir
- y6**
  - graditev in oblikovanje osebnosti
  - profesionalna samopodoba
  - osebne in profesionalne vrednote
  - etična načela
- y7**
  - nove vrednote, motivi, cilji
  - sposobnost vizije in razmišljanja
  - vodenje in menedžiranje ljudi kot socialnega sistema
  - sposobnost uresničevanja ciljev organizacije
  - prepoznavanje družbene koristnosti ciljev
  - vrednotenje lastne uspešnosti
- SX+1**
  - strukturne spremenljivke:**
  - funkcionalno usposabljanje za menedžment in vodenje, finančna sredstva za delovanje zdravstvene nege, statutarna opredelitev službe zdravstvene nege
  - procesne spremenljivke:**
  - izbor kadra, načrtovanje strokovnega izpopolnjevanja za zaposlene, sodelovanje v menedžerski funkciji načrtovanja na ravni zavoda
  - rezultatne spremenljivke:**
  - jasna strategija kakovosti zavoda, ustrezna motivacija zaposlenih za kakovost, individualna odgovornost za izboljšanje kakovosti

S tem sinusoidalnim modelom človeškoakcijske reflektivnosti (Slika 3) se zagotavlja kakovost sistema menedžmenta zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih, saj vsaka glavna medicinska sestra kot posameznica nastopa v vlogi izvajalca in opazovalca ter uresničuje lastno identiteto s sproščanjem svoje ustvarjalne miselne zmogljivosti, kot odziva na impulze iz okolja, ter nadgrajuje sebi lasten proces spoznavanja. Ko govorimo o uspešnosti organizacijskega sistema, govorimo o njegovi kakovosti in o tem, da te ni možno doseči brez stalnega organizacijskega spreminjanja in s tem osrediščenja na ustvarjalne zmogljivosti glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov.

#### 4. Sklepno razmišljanje s predlogi

Danes, ko so spremembe stalnica našega življenja, le-te zahtevajo spremembe še tako hierarhičnega in togega sistema kot je zdravstveni, ki se s svojo kompleksnostjo težko prilagaja spremenjenim potrebam pacientov, trga in okolja. S socialnovarstvenimi zavodi je nekoliko drugače, saj so se ti zaradi drugačne filozofije obravnave stanovalcev in drugačnega načina financiranja morali prilagoditi zakonitostim trga in zahtevam stanovalcev, svojcev in okolja.

Dejavnost šele v zadnjem času pridobiva pomen in moč, saj se je število diplomiranih medicinskih sester povečalo, kar pomeni vdor novih znanj in načel sodobne zdravstvene nege v zavode. Iz visokih zdravstvenih šol prihajajo vedno bolj prodorni mladi ljudje, z novo samopodobo poklica, ki vedo, kaj želijo, kaj so njihove kompetence in odgovornosti. Zaradi tega se "maje" sistem v smislu uveljavljanja zdravstvene nege kot dejavnosti in vsakega posameznega izvajalca. Organizacije se morajo zavedati, da k uspešnosti in učinkovitosti ter h kakovosti prispevajo vsi zaposleni in ne le dominantne stroke.

Dejavnost zdravstvene nege je tako v zdravstvenih kot v socialnovarstvenih zavodih s sistemskega vidika element ali podsistem celotnega organizacijskega sistema, zato sprememba kateregakoli elementa ali podsistema vpliva na druge. Zdravstvena nega se mora ne glede na vrsto zavoda spreminjati. Cilj vsake spremembe so individualni in organizacijski rezultati, kar pomeni tudi zadovoljstvo pacientov in stanovalcev. V zdravstvenih zavodih se dejavnost zdravstvene nege najpogosteje povezuje z medicinsko dejavnostjo in v socialnovarstvenih zavodih s socialno dejavnostjo, kjer socialni delavci skrbijo predvsem za zagotavljanje kakovosti življenja stanovalcev. Vsekakor pa ne smemo in ne moremo spregledati dejstva, da na kakovost obravnave in življenja pacientov ter stanovalcev vplivajo zadovoljni zaposleni, kar pa je bolj odvisno od vodenja in menedžiranja.

Ker je zdravstvena nega kot dejavnost del celotnega organizacijskega sistema, mora biti dobro organizirana, menedžment, ki dejavnost vodi, pa dobro izobražen in usposobljen, da upravlja učinkovito s kadrovskimi in z drugimi viri.

Navedli smo le nekaj najpomembnejših rezultatov in ugotovitev v proučevanju stanja sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester in o potrebah po organizacijskih spremembah v zdravstveni negi, zato predlagamo:

obvezno funkcionalno izobraževanje iz menedžmenta in vodenja pred zasedbo delovnega mesta glavne medicinske sestre zavoda, in sicer ne glede na velikost zavoda. Funkcionalno izobraževanje naj bo pogoj za zasedbo delovnega mesta, kar mora biti razvidno tudi v razpisnih pogojih. Kader je potrebno za prevzem vodstvenih funkcij strokovno razvijati, predvsem pa ga je potrebno najprej prepoznati, še zlasti posameznikove organizacijske sposobnosti in sposobnosti vodenja.

Znanje menedžmenta in vodenja je potrebno nenehno izpopolnjevati, zato predlagamo redno kontinuirano izpopolnjevanje v določenih časovnih presledkih.

Izobraževalne ustanove (visoke zdravstvene šole) naj pripravijo magistrske programe izobraževanja z vsebinami menedžmenta, vodenja in organizacije dela za medicinske sestre. Za uspešnejše in učinkovitejše menedžiranje in vodenje službe zdravstvene nege je potrebno jasno definirati naloge znotraj posamezne menedžerske funkcije, ki jih naj glavne medicinske sestre izvajajo. Naloge so seveda odvisne od vrste in velikosti zavoda.

Glavne medicinske sestre se morajo osrediniti na paciente ter njihovim potrebam in zahtevam prilagoditi tudi organizacijo zdravstvene nege, še zlasti v socialnovarstvenih zavodih.

Potrebno je skrbeti za dobre medosebne odnose med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami, bolničarji in zdravniki. Prizadevati si je potrebno, da bodo načela timskega dela zaživelata tudi v praksi. Eden izmed možnih načinov je, da bi študentje medicine socialnega dela in zdravstvene nege v rednem dodiplomskem študijskem programu imeli nekaj skupnih predmetov, kot na primer: etika, komunikacija, timsko delo. S tem bi se vzpostavil partnerski odnos med različnimi poklici.

Pri tem smo ugotovili, da kakovost sistema ni odvisna le od okolja in zunanjih vplivov, temveč veliko tudi od glavnih medicinskih sester samih, ki vodijo sistem. Same morajo spoznati, da je najprej potrebno uspešno in učinkovito vodenje samega sebe, šele nato sodelavcev in dejavnosti zdravstvene nege. Vsaka glavna medicinska sestra mora razvijati svoje lastne osebne lastnosti, uresničevati svojo lastno identiteto in si krepiti samozavest. Zavedati se mora smiselnosti organizacijskih sprememb in potrebnih akcij z vidika stroke, osebnih hopenj in motivacijskih faktorjev. Postaviti si mora nove vrednote, motive in cilje ter vizijo delovanja dejavnosti zdravstvene nege. Sposobna mora biti vodenja ljudi kot socialnega sistema ter uresničevanja ciljev organizacije. Šele na osnovi navedenega bo sposobna doseči spremembe in novo zeleno stanje.

## 5. Literatura

1. Bukovec B. Management človeških virov in obvladovanje organizacijskih sprememb. Organizacija 2006; 39: 117-123.
2. Burke W. W. Organization Change: Theory and Practice. Foundations for organizational science. California: Thousand Oaks, 2002.
3. Čačinovič – Vogrinčič G. Psihologija družine. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1998.
4. Česen M. Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje, 2003.
5. Drucker P.F. Managerski izzivi v 21. stoletju. Ljubljana: GV Založba, 2001.
6. Florjančič J., Novak V. Z motivacijo kadrov do boljše kakovosti v podjetju. V: Vukovič G. (ur.). Zbornik konference z mednarodno udeležbo - Management in evropska unija, Portorož, 27.-29. marec 2002. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2002: 3-10.
7. Končina M. Zasebno in javno v zdravstvu - večje potrebe, enake možnosti. Denar in svet nepremičnin 2006; 8: 21-22.
8. Lipič Baligač M. Izkušnje na področju vodenja za zagotavljanje kakovosti in učinkovitosti v praksi zdravstvene nege. V: Filej B (ur.), Kersnič P (ur). Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege – Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna, Ljubljana, 10. – 11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 567-572.
9. Mahoney J. Leadership skills for the 21st century. Journal of Nursing Management 2001; 9: 269-271.
10. Marušič D. Predlog vladnih reform, ki se nanašajo na področje zdravstva. Neprofitni management 2005; 3: 5-6.
11. Ovsenik J. Kaj je v organizacijskih vedah organizacija: struktura, proces in/ali princip (sila)? V: Florjančič J. et al. (ur). Zbornik 23. mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved - Management, znanje in EU. Portorož, 24.-26. marec 2004. Kranj: Moderna organizacija, 2004: 600-610.
12. Ovsenik J. O konceptu samo-organizacije v organizacijskih vedah. V: Kaluža J. et al. (ur.). Zbornik 24. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti - Sinergija metodologij. Portorož, 16.-18. marec 2005. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2005: 982-992.
13. Ovsenik J. Nova obzorja človeka in organizacijskih ved v kontekstu nove znanosti. V: Rajkovič V (ur) et al. Zbornik predavanj 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti – Management sprememb, Portorož, 15. – 17. marec 2006. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 2006: 1547-1556.
14. Ovsenik M., Ambrož A. Ustvarjalno vodenje poslovnih procesov. Portorož: Turistica, Visoka šola za turizem, 2000.
15. Peterka Novak J. Spremembe pri vodenju v zdravstveni negi v sodobnem času. V: Fi-

- lej B (ur.), Kersnič P (ur). Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege – Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna, Ljubljana, 10. –11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 541-547.
16. Požun P. Management zdravstvene nege v Kliničnem centru. Obzor Zdr N 2003; 37: 5-11.
17. Skela Savič B. Zdravstvena nega in uspešno vodenje v slovenskih bolnišnicah. V: Kersnič P (ur.), Filej B (ur.) Zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa zdravstvene nege, Portorož, 1.-3. oktober 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2003: 215-228.

*Prispevek je del doktorske disertacije z naslovom Model kakovosti sistema managementa zdravstvene nege – Primer managementa glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov Slovenije.*

# IV.

## Krožki kakovosti – metoda motivacije v procesu izboljševanja kakovosti v bolnišnici

**predav. dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.**

KOPA Golnik

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

sasa.kadivec@klinika-golnik.si

### Izveček

*V zdravstvu se pogosto omenja krožke kakovosti, in sicer kot metodo dela, s katero dosega-mo zadovoljstvo zaposlenih in bolnikov, udeleženci pa prihajajo do novih spoznanj in večajo svojo usposobljenost za izvajanje delovnega procesa. Teoretična spoznanja na temo krožkov kakovosti in timov za razvoj zdravstvene nege smo v Bolnišnici Golnik na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo, združili v projektu krožki kakovosti.*

*V empiričnem delu smo med drugim ugotavljali stališča članic do krožkov kakovosti in do sistema izboljšanja kakovosti, spremljali smo vpliv krožkov kakovosti na rezultate izbranih kazalnikov kakovosti in ugotavljali odnos nečlanic, glavnih medicinskih sester in zdravnikov do delovanja krožkov kakovosti.*

*Po mnenju članic so pomembne pridobitve krožkov kakovosti naslednje: timsko delo, reševanje konkretne problematike, vključevanje sodelavcev, posredovanje in izmenjava mnenj ter izkušenj. Z delom krožkov kakovosti in s spremljanjem kazalnikov kakovosti smo prispevali k zmanjšanju pojavnosti preležanin, ki so nastale v bolnišnici, in k izboljšanju kazalnikov na področju informiranja in zagotavljanja zasebnosti.*

**Ključne besede:** kakovost, timsko delo, zdravstvena nega, krožki kakovosti, motivacija

### Abstract

*Quality circles in health care are often referred to as a method of work which achieve the satisfaction of both patients and employees. Participants acquire new knowledge and increase*

*their qualifications for performing the work process. The University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik has joined theoretical knowledge about quality circles and teams for the development of health care into a project, quality circles.*

*The subject of the empirical analysis is quality circle's members' opinions regarding quality circles themselves and the quality improvement system; the impact of quality circles on the results of selected quality indicators and the viewpoints of non-members, head nurses and doctors regarding the functioning of quality circles.*

*Positive elements of quality circles, as defined by members, are: teamwork, problem solving, introduction of co-workers, mediation and exchange of opinions and experiences. By implementing quality circles and monitoring quality indicators, we have decreased the frequency of bedsores developed in the hospital and improved results on patient informing and privacy.*

**Keywords:** *quality, teamwork, health care, quality circles, motivation*

## 1. Uvod

### 1. Timi za razvoj zdravstvene nege

Izraz "tim za razvoj zdravstvene nege" (angl. nursing development units) je leta 1981 prvič uporabila skupina medicinskih sester iz bolnišnice Burford blizu Oxforda. Čeprav je to zelo majhna bolnica, se je gibanje timov za razvoj zdravstvene nege (TRZN) od tam širilo po celi Veliki Britaniji in kasneje tudi v Avstralijo (Atsalos, Greenwood, 2001).

TRZN so oddelki, kjer skupine medicinskih sester in ostalih zdravstvenih delavcev načrtujejo in izvajajo strategijo za lasten razvoj in za razvoj svojega dela (Wright, 2001). TRZN lahko opišemo kot time medicinskih sester, ki delajo v svojem delovnem okolju in oblikujejo programe, in sicer s ciljem lastnega razvoja in doseganja največje kakovosti. Zaposlene medicinske sestre v okviru TRZN raziskujejo in vrednotijo zdravstveno nego. Sodelujejo z drugimi sodelavci v timu, toda primarni vidik je razvoj zdravstvene nege. TRZN je lahko osnovan na bolnišničnem oddelku ali v skupnosti, zato je definiranje TRZN težko, kajti vsaka enota ima svoje lastne cilje in svojo lastno organizacijo, ki se med seboj v podrobnostih razlikujejo.

Klinična supervizija je sestavni del TRZN. Potekajo sklopi dodatnega izobraževanja, aktivnosti oblikovanja tima, mreženje idr. Strokovni razvoj je naravnán na individualne potrebe, na potrebe oddelka in tima. Znanje, ki si ga medicinske sestre pridobijo z do- in podiplomskim izobraževanjem, prinaša sposobnosti za teoretično in kritično razmišljanje. Glavna naloga TRZN je oblikovanje okolja, ki spodbuja novo profesionalno vlogo medicinske sestre in spodbuja aktivno vlogo medicinske sestre v procesu zdravstvene oskrbe (Draper, 1996).

TRZN ne more delovati osamljeno. Širša podpora organizacije in vodilnih managerjev, ki nosijo odgovornost za uspeh oddelka, je bistvena (Wright, 2001). Poudarek je na razvoju tima, na strokovnem razvoju posameznikov in tudi na razširjanju idej in dognanj z različnimi publikacijami.



## 2. Krožki kakovosti

V KOPA Golnik v zdravstveni negi takšni timi že obstojajo. Poimenovali smo jih "krožki kakovosti". Tudi za podobne skupine zdravnikov splošne medicine se je uveljavil izraz krožek kakovosti (Kersnik, 1998). Ishikawa (1989) govori o krožkih za obvladovanje kakovosti. *Krožke kakovosti* sestavljajo zaposleni z istega delovnega področja, ki se prostovoljno sestajajo in analizirajo delovno situacijo ter predlagajo ustrezne rešitve.

Delo v krožkih kakovosti temelji na izmenjavi izkušenj in na sistematičnem vnosu novih spoznanj v vsakodnevno delo. Je tipičen primer izboljševanja kakovosti od spodaj navzgor. Med cilje krožkov kakovosti, ki imajo tudi vzgojni in izobraževalni namen, lahko uvrstimo tudi to, da z delom v krožkih prihajajo zaposleni z izmenjavo izkušenj do novih znanj in sposobnosti, postopoma spreminjajo odnos do dela in izboljšujejo medsebojne odnose. Rezultat dela krožkov so tudi novi načini dela, nova spoznanja, boljša vključenost v delovni proces in večja usposobljenost za upravljanje delovnega procesa (Jereb, 1998).

Lathlean (1997) pravi, da je ne glede na način bistvo pri razvijanju krožkov kakovosti, učinkovita komunikacija.

### 2.1. Zakaj krožki kakovosti?

Delo v zdravstvu je ozko specializirano, zato je karierni razvoj posameznika večinoma omejen na strokovno specializacijo; večina zaposlenih nima možnosti vertikalnega napredovanja. Krožki kakovosti so se pokazali kot odlično orodje izziva za zaposlene, ki na ta način lahko dosežejo strokovni in osebnostni razvoj, predvsem pa omogočajo vključevanje zaposlenih v procese nenehnih izboljšav. Na ta način organizacija izboljšuje procese dela, dviguje kakovost dela in ne nazadnje omogoča zaposlenim več zadovoljstva pri delu.

### 2.2. Krožki kakovosti v KOPA Golnik

V današnjem času ne moremo vsega znanja osvojiti med formalnim šolanjem, zato je potrebno kontinuirano izobraževanje in učenje. V postmoderni družbi znanja, vedno novih informacij in uveljavljanja novih družbenih storitev, so značilne hitre spremembe, zato je treba znanje dopolnjevati, posodabljati in nadgrajevati.

Možina (2000) pravi, da je učeča se organizacija tista organizacija, ki je sposobna izkoristiti najboljše izkušnje in znanje, kjer se zaposleni učijo drug od drugega. Z drugimi besedami: učeča se organizacija z najboljšim znanjem in razumevanjem stalno izboljšuje svoje aktivnosti. Z uvedbo projekta krožkov kakovosti smo na Golniku želeli združiti koncepte učeče se organizacije, timskega dela in procesov nenehnih izboljšav.

### 2.3. Oblikovanje timov

Vodilo je bilo vključevanje vseh članic krožka v vse faze načrtovanja projekta: od vizije, vrednot, strategij, do določanja prioritetenih namenov, postavljanja ciljev, določanja nalog in evalvacije. Z oblikovanjem jasne vizije posameznega krožka kakovosti smo ustvarili pogoje za njegovo delovanje. V fazi načrtovanja smo aktivno vključili vse članice krožkov, saj le

aktivna udeležba pri oblikovanju vizije, strategije, ciljev in aktivnosti za izvedbo omogoča pogoje za identifikacijo s krožkom, privrženost izvedbi projekta in aktiviranje ustvarjalnosti posameznika.

Na ravni oblikovanja strategije rešitev za posamezne krožke, smo rešitve iskali "iz prakse", saj so članice vpete v vsakdanje delo z bolniki in najbolj poznajo situacijo. Poleg tega smo v proces predlaganja vključevali sodelavce z vseh oddelkov. Sodelovanje pri odločitvah je vpeljevanje sprememb znatno olajšalo. Obenem gre za vpeljevanje procesa nenehnih izboljšav (ki ga vzporedno uvajamo z akcijo "Moj predlog"), za spremembe organizacijske kulture, ki omogoča vključevanje zaposlenih v procese odločanja.

Osnovni namen krožkov je predvsem zagotavljanje oz. nenehno izboljševanje kakovosti v zdravstveni negi; izbrana metodologija je članicam krožka odprla vrata v svet sinergij, motivacije in predanosti projektu. Pri vidiku motivacije smo izhajali iz predpostavke, da je motiv prisoten, z načinom dela pa smo motive želeli aktivirati. Pogosto smo v okviru krožkov kakovosti, poleg konkretnega dela na projektu, veliko časa namenili pogovorom o odnosih in novostih na posameznih oddelkih ter o težavah in problemih, s katerimi se članice soočajo pri vsakodnevnem delu. Poleg podpore, ki so jo posameznice na ta način dobile, smo gradili zaupanje in tako krepili timski duh. V okviru krožkov smo vzpostavili "mreženje" zaposlenih na različnih bolnišničnih oddelkih, ki se sicer pri svojem delu ne srečujejo pogosto. Tako je prišlo do izmenjave izkušenj in prenosov novih načinov dela na različnih bolnišničnih oddelkih.

Projekt krožkov kakovosti je v obdobju od marca 2002 do februarja 2004 potekal na dveh ravneh:

#### **1. Kakovost:**

- zagotavljanje oz. izboljšanje kakovosti v zdravstveni negi;
- uporaba metod in orodij kakovosti kot del vsakdanje prakse;
- vpeljava procesa nenehnega izboljševanja kakovosti.

#### **2. Upravljanje s človeškimi viri:**

- izobraževanje iz dela za delo,
- osebna rast,
- motivacija,
- pripadnost projektu in organizaciji,
- krepitev vrednot timskega dela,
- sprejemanje sprememb,
- izmenjava delovnih in osebnih izkušenj,
- vpeljava pristopa od spodaj navzgor.

### 3. Potek projekta

**I. faza (priprava):** Na oddelčnih timskih sestankih so medicinske sestre izbrale štiri najbolj pereče negovalne probleme, ki so jih po njihovem mnenju najbolj ovirali pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege. Iz tako definiranih problemskih sklopov je vodja kakovosti v zdravstveni negi izbrala dva problema, ki sta se najpogosteje pojavljala in sicer preprečevanje preležanin in zagotavljanje zasebnosti.

**II. faza (oblikovanje krožkov):** K sodelovanju smo povabili po eno medicinsko sestro z vsakega oddelka in tako oblikovali dva krožka kakovosti: eden se je začel ukvarjati z zasebnostjo, drugi s preprečevanjem preležanin, kot dveh izmed izbranih problemov in področij dela. Članstvo v krožku je bilo prostovoljno; za krožek so se članice odločale glede na interes za delovanje na določenem problemu.

**III. faza (načrtovanje):** Krožka sta pričela z delom hkrati in združeno na delavnicah, kjer so se članice spoznale z metodo skupinskega načrtovanja. Po kratki uvodni predstavitvi smo v manjših skupinah oblikovali stopnje projekta: pregled stanja, oblikovanje vizije, določitev skupnih vrednot, določanje namenov, postavljanje ciljev, analizo načrtovanih sprememb in izdelavo koledarja projekta (določitev aktivnosti za posamezne cilje).

**IV. faza (usklajevanje):** Namene in cilje krožkov smo javno predstavili vodstvu bolnišnice in zainteresiranim posameznikom. Na osnovi pripomb, komentarjev in predlogov smo uskladjali prvotni načrt projekta.

**V. faza (izvedba):** O načrtovanih aktivnostih na bolniških oddelkih smo razpravljali s sodelavci, spremembe smo preizkusili in pomagali vodstvu pri uvajanju v prakso. Z njimi smo seznanili vodstvo bolnišnice in vodje vpletenih področij dela (zdravnike, čistilni servis, kurirsko službo, administracijo).

**VI. faza (evalvacija):** Po izpolnjenih ciljih so članice pregledale opravljeno delo in ga evalvirale ter dorekle smernice za nadaljnje delo. Na določena časovna obdobja (po načrtu dela posameznega krožka) smo merili uspešnost uvedenih sprememb in načrtovali ukrepe za boljši rezultat. Preverjali smo izpolnjevanje ciljev in na tej osnovi načrtovali nadaljnje delo.

Po enaki metodi (Gawlinski, Graessle, 2000) smo leta 2003 začeli z delom še v dveh krožkih kakovosti, ki delata na področjih preprečevanja nesreč in padcev bolnikov ter pri zagotavljanju informiranosti bolnikov.

### 4. Vrednotenje krožkov kakovosti

Literatura navaja mnogo problemov v zvezi s timskim delom, vključno z ljubosumjem, ignoranco, izgubo avtonomije in s strahom pred izgubo profesionalnega statusa (Gibbon, Watkins, Barer, Waters, Davies, Lightbody, 2002). Pri pregledu literature je mogoče zaslediti pomanjkanje kritičnega ocenjevanja in vrednotenja timskega dela. Prav tako manjka soglasje avtorjev o natančni definiciji timskega dela, ali še boljše, uvajanja takega načina dela v različne organizacije.

Vrednotenje dejavnosti krožkov kakovosti naj ne bo omejeno le na proučevanje rezultatov, še posebno, če končni rezultat vsebuje predvsem finančne kazalce. Vrednotenje mora poudariti način usmerjanja krožkov za obvladovanje kakovosti, prizadevanje, ki ga člani kažejo pri reševanju problemov, in obseg sodelovanja, ki ga kaže skupina.

Person in sod. (Person, 1989, 1992 v Draper, 1996) so v primerjalni študiji merili kakovost zdravstvene nege na navadnem oddelku in v TRZN. Rezultati strokovnega nadzora so bili pomembno boljši v TRZN in tudi bolniki so izražali večje zadovoljstvo tam, kjer so krožki delovali. Bolnikova odvisnost od zdravstvene nege je bila v TRZN nižja.

Williams (Williams in sod, 1993 v Draper, 1996) poroča o izkušnjah "Practice Development Unit", ki je filozofsko zasnovan na osnovah TRZN, toda delo temelji na večdisciplinarnem pristopu. Vrednotenje projekta je pokazalo 89 odstotno uspešnost pri uvajanju projekta samozdravljenja, v primerjavi z 48 odstotno na kontrolnem oddelku. Druge primere težje predstavimo v številkah. Rezultati projekta so namreč tudi nove brošure, ki izboljšajo bolnikovo vključevanje v načrt zdravstvene nege.

Tudi študija Linga (1996) je pokazala večjo povezanost članov tima, večjo produktivnost in sposobnost reševanja problemov zaradi sodelovanja v projektu.

Izkušnje s tovrstnim delom v Avstraliji so pokazale na izboljšave zadovoljstva zaposlenih in bolnikov (Atsalos, Greenwood, 2001). Opozorili pa so na napetost in breme, ki ga nosijo vodje TRZN.

Pri ocenjevanju pomembnih dosedanjih izkušenj s krožki v KOPA Golnik so članice s kvalitativno metodo izpostavile timsko delo, pripadnost timu, reševanje problematike posameznega tima, vključevanje sodelavcev, posredovanje izkušenj, idej in mnenj, skupno uresničitev, aktivno sodelovanje, doseganje ciljev in sodelovanje z nadrejenimi. Članice krožkov trdijo, da so s krožki pridobile znanje, samozavest in možnost podajanja idej, zamisli ter motivacijo za izboljšanje kakovosti.

Članice in nečlanice krožkov navajajo, da smo z organizacijsko obliko krožkov v KOPA pridobili zlasti višjo kakovost dela, sodelovanje vseh zaposlenih, dober način reševanja problemov, aktivne člane krožka in boljšo komunikacijo. Pridobitve krožka se kažejo v naslednjih spremembah: v večjem zanimanju med sodelavci za to obliko dela, v konkretnih pridobitvah na posameznem področju, v boljši kakovosti dela in večji doveznosti za spremembe.

Članice vidijo svojo vlogo v krožku v izvrševanju nalog in dajanju predlogov. Odgovore smo sklenili v priložnosti za boljše delo krožkov in ovire za njihovo delovanje.

#### **4.1. Spoznali smo nove priložnosti:**

- Članice pogrešajo dobro sodelovanje z drugimi profili, predvsem z zdravniki. Pri zdravnikih je moteče neupoštevanje dogovorjenih sprememb, ki se nanašajo tudi nanje.
- Članice krožkov čutijo, da njihove ideje in novosti niso vedno sprejete, in da je večkrat slab prenos informacij o delu krožka do vodstva in obratno.

#### **4.2. Ugotovili smo glavne ovire za delo krožkov:**

- Opazno je pomanjkanje podpore okolja. Pričakovanja glede podpore glavne medicinske sestre ter sprejemanja idej in predlaganih novosti niso izpolnjena v celoti.
- Formalno priznanje timskega delu v organizacijski strukturi kot načinu dela v ustanovi. Krožke smo v KOPA organizirali kot napol formalne skupine, kjer niso opredeljene odgovornosti in pristojnosti za uresničitev sklepov, zato je večkrat prišlo do problemov, čigav sklep bo uresničen.
- Motivacija za delo v krožkih: Večina članic je prišla na pobudo glavne medicinske sestre. Ostale so tiste, ki so v krožku videle orodje za reševanje problemov. Prav neredno obiskovanje krožkov nekaterih članic je bil eden od zelo motečih dejavnikov za članice in je povezan z motivacijo za delo v krožku. Problem je nastal tudi v zaznavanju aktivne vloge v krožku. Večina članic se je opredelila kot aktivna izpolnjevalka nalog.
- Podpora nadrejenih in vodstva ustanove je pomemben dejavnik pri zagotavljanju pogojev za delo, kot so: čas za obiskovanje krožkov (ustrezen raspored dela), upoštevanje članstva pri stimulaciji.
- Vključevanje drugih profilov (zdravniki, administratorke) v načrtovanje in uvajanje novosti. Medicinske sestre v krožkih so izpostavile kot pomembno oviro za delovanje krožkov nesodelovanje predvsem zdravnikov.
- Pokaže se slabost pri vodenju krožka. Za vodje je potrebno izbrati ljudi s širšim vpogledom v obravnavan problem in ga izobraziti za delo s skupino. Pri krožkih se je pokazal problem pri pomanjkanju idej in moderiranju krožkov.

#### **4.3. Ugotovili smo glavne dejavnike uspešnega delovanja krožkov:**

- prijetno vzdušje v krožku,
- konkretne pridobitve krožkov za reševanje posamezne problematike.
- splošna organizacijska kultura ustanove, ki podpira timsko delo in uvajanje novosti,
- redno in jasno predstavljanje kazalnikov kakovosti, predstavitev in objava rezultatov,
- podpora nadrejenih in vodstva ustanove,
- formalno priznanje timskega delu v organizacijski strukturi kot načinu dela v ustanovi,
- lastna motivacija članov za delo v krožku,
- vključevanje drugih profilov (zdravniki, administratorke) v načrtovanje in uvajanje novosti,
- izbor in izobraževanje vodij krožka,
- enakovredna motivacija vseh profilov za delo v timu.

Pozitivnega vidika krožkov ne moremo primerjati le z ugotavljanjem razlik v stališčih med članicami, pač pa na pozitivne in pomanjkljive elemente opozarjajo tudi rezultati, dobljeni s kvalitativno metodo dela.

Pomembne spremembe so se v času delovanja krožkov pokazale pri kazalnikih kakovosti. Linearni trend pridobljenih preležanin pada, relativni delež niha. Povečalo se je število padcev, kar je vsaj deloma posledica jasno dorečene definicije, kaj padec je, in kriterijev, v

katerem primeru je padec treba evidentirati. V analizi odgovorov bolnikov na temo zasebnosti so statistično pomembne razlike nastale pri sklopih vprašanj na temo izvajanja posegov, pridobivanja podatkov in uporabe tablic "Prosimo, ne vstopajte". Analiza informiranja bolnikov pokaže, da bolniki ob koncu raziskave bolje odgovarjajo pri vprašanjih na temo načina posredovanja informacij in informiranja za življenje doma.

## 5. Sklep

Kaj nam delo v zvezi s krožki kakovosti prinaša kot izziv?

- V delo krožkov vključiti čim več zaposlenih (optimistično zastavljeni cilj je 90 %).
- Največji izziv predstavlja vpeljava novih "večdisciplinarnih" krožkov, ki se bodo lotili kompleksnejših področij in bodo prispevali k spremembi organizacijske klime, in sicer v smeri razumevanja (strokovne) različnosti kot prednosti.

## 6. Literatura

1. Atsalos C., Greenwood J. The lived experience of clinical development unit (nursing) leadership in Western Sydney, Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 34 (3), 408-16.
2. Draper J. Nursing development units: an opportunity for evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 23:267-71.
3. Wright F. Nursing development units: progress and developments. *Nursing Standard*, 2001, 15(29):39-41.
4. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, 1998.
5. Ishikawa K. *Kako celovito obvladovati kakovost. Japonska pot*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1989.
6. Jereb J. *Teoretične osnove izobraževanja*. Kranj: Moderna organizacija, 1998.
7. Lathlean L. *Directory of NDU activities*. London: King's Fund, 1997.
8. Možina S. Učecha se organizacija. *Organizacija*, 2000, 33( 7): 468-71.
9. Gawlinski G., Graessle L. *Načrtujmo skupaj. Umetnost učinkovitega timskega dela*. Ljubljana: Društvo za razvijanje preventivnega in prostovoljnega dela, 2000.
10. Gibbon C., Barer D., Waters K., Davies S., Lightbody L., Leathley M. Can staff attitudes to team working in stroke care be improved? *Journal of Advanced Nursing*, 2002, 40(1):105-111.
11. Ling, M. Performance of a self - directed work team in a home healthcare agency. *JONA*, 1996, 26(9):36-40.

# V.

## Športna dejavnost in življenjski slog medicinskih sester, zaposlenih v intenzivnih enotah kliničnega centra v ljubljani

asist. dr. Suzana Mlinar

Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo

suzana.mlinar@vsz.uni-lj.si

### Izveleček

**Teoretična izhodišča:** *Medicinske sestre opravljajo fizično in psihično zahtevno delo, v treh izmenah in zelo pogosto preko polnega delovnega časa.*

**Cilj:** *Namen raziskave je bil ugotoviti, ali obstajajo razlike med medicinskimi sestrami in osebami kontrolne skupine v stresu na delovnem mestu, odnosu do zdravja ter ukvarjanju s športno dejavnostjo.*

**Metoda:** *Za analizo podatkov smo uporabili osnovne statistične parametre, eno- in večfaktorsko analizo variance (ANOVA), diskriminantno ter faktorsko analizo. Podatke smo obdelali s statističnim program SPSS 14.0.*

**Rezultati:** *Ugotovili smo, da živijo medicinske sestre manj zdrav življenjski slog kot osebe kontrolne skupine. Med medicinskimi sestrami je več kadilk ( $p = 0,0$ ), alkoholne pijače pa pijejo manj pogosto kot osebe kontrolne skupine ( $p = 0,0$ ). Medicinske sestre se z redno športno dejavnostjo ukvarjajo manj pogosto kot osebe kontrolne skupine ( $p = 0,0$ ), čas vadbe pa je enak kot pri osebah kontrolne skupine.*

**Razprava:** *Vplivi redne športne dejavnosti se kažejo na vse determinante zdravega življenjskega sloga, ki ga živijo le osebe, ki so močno notranje motivirane za redno športno dejavnost, dobro počutje in zdravje. Le-te osebe se zavedajo lastne aktivne vloge v življenju.*

**Ključne besede:** *stres, odnos do zdravja, prehranske navade, športna dejavnost*

## Abstract

*Theoretical point of departure: The nurses' work is physically and mentally demanding. They work in three shifts and they often do long hours.*

**Aims:** *The aim of the doctoral dissertation was to find out the correlation between the nurses' and control group in the stress at their work place, their relation to health and their sports activity. Methods: The data were analysed by means of the basic statistical parameters (DESCRIPTIVES), univariate analysis of variance (ANOVA), discriminant analysis and factor analysis. The data were processed by the statistical programme SPSS 14.0.*

**Results:** *The research has also proved that the nurses live less healthily than the members of the control group. There is a higher percentage of smokers among the nurses ( $p = 0,0$ ); however, they drink alcohol less often than the members of the control group ( $p = 0,0$ ). The nurses are less often involved in regular sports activity than the members of the control group ( $p = 0,0$ ), but the time of their regular exercise is the same of compared to the time the control group members spend exercising.*

**Discussion:** *Regular sports activity influences all the determinants of a healthy lifestyle, which is characteristic only of those persons who are internally motivated for regular sports activity, general well-being and health. They are aware of their active role in life.*

**Key words:** *stress, in relation to health, eating habits, sports activity*

## 1. Uvod

Aktivni življenjski slog, kot navaja Berčič (2002, str. 9), pomembno prispeva k splošni kakovosti življenja, saj ima redna športna dejavnost pomembno vlogo v okviru promocije zdravja, ker varuje zdravje v vseh starostnih skupinah. Tisti, ki so prevzeli aktivni življenjski slog z vključeno redno športno dejavnostjo, bolje psihično delujejo, ker so sposobni nadzirati oziroma obvladovati stresna stanja (Tomori, 2000, str. 364).

Medicinske sestre, ki so zaposlene v intenzivnih enotah, skrbijo za življenjsko ogrožene bolnike, katerih zdravstveno stanje se zelo hitro spreminja. Zato, kot ugotavlja Mlinar (2007, str. 67), opravljajo triizmensko delo v 97 %, fizično naporno delo v 93,6 % in v 45,3 % redno nadurno delo. Da bi bile medicinske sestre sposobne prenašati številne obremenitve na delu, je pomembno, da živijo zdrav življenjski slog ter del prostega časa namenjajo sebi. Leta naj vključuje tudi redno ukvarjanje s športno dejavnostjo, saj, kot navaja Tušak (2003, str. 65), so pri rekreativnem športu pomembne sproščujoče doživljajske izkušnje, ki jih ponuja in daje igrivost pri tovrstnem udejstvovanju.

Ženske so v Sloveniji zaposlene predvsem v zdravstvu, izobraževanju, kulturi, socialnem skrbstvu. Torej na delovnih mestih, ki zahtevajo večinoma sedeče delo, običajno pa je takšno delo tudi zelo stresno (Zaletel, Kragelj in Fras, 2004, str. 452), zato naj bo na delovnem mestu promocija zdravja skupni interes delodajalcev in zaposlenih (Stergar, 2005, str. 28). Pomembna je humanizacija dela in delovnih pogojev s športno-rekreativnimi programi v ne-



posrednem delovnem okolju (Relac, 1978; v Berčič, 2005, str. 34). Aktivni počitek s športno-rekreativnimi programi je več vreden od pasivnega, saj poveča učinkovitost človekovega dela (Trimmerck., 2001, str. 43) in prispeva k zmanjšanju negativnih učinkov delovnega okolja na zaposlene (Berčič, 2005, str. 8). To še zlasti velja za osebe, ki opravljajo dela in naloge, pri katerih se pojavi utrujenost kot posledica lažje psihomotorične obremenitve, enoličnega ali monotonega dela z manjšo energetsko porabo ali kot posledica intelektualnega dela (Cox, Edwards, in Palmer, 2000, str. 78). Medicinske sestre v intenzivnih enotah izvajajo enolične in dnevno ponavljajoče gibe, s katerimi obremenjujejo le določene mišične skupine. Gre za dinamične obremenitve pri opravljanju fizično napornega dela. Prav tako opravljajo tudi veliko delovnih nalog stoje, kjer gre za opravljanje dela ob statični obremenitvi velikih mišičnih skupin, ki zadržijo organizem v stoječem položaju; dinamično pa aktivira le manjše mišične skupine (Mlinar, 2007, str. 117). Vsestransko vlaganje v boljše delovne pogoje vodi k boljšemu zdravju zaposlenih in posledično tudi k večji produktivnosti (Stregar, 2005, str. 28; Bilban, 2005, str.142).

Mlinar (2007, str. 66) ugotavlja, da je na delovnem mestu popolnoma in zelo zadovoljnih le 22,4 % medicinskih sester. Specifičen odnos med posameznikom in okoljem, ki ga posameznik oceni kot obremenjujočega ali pa kot takega, ki presega njegove sposobnosti upora in s tem ogroža njegovo blaginjo, imenujemo stres (Bilban, 2002, str. 310, Tušak, 2003, str. 43). Stres lahko sproži tudi podobremenitev, kjer zmogljivosti posameznika presegajo zahteve okolja in gre za nezadosten izziv (Tušak in Faganel, 2004, str. 62). Večina zahtev je čustvene narave, zato je stres stanje v človekovi telesni in duševni notranjosti (McGrath, Reid in Boore, 2003, str. 556). Ko se posamezniku spremeni čustveno stanje le-to občuti kot stresno obremenitev (Bilban, 2002, str. 310). Zaznana možnost za spoprijemanje s stresom je ključnega pomena pri odločitvi, ali se bo stres pojavil ali ne. Manjše strese sprejemamo kot nekaj vsakdanjega, nekaj, zaradi česar je življenje izzivalno in zanimivo. Vendar se nakopičenju na videz drobnih težav lahko sproži preveč stresa, ki škoduje zdravju, zmanjšuje delovni elan in nasploh zmanjšuje delazmožnost (McGrath, Reid in Boore, 2003, str. 556). Osnova za prizadevanja za preprečevanje neugodnih posledic stresnih situacij je celoten način življenja, ki je v skladu s človekovimi telesnimi potrebami, čustvenimi težnjami in njegovimi socialnimi vrednotami (Tomori, 2000, str. 365).

Šport je uspešen način premagovanja stresa, saj je posamezniku v prijetno razvedrilo in sprostitev že to, da svoj čas posveča zdravi telesni dejavnosti (Tušak, 2003, str. 87). Vendar je pomembno poudariti, da ima športna dejavnost zdravstveni pomen samo tedaj, kadar je primerno izbrana, uporabniku prilagojena in se redno izvaja skozi vse življenje (Bilban, 2002, str. 311; Fras, 2002, str. 28; Karpljuk, Videmšek in Štihec, 2002, str. 23). Šport bi lahko označili kot dejavnost, ki nam omogoča raziskati meje lastnih zmožnosti bodisi za zabavo, užitek ali razvedrilo (Pišot in Završnik, 2002, str. 13). Omogoča nam bolje spoznati sebe in svoje telo, zato lahko izboljšamo svoje psihofizične sposobnosti, ki privedejo tudi do večje delovne storilnosti. Na področju športne dejavnosti je najbolj cenjena redna in organizirana športna dejavnost, kjer gre za strokovno vodenje. Učinke vadbe je mogoče ugotavljati, analizirati in vrednotiti v vsakem delu rekreativnega vadbenega procesa, kar je tudi z vidi-

ka ohranjanja in pridobivanja zdravja cenjeno (Karpljuk, Videmšek in Štihec, 2002, str. 24; Bilban, 2002, str. 312). Ugoden učinek redne aerobne dejavnosti bomo dosegli samo, če bomo redno dejavni vsaj trikrat na teden po pol ure. Razumna mera je od tri- do petkrat na teden od pol do ene ure. Dejavnost mora biti dovolj intenzivna, kar merimo po udarcih srca na minuto (Karpljuk, Hadžić, Dervišević, Rešetar, Debevc in Videmšek, 2004, str. 40). Najboljša je vztrajnostna vadba s ponavljajočimi gibi, ki zaposlujejo večje mišične skupine. Dodati je potrebno, da pozitivni učinki trajajo samo, dokler je človek redno telesno dejaven, in začnejo pojenjati takoj, ko človek prekine z redno telesno dejavnostjo (Karpljuk, Hadžić, Dervišević, Rešetar, Debevc in Videmšek, 2004, str. 42).

Največji problem (ne)ukvarjanja s športno dejavnostjo je v pomanjkanju motivov pri ljudeh (Tušak, 2003, str. 88), ker ni izbrana prava športna aktivnost; ker se posameznik ne zaveda, kaj ga žene in kakšne motive bi moral zadovoljevati; ker pri izboru rekreacije največkrat zapada nekim trendom, ne zna pa poslušati sebe in svojega telesa in ker se aktivnosti ne loti pod nadzorom, sistematično, s postavitvijo nekih ciljev, pač pa "na pamet". Rezultat takega pristopa je pomanjkanje uživanja, ki se konča s prenehanjem ukvarjanja s športno dejavnostjo (Tušak, 2003, str. 95). Po drugi strani pa še vedno, pretežno zaradi vedenjskih vzorcev našega naroda (patriarhalna družba), opravljajo ženske tudi glavnino gospodinjanskega dela. Tako so najbolj ogrožene za športno nedejavnost v mestih, kjer ni več generacijskih družin in s tem ni dodatne pomoči pri vzgoji otrok (Zaletel Kragelj in Fras, 2004, str. 452).

Pri oblikovanju zdravega življenjskega sloga ne moremo mimo redne športne dejavnosti, ki je pozitivno povezana z zdravim načinom življenja, ker bistveno prispeva k ohranjanju, krepitvi in varovanju zdravja (Berčič, 2005, str. 34) ter povečuje delovno storilnost (Bilban, 2002, str. 310). Zdravi ljudje pomenijo za delovno organizacijo boljše delovno storilnost (Pišot in Zavrnik, 2002, str. 14). Pomembno je promovirati zdrav življenjski slog in ozaveščati ljudi o lastni odgovornosti za svoje zdravje in počutje.

## 2. Metode

### 2.1 Vzorec anketirank

V vzorec smo zajeli dve skupini, ki sta vključevali 603 oseb, starih 20–40 let, s srednješolsko izobrazbo. Anonimnost je bila zagotovljena. V eksperimentalno skupino (ES) smo zajeli 298 medicinskih sester, ki so bile zaposlene v intenzivnih enotah Kliničnega centra v Ljubljani, povprečne starosti ( $M = 29,4$  leta,  $SD = 6,3$  leta). V kontrolni skupini (KS) je bilo 305 žensk izenačene regionalne pripadnosti, izobrazbe in starosti ( $M = 30,4$  leta,  $SD = 5,6$  leta).

### 2.2 Vzorec spremenljivk

V vzorec spremenljivk smo zajeli socialno-demografske značilnosti (starost, kraj bivanja, poklic), stres na delovnem mestu (doživljanje čustev na delu, pogostost doživljanja stresa, vzroki stresa), odnos do zdravja (pogostost uživanja zajtrka, pogostost pitja alkoholnih pijač, pogostost kajenja, pomen zgleda) in športno dejavnost (pogostost, čas trajanja vadbe, motivi, razlogi za športno nedejavnost in vpliv športne vadbe na počutje).

Osebe obeh skupin smo zaradi boljše interpretacije rezultatov in medsebojne primerjave združevali v skupine glede na: starost (20–30 let in 31–40 let), kraj bivanja (prva skupina – osebe živeče v mestu in predmestju; druga skupina – osebe, živeče na vasi), pogostost doživljanja stresa (prva skupina – osebe, ki redno ali pogosto doživljajo stres; druga skupina – osebe, ki doživljajo stres občasno ali nikoli) in pogostost ukvarjanja s športno dejavnostjo, kjer smo v prvi skupini združili neredno športno dejavne osebe (vadba ob vikendih, 1-krat tedensko, 2–3-krat mesečno, 1-krat mesečno ali nikoli), v drugi skupini pa smo združili redno športno dejavne osebe (2–3-krat tedenska vadba ali pogostejša).

### **2.3 Metode obdelave podatkov**

Izračunali smo osnovne statistične parametre. Z analizo variance smo ugotavljali razlike med skupinama v doživljanju čustev na delu, pogostosti doživljanja stresa, vzrokih stresa, pogostosti uživanja zajtrka, pitja alkoholnih pijač, kajenja, pomenu zgleda na druge, pogostosti ukvarjanja s športno dejavnostjo in trajanju športne vadbe. S faktorsko analizo smo faktorizirali vzroke stresa. Z diskriminantno analizo smo želeli čimbolj ločiti skupini znotraj vzrokov za športno nedejavnost, motivov, športnih zvrsti in vplivov športne dejavnosti na počutje. Z večfaktorsko analizo variance smo ugotavljali, kako vplivata odvisni spremenljivki pogostost uživanja zajtrka in pogostost športne dejavnosti pri osebah obeh skupin na neodvisno spremenljivko vzroki stresa in kriterijsko spremenljivko starost. Odvisno spremenljivko oseb obeh skupin smo razdelili v dve skupini. Prvo skupino predstavljajo osebe ES, drugo pa osebe KS. Pogostost uživanja zajtrka smo razdelili v tri skupine. Prvo skupino predstavljajo osebe obeh skupin, ki nikoli ne uživajo zajtrka, v drugi skupini so osebe, ki občasno uživajo zajtrk, v tretji skupini so osebe, ki pogosto in redno uživajo zajtrk. Pri pogostosti ukvarjanja s športno dejavnostjo smo osebe obeh skupin razdelili v tri skupine. V prvo skupino smo združili osebe, ki se s športno dejavnostjo ukvarjajo 3-krat mesečno ali manj pogosto, v drugo skupino smo združili osebe, ki so športno dejavne 1-tedensko ali ob vikendih, v tretjo skupino smo združili osebe, ki so 3-krat tedensko ali pogostejše športno dejavne. Za analizo podatkov smo uporabili statistični paket SPSS 14.0 za Windows Professional 2001. Vse hipoteze smo preverjali na ravni 5 % tveganja ( $p = 0.05$ ).

## **3. Rezultati**

### **3.1 Stres na delovnem mestu**

Doživljanje čustev na delovnem mestu je pri osebah obeh skupin najbolj povezano z doživljanjem stresa (Tabela 1). Medicinske sestre v primerjavi z osebami KS občasno doživljajo pri svojem delu strah ( $p = 0,001$ ), žalost ( $p = 0,000$ ) in sram ( $p = 0,000$ ). Neželena čustva na delovnem mestu so najbolj značilna za tiste medicinske sestre, ki na delovnem mestu pogosto doživljajo stres. Pozitivna čustva pa so značilna zlasti za tiste, ki doživljajo manj stresa. Pri osebah KS so neželena čustva prav tako značilna za osebe, ki doživljajo pogosto stres; pozitivna čustva doživljajo osebe stare, 20–30 let, in tiste, ki manj pogosto doživljajo stres.

**Tabela 1:** Značilne razlike med ES in KS - Kakšna čustvena stanja doživljate na delovnem mestu?

Spremenljivke	Starost		Kraj bivanja		Športna dejavnost		Stres na delu	
	ES	KS	ES	KS	ES	KS	ES	KS
Jeza	0,145	0,005	0,170	0,037	0,000	0,173	0,000	0,000
Strah	0,029	0,113	0,806	0,208	0,020	0,698	0,000	0,000
Veselje	0,087	0,003	0,049	0,734	0,104	0,156	0,000	0,000
Žalost	0,001	0,108	0,301	0,000	0,787	0,417	0,000	0,000
Ponos	0,563	0,411	0,805	0,173	0,492	0,272	0,988	0,067
Sram	0,422	0,112	0,039	0,427	0,228	0,853	0,514	0,202
Krivda	0,092	0,731	0,928	0,832	0,141	0,042	0,042	0,000
Zavist	0,986	0,760	0,916	0,002	0,339	0,000	0,098	0,000

Z analizo variance smo ugotovili statistično značilne razlike med osebami ES in KS v pogostosti doživljanja stresa na delovnem mestu ( $p = 0,000$ ). Medicinske sestre pogosteje (57,6 %,.) doživljajo stres na delovnem mestu kot osebe KS (40,4 %). Na delovnem mestu redno doživlja stres 18,3 % oseb ES in 6 % oseb KS, pogosto 39,3 % oseb ES in 34,4 % oseb KS, občasno 40 % oseb ES in 48,6 % oseb KS, nikoli pa 2,4 % oseb ES in 11 % oseb KS. Medicinske sestre navajajo kot pogost vzrok stresa premajhno število zaposlenih ( $p = 0,000$ ), pomanjkanje časa zase ( $p = 0,000$ ), posebne pogoje dela ( $p = 0,000$ ), majhen vpliv na reševanje problemov ( $p = 0,000$ ) in nerazumevajočega vodjo ( $p = 0,000$ ). Občasno navajajo prekomerno odgovornost ( $p = 0,000$ ), slabe delovne pogoje ( $p = 0,000$ ) ter slabe medsebojne odnose ( $p = 0,000$ ). Osebe KS pa navajajo kot občasen vzrok stresa osebno stisko ( $p = 0,002$ ). Pri medicinskih sestrah so vsi vzroki stresa na delovnem mestu (Tabela 2) pomembno povezani s pogostim doživljanjem stresa ter nekoliko manj z neredno športno dejavnostjo. Neredno športno dejavne medicinske sestre občasno navajajo osebno stisko ( $p = 0,026$ ), pogosto pa prekomerno odgovornost na delovnem mestu ( $p = 0,039$ ) in pomanjkanje prostega časa ( $p = 0,032$ ). Pri osebah KS so vzroki stresa povezani s starostno skupino 31–40 let, živéčo na vasi, s tistimi osebami, ki so neredno športno dejavne, in s tistimi, ki pogosto doživljajo stres. Neredno športno dejavne osebe občasno navajajo kot vzrok stresa slabe pogoje dela ( $p = 0,000$ ) in premalo zaposlenih ( $p = 0,043$ ).

**Tabela 2:** Značilne razlike med ES in KS - kakšen je vzrok stresa pri delu?

Spremenljivke	Starost		Kraj bivanja		Športna dejavnost		Stres na delu	
	ES	KS	ES	KS	EK	KS	ES	KS
Oseb. stiska	0,340	0,147	0,223	0,275	0,026	0,551	0,013	0,001
Odnosi	0,293	0,000	0,002	0,051	0,556	0,696	0,000	0,000
Odgovornost	0,244	0,000	0,800	0,058	0,039	0,579	0,000	0,000
Del. pogoji	0,131	0,027	0,193	0,000	0,758	0,180	0,000	0,000
Št. zaposlenih	0,180	0,000	0,052	0,000	0,474	0,043	0,000	0,000
Reševanje	0,041	0,001	0,956	0,101	0,084	0,108	0,000	0,000
Posebni pog.	0,962	0,000	0,051	0,000	0,205	0,000	0,000	0,000
Vodja	0,068	0,295	0,243	0,008	0,206	0,756	0,000	0,000
Prosti čas	0,136	0,000	0,001	0,000	0,032	0,239	0,000	0,000

S faktorsko analizo lastnih vrednosti smo faktorizirali vzroke stresa. Dobili smo dva faktorja, ki skupaj pojasnujeta 59,9 % variance prostora. Prvi faktor pojasnjuje 48,4 % variance, drugi faktor pojasnjuje 11,5 % variance. Z varimax rotacijo smo ugotovili, da prvi faktor določa vzroke stresa, ki so vezani na delovno klimo. Poimenovali smo ga delovni stres. Drugi faktor določa vzroke stresa, ki so posledica osebnih stisk. Poimenovali smo ga osebni stres.

### 3.2 Odnos do zdravja

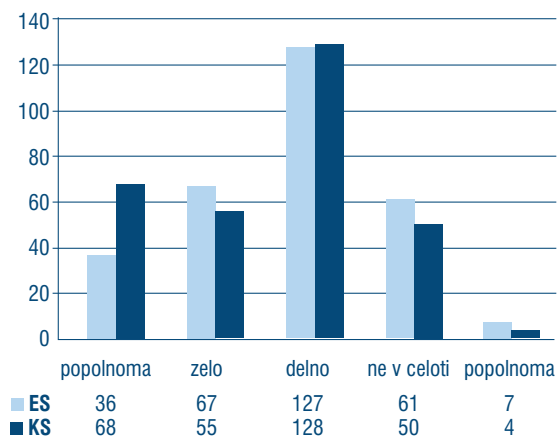
V pogostosti uživanja zajtrka ( $p = 0,002$ ) smo z analizo variance ugotovili statistično značilno razliko med skupinama. Zajtrk redno uživa 18,5 % medicinskih sester in 31,8 % oseb KS. Zajtrka nikoli ne zaužije 23,1 % medicinskih sester in 17,7 % oseb KS. Medicinske sestre v 41,9 % redno in pogosto uživajo zajtrk; osebe KS pa v 53,7 %.

V pogostosti pitja alkoholnih pijač ( $p = 0,000$ ) smo z analizo variance ugotovili statistično značilno razliko med skupinama. Osebe obeh skupin najpogosteje uživajo alkoholne pijače ob posebnih priložnostih, vendar redno uživa alkohol 19,3 % oseb KS, medtem ko alkohol redno uživa le 0,6 % medicinskih sester.

V pogostosti kajenja ( $p = 0,000$ ) smo z analizo variance ugotovili statistično značilne razlike med skupinama. Med medicinskimi sestrami je rednih kadilk 28,9 %, med osebami KS pa je teh 22,8 %. Nekadilk je med osebami ES 46,3 % in 66,9 % med osebami KS.

Z analizo variance smo ugotovili statistično značilno razliko ( $p = 0,008$ ) med osebami ES in KS v strinjanju s trditvijo: "S svojim zgledom vplivam na druge." Presenetljivo se medicinske sestre s trditvijo popolnoma in zelo strinjajo le v 34,6 %, osebe KS pa v 40,3 %. Medicinske sestre (Graf 1) se v 12,3 % popolnoma strinjajo, da s svojim zgledom lahko vplivaš na druge, v 2,3 % pa se s trditvijo popolnoma ne strinjajo. Osebe KS se z navedeno trditvijo v 22,8 % popolnoma strinjajo, v 1,3 % pa se popolnoma ne strinjajo. Navedena trditev je statistično pomembna medicinskim sestram, starim 31–40 let ( $p = 0,001$ ), pri osebah KS pa tistim, ki so redno športno dejavne ( $p = 0,032$ ).

**Graf 1:** Vpliv zgloda na druge



### 3.3 Športna dejavnost

V pogostosti ukvarjanja s športno dejavnostjo smo z analizo variance ugotovili statistično značilno razliko med skupinama ( $p = 0,021$ ). S športno dejavnostjo se sploh ne ukvarja 10,4 % oseb ES in 4 % oseb KS. Redno športno dejavnih je 31,5 % oseb ES in 32,1 % oseb KS. V trajanju športne vadbe ni prišlo do statistično značilne razlike ( $p = 0,295$ ) med osebami ES in KS. Pri osebah obeh skupin prevladuje trajanje športne vadbe 30 minut–2 uri; vendar le pri 41,9 % oseb ES in pri 53,8 % oseb KS.

Z diskriminatorsno analizo smo dobili eno statistično značilno diskriminantno funkcijo. Lastna vrednost je 1,162, kanonična korelacija s to funkcijo je 0,733. Hi kvadrat je 409,92, kar pomeni statistično značilnost ( $p = 0,000$ ) diskriminantne funkcije. Funkcija uspešno razdeli 88,4 % anketirank v dve skupini. V prvi skupini uspešno klasificira 85,2 % anketirank, v drugi skupini pa 91,4 % anketirank. To pomeni, da so osebe KS uspešnejše klasificirane v svoji skupini kot osebe ES. Tabela 3 prikazuje pomembne razloge za športno nedejavnost, motive in vplive na počutje.

**Tabela 3:** Analiza variance diskriminantnih spremenljivk

	Spremenljivke	Wilks' Lambda	F	Pom.
Razlogi za športno nedejavnost	Slaba organiziranost	0,990	6,310	0,012
	Ni ustrezne športne ponudbe	0,990	4,480	0,035
	Imam premalo prostega časa	0,950	28,000	0,000
	Zaradi preutrujenosti	0,930	40,290	0,000
	Ni takojšnjega vidnega učinka	0,980	11,560	0,001
	V bližini ni športnih objektov	0,980	10,090	0,002
	Turnusna služba mi ne dopušča	0,690	252,680	0,000
	Ne čutim potrebe po fizičnem naporu	0,980	9,960	0,002
Motivi za športno dejavnost	Sprostitev	0,990	6,580	0,011
	Izboljšanje in ohranjanje zdravja	0,990	5,500	0,019
	Izboljšanje, ohranjanje telesne kondicije	0,990	7,000	0,008
	Pridobivanje prijateljev	0,990	5,510	0,019
	Dober občutek "nekaj sem storil zase"	0,980	11,270	0,001
	Želja po gibanju	0,980	8,630	0,003
Vplivi športne dejavnosti na počutje	Sem boljše razpoložen, sproščen	0,990	3,720	0,054
	Sem močnejši, gibljivejši, spretnější	0,990	3,300	0,070

Legenda: **Wilks' Lambda** – vrednost Wilks' lambde; **F** – vrednost koeficienta F; **Pom.** – statistična značilnost

V razlogih za športno nedejavnost diskriminantna funkcija skupini med seboj pomembno razlikuje v spremenljivkah triizmenska služba mi ne dopušča ( $p = 0,000$ ), preutrujenost ( $p = 0,000$ ), pomanjkanje prostega časa ( $p = 0,000$ ), ni takojšnjega vidnega učinka ( $p = 0,001$ ), ne čutim potrebe po fizičnem naporu ( $p = 0,002$ ), v bližini ni športnih objektov ( $p = 0,002$ ), slaba organiziranost športne dejavnosti ( $p = 0,012$ ) in ni ustrezne športne ponudbe ( $p = 0,035$ ). Pri motivih za ukvarjanje s športno dejavnostjo diskriminantna funkcija skupini pomembno razlikuje v dobrem občutku, ko nekaj storim zase ( $p = 0,001$ ), želji po gibanju ( $p = 0,003$ ), sprostitvi ( $p = 0,011$ ), izboljšanju in ohranjanju telesne kondicije ( $p = 0,008$ ), izboljšanju in ohranjanju zdravja ( $p = 0,019$ ) ter pridobivanju prijateljev ( $p = 0,019$ ). Pri vplivih športne dejavnosti na počutje se kaže tendenca k statistični pomembnosti pri večji sproščenosti ( $p = 0,054$ ) in boljši gibljivosti telesa ( $p = 0,070$ ).

### 3.4 Vpliv življenjskega sloga na stres

Z dvofaktorsko analizo variance smo ugotavljali vplive kriterijske spremenljivke starost in odvisnih spremenljivk (skupina, pogostost uživanja zajtrka in pogostost ukvarjanja s športno dejavnostjo) na neodvisni spremenljivki vzrokov stresa (delovni stres – faktor 1 in osebni stres – faktor 2), kot kaže Tabela 4.

**Tabela 4:** Vplivi neodvisnih spremenljivk na faktorja stresa

Neodvisne spremenljivke	Delovni stres		Osebni stres	
	F	Pom.	F	Pom.
Starost	3,59	0,06	2,09	0,15
Skupina	78,84	0,00	25,41	0,00
Zajtrk	3,62	0,03	3,12	0,05
Športna dejavnost	2,89	0,06	4,52	0,01

Legenda: **F** – vrednost koeficienta F; **Pom.** – statistična značilnost

Ugotovili smo, da se pri doživljanju delovnega stresa kaže tendenca k statistični pomembnosti vpliva starosti ( $p = 0,06$ ) in pogostosti športne dejavnosti ( $p = 0,06$ ), medtem ko nanj statistično značilno vplivata skupina ( $p = 0,00$ ) ter pogostost uživanja zajtrka, ki ima nekoliko manjši, vendar še vedno statistično značilen vpliv ( $p = 0,03$ ). Ugotovili smo, da starost ( $p = 0,15$ ) značilno ne vpliva na osebni stres, statistično značilno pa vplivata skupina ( $p = 0,00$ ) in športna dejavnost ( $p = 0,01$ ), medtem ko je pogostost uživanja zajtrka na robu statistične pomembnosti ( $p = 0,05$ ).

## 4. Razprava

Ni presenetljivo, da so čustva bolj prisotna pri medicinskih sestrah, ker delajo z bolnimi ljudmi, vidijo njihovo bolečino in trpljenje ter jih pri tem tudi tolažijo. Medicinske sestre pri svojem delu ne morejo ostati neprizadete (Tschudin, 2006, str. 317) in ugotavljamo, da doživljajo več neželenih čustev v primerjavi z osebami KS. Neželena čustva so povezana s pogostim doživljanjem stresa. Človek, ki je sicer bolj nagnjen k pasivnemu pristajanju na različne preizkušnje, lažje spremeni brezplodno življenjsko izhodišče, če se prek telesne dejavnosti nauči, da nekaj aktivno stori zase (Tomori, 2000, str. 364). Pri svojem delu, osebe obeh skupin pogosto doživljajo stres, vendar redno doživlja stres kar 18,3 % medicinskih sester in le 6 % oseb KS. Stres, še posebej pri ženskah prične naraščati po 25. letu zaradi prevzemanja številnih odgovornosti v službi kot tudi doma (Tušak in Faganel, 2004, str. 48), kar smo potrdili tudi z našo raziskavo. Medicinske sestre pogosteje doživljajo delovni stres, medtem ko osebe KS pogosteje doživljajo osebni stres.

Kljub velikim psihofizičnim obremenitvam na delu in triizmenskem delovnem času (Mlinar, 2007, str. 64) je ena tretjina medicinskih sester redno športno dejavni. Le-te imajo veli-



ko notranje motivacije za oblikovanje zdravega življenjskega sloga, ki vključuje tudi redno športno dejavnost in vzdržuje visok energijski potencial posameznika. Kot ugotavlja Tušak (2003, str. 51), predstavlja športna dejavnost eno od oblik prostočasnih aktivnosti, za katero je značilno, da se zanjo odločajo le najbolj motivirane osebe. Potrebno je poudariti, da redna športna dejavnost poveča delovno storilnost in izboljša psihično počutje (Bilban, 2002, str. 311). Pri spodbujanju motivov za redno športno dejavnost je verjetno zelo pomembno vplivanje na osebno determinanto motivov, ki očitno vpliva na povečanje notranje motivacije za športno udejstvovanje. Redno športno dejavne osebe občutijo močne vplive na osebno determinanto in na determinanto zdravja. Ti dve determinanti vpliva športne vadbe na posameznika morda predstavljata najpomembnejšo pozitivno izkušnjo, ki zagotavlja redno športno udejstvovanje v vseh življenjskih obdobjih. Redno športno dejavne osebe znajo poskrbeti za harmonijo med obremenitvami ter med sproščanjem in počitkom. Ta kompleksen odnos zagotavlja zdrav življenjski slog.

Pogostost uživanja zajtrka in pogostost ukvarjanja s športno dejavnostjo kažeta na oblikovan življenjski slog, ki vpliva na pogostost doživljanja stresa, le-to pa je pomembno povezano s prehrabeniimi navadami (pogostost uživanja zajtrka) in pogostostjo športne dejavnosti. Delovni stres je pomembno povezan s starostjo in se pri zaposlenih osebah prične postopno razvijati v starostni skupini 20–30 let, medtem ko doživljanje osebnega stresa ni povezano s starostjo. Neredno uživanje zajtrka kaže na oblikovan nezdrav življenjski slog in je povezan s pogostejšim doživljanjem delovnega in osebnega stresa. Neredna športna dejavnost kaže tendenco statistične značilnosti s pogostejšim doživljanjem osebnega in delovnega stresa. Ugotovimo lahko, da je nezdrav življenjski slog in pomanjkanje zavedanja pomena lastnega zgleda bolj značilen za medicinske sestre kot osebe KS. Možno je, da je poklicna skupina medicinskih sester zelo predana humani skrbi za bolnike in ji zato primanjkuje energije in moči za oblikovanje zdravega življenjskega sloga. Verjetno bi bilo smiselno nadaljnje ugotavljanje vplivov pogostega doživljanja stresa tudi na njihovo družinsko življenje.

Vplivi redne športne dejavnosti so vpleteni v široke razsežnosti zdravega življenjskega sloga. Le-ta pa je prisoten zlasti pri tistih osebah, ki so redno športno dejavne, pri osebah z manj pogostim doživljanjem stresa in pri osebah, ki živijo izven urbanih središč. Osebe, ki živijo nezdrav življenjski slog, in še zlasti medicinske sestre, morajo zaradi narave njihovega dela dvigniti zavest o pomembnosti lastne aktivne vloge v oblikovanju zdravega življenja.

## 5. Literatura

1. Berčič, H. Ali se v slovenska podjetja vrača obdobje vlaganja v človekove vire, v športno rekreativno dejavnost, zdravje in delovno sposobnost zaposlenih. Šport, 2005, 53 (3), 33-39.
2. Berčič, H. Gibalna/športna dejavnost v funkciji zdravja in kakovosti življenja prebivalcev Slovenije. Zdrav Var, 2002, 41 (1-2), 3-11.
3. Bilban, M. Analiza zdravstvenega stanja pilotov, usmerjena v telesno aktivnost kot de-

- javnik preprečevanja tveganja za bolezni srca in ožilja. *Zdrav Var*, 2005, 44 (3), 140-150.
4. Bilban, M. Promocija zdravja in njene možnosti za zniževanje bolniškega staleža. *Delo in varnost*, 2002, 47 (6): 308-314.
  5. Cox, RAF., Edwards, FC in Palmer, K. *Fitness for work: the medical aspects*. Oxford: Oxford University Press. 2000.
  6. Fras, Z. Predpisovanje telesne aktivnosti za preprečevanje bolezni srca in ožilja. *Zdrav Var*, 2002, 41 (1-2), 27-34.
  7. Karpljuk, D., Hadžić, V., Dervišević, E., Rešetar, V., Debevc, U. in Videmšek, M. Spremembe krvnega sladkorja pri diabetikih tipa 2 pod vplivom hoje in nekatera izhodišča vadbe za zdravje. *Šport*, 2004, 52/priloga: (1), 37-43.
  8. Karpljuk, D., Videmšek, M. in Štihec, J. Z vadbo do gospodarnega delovanja organizma. *Šport*, 2002, 5 (1), 22-26.
  9. McGrath, A., Reid, N. in Boore, J. Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 2003, 40 (5), 555-65.
  10. Mlinar, S. Športna dejavnost in življenjski slog medicinskih sester, zaposlenih v Kliničnem centru v Ljubljani. Doktorska disertacija, Ljubljana: Fakulteta za šport. 2007.
  11. Pišot, R. in Završnik, J. Z gibanjem do zdravja – od otroka do starostnika. *Zdrav Var*, 2002, 41 (1-2), 12-15.
  12. Stergar, E. Telesna dejavnost za zdravje – tudi na delovnem mestu. V E. Kraševac Ravnik (Ur.), *Svetovni dan gibanja 2005. Gibanje za zdravje odraslih – stanje, problemi, podpora okolja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, Olimpijski komite Slovenije, Združenje športnih zvez, Odbor za šport. 2005, 25-31.
  13. Tomori, M. Duševne koristi telesne dejavnosti. V J. Turk (Ur.), *Lepota gibanja*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije. 2000, 60-70.
  14. Trimmerck., CT. Managing motivation and developing job satisfaction in the health care work environment. *The Health Care Manager*, 2001, 1 (1), 42-58.
  15. Tschudin, V. Communication as the future of nursing ethics. *Nursing ethics*, 2006, 2 (4), 315-320.
  16. Tušak, M. in Faganel, M. *Jaz –športnik: samopodoba in identiteta športnikov*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport. 2004.
  17. Tušak, M. Nekateri psihološki problemi ukvarjanja s športno rekreacijo. V H. Berčič (Ur.), *Zbornik 3. Slovenski kongres športne rekreacije. Otočec: Športna unija Slovenije*. 2003, 64-75.
  18. Zaletel Kragelj, L in Fras Z. Nezaдостna telesna dejavnost. V L. Zaletel Kragelj, Z. Fras in J. Maučec Zakotnik (Ur.) *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije*. Ljubljana: CINDI Slovenija. 2004, 427-474.

# VI.

## Razvoj teorije za zdravstveno nego v Sloveniji

viš. predav. dr. Majda Pajnkihar

Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru

[majda.pajnkihar@uni-mb.si](mailto:majda.pajnkihar@uni-mb.si)

### Izveček

*Od začetka moderne zdravstvene nege se je prizadevalo za razvoj teorije. Osnove za razvoj teorij so zagotovljene s konceptualnimi modeli s pomočjo empiričnega raziskovanja. Teorije zdravstvene nege izhajajo iz prakse in se vračajo v prakso s pomočjo raziskovanja.*

*Zdravstvena nega je bila v preteklosti osnovana na bio-medicinskem modelu, ki s posameznimi elementi še vedno vpliva na medsebojne odnose ter zavira doseganje optimalne in reflektivne prakse. Raziskovanje je temelj za razvoj zdravstvene nege. Razvoj zdravstvene nege temelji na medsebojni povezanosti teorije, prakse in raziskovanja. Jedro zdravstvene nege predstavljata nega in skrb za pacienta in o pacientu, čemur so osnova dobri medsebojni odnosi*

**Metodologija raziskovanja:** *Raziskovanje je temeljilo na interpretativni paradigmi, kvalitativnem raziskovanju in metodi utemeljene teorije.*

**Rezultati:** *Humanističen pristop poudarja skrb za človeka, njegove vrednote in ga postavlja v središče dogajanja. Enakovredni partnerski odnos v zdravstveni negi poudarja spoštovanje pacienta, spoštovanje pacientovega dostojanstva, zaupanje in avtonomija medicinske sestre in pacienta. Elementi enakovrednih partnerskih odnosov se med seboj prepletajo in dopolnjujejo.*

**Ključne besede:** *zdravstvena nega, partnerski odnosi, spoštovanje pacienta, medicinska sestra, kvalitativno raziskovanje, praksa.*

## Abstract

*Since the beginning of the modern nursing care, there have been striving for the development of the theories. Development of the theories is founded on the conceptual models and empirical research. Nursing care theories come out from practice and come back to practice with help of research. Nursing care used to be based on the bio-medicine model, which still influence modern nursing care and are obstacles for optimal and reflexive practice. Research is the bases of the nursing care development. Development of the nursing care is founded on the linkages between theory, practice and research. Nucleus of the nursing care is care for the patient and about the patient based on the good mutual relationship.*

**Research methodology:** *Research was based on the interpretative paradigm, qualitative research and the method of the founded theory.*

**Results:** *Humanistic approach put an accent on the care for human beings, their values and put a man into the centre of the happenings. Equal partnerships in nursing care emphasis respect for the patients, their dignity, confidence and autonomy of the nurses and patients. Elements of equal partnership are interweaving and complementing.*

**Key words:** *nursing care, partnership, respect for patient, nurse, quality research, practice.*

## 1. Uvod

Medsebojno povezovanje teorije, prakse in raziskovanja je osnova za razvoj zdravstvene nege kot profesije, ki temelji na razvoju prakse. Disciplina zdravstvene nege razvija, testira in aplicira teorije v prakso, z namenom izboljšati kakovost življenja ljudi. V zadnjem času se znotraj zdravstvenih disciplin kaže vse večja potreba po uporabi kvantitativnega in kvalitativnega raziskovanja. Kvalitativno raziskovanje zahteva induktiven pristop v raziskovanju, ki omogoča razvijanje teorij zdravstvene nege. Kvantitativno raziskovanje uporablja deduktiven pristop v raziskovanju in omogoča testiranje teorij zdravstvene nege.

## 2. Konceptualni modeli in teorije zdravstvene nege

Konceptualni modeli zdravstvene nege predstavljajo prve korake v razvoju teorije. V svetu je bil prisoten vpliv tradicionalnega izobraževanja dolga desetletja, dokler medicinske sestre v ZDA niso prepoznale pomena raziskovanja za razvoj zdravstvene nege. Raziskovanje je sprva temeljilo na pozitivistični paradigmi in na kvantitativnih metodah, ki so bile močno zasidrane v medicinskih znanostih in so predstavljale osnovo razvoju in testiranju teorij. Prizadevanja Florence Nightingale v sredi 19. stoletja za uporabo raziskovanja v zdravstvu sovpadajo z začetkom moderne zdravstvene nege (Shea, 1997; Burns in Grove, 2001; Polit in Hungler, 1995 in Schwirian, 1998). Shea (1997) je opazila, da je bilo od časa Nightingalove pa do leta 1950 obdobje, v katerem se je izvajalo zelo malo raziskovanja v zdravstveni negi. Raziskovanje v zdravstveni negi postane po letu 1950 prva prioriteta, kar je

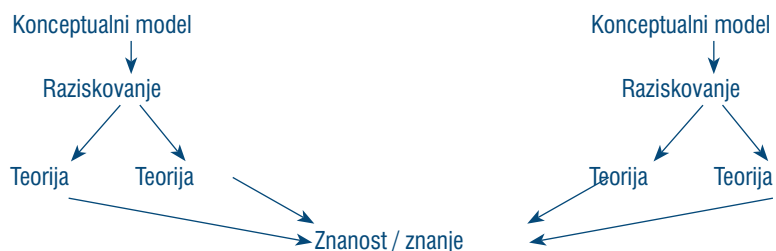
povzročilo hiter razvoj diplomskih in podiplomskih študijskih programov (Burns in Grove, 2001 in Schwirian, 1998). V petdesetih letih je razvoj raziskovanja v zdravstveni negi vplival na začetke akademskega izobraževanja, na razvoj raziskovalnih metodologij in sovпада z razvojem teorij zdravstvene nege. Šele akademsko izobraževanje medicinskih sester je obenem z razvojem znanja omogočilo teoretično in kritično razmišljanje ter raziskovanje zdravstvene nege in povezovanje z drugimi disciplinami.

Razlog za hiter razvoj teorij in modelov zdravstvene nege v Ameriki je povezan z razvojem izobraževanja in raziskovanja, ki se je tam začel dosti prej kot v ostalih delih sveta. Peplau je prva po Nightingalovi leta 1952 razvila teoretični model, kateremu so sledili številni drugi modeli. Teoretični modeli, ki so bili razviti v petdesetih letih in kasneje so se od začetnega konceptualnega modela razvijali v teorije z različno stopnjo abstraktnosti in so večji del temeljili na pozitivistični paradigmi.

V evropskem prostoru se je razvoj teorij zdravstvene nege pričel več desetletij kasneje, čeprav ima daljšo tradicijo, saj je prvi teoretični model zdravstvene nege predstavila Nightingalova. Promovirala je teoretično in raziskovalno osnovo za zdravstveno nego in poudarila povezavo med znanjem, raziskovanjem in prakso.

Meleisova (1997) poudarja, da je teorija cilj znanstvenega dela; teoretiziranje je osrednji proces v vseh znanstvenih prizadevanjih. Osnova za razvoj teorij so konceptualni modeli. Konceptualni model Fawcett (1995) definira kot okvir relativno abstraktnih in generalnih konceptov in propozicij, ki opisujejo ali povezujejo koncepte. Teorija pa predstavlja medsebojno povezane konkretne koncepte. Imova in Meleisova (1999) opredeljujeta teorijo zdravstvene nege kot: organiziran, koherenten in sistematičen izraz sklopa ugotovitev, ki se nanašajo na pomembna vprašanja discipline, posredovana kot pomembna celota, ki opisuje ali razlaga neke fenomene ali sklope fenomenov. Po Meleisovi (1997) je teorija konceptualizacija nekaterih vidikov dejanske zdravstvene nege, ki je podana zato, da bi opisovala fenomene, razlagala odnose med fenomeni, napovedovala posledice ali predpisovala zdravstveno nego.

Prva slika predstavlja razvoj teorije na osnovi konceptualnega modela in končni cilj vsakega raziskovanja. Pristop je induktiven.



**Slika 1:** Model – teorija (Mc Kenna, 1997)

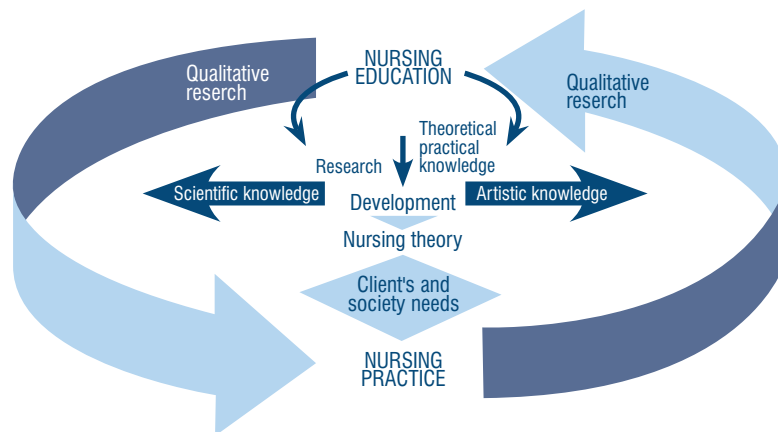
Druga slika predstavlja prispevek k znanosti zdravstvene nege na osnovi deduktivnega raziskovanja, ki izhaja iz velike teorije.



**Slika 2:** Teorija – model (Mc Kenna, 1997)

Teorije zdravstvene nege prispevajo k razvoju znanja, raziskovanja in prakse. Teorija zagotavlja organiziran, sistematičen, empiričen in logičen pogled na znanje, ki ga medicinske sestre potrebujejo za vsakodnevno prakso, izobraževanje in raziskovanje. V sodobnem izobraževanju medicinske sestre pridobivajo nova znanja na osnovi raziskovanja, ki predstavlja vez med teorijo in prakso. To zahteva od zdravstvene nege akademsko osnovo za sprejemanje novih vlog, ki vključujejo odgovornost za razvoj, vrednotenje in uporabo znanstvenih dognanj kot podlago za prakso zdravstvene nege. Vse te aktivnosti in rezultati so usmerjeni v dobrobit posameznika in družbe kot celote. (Pajnikihar, 2003)

Po letu 1980 je v zdravstveni negi temeljno kvalitativno raziskovanje. Opredelimo ga lahko kot proces, ki vključuje sistematično in interaktivno zbiranje podatkov ter primerjalno analizo pridobljenih podatkov skozi celoten proces raziskave. To ima za cilj nadgradnjo že obstoječega znanja, kakor tudi razvoj novega jedra znanja, razumljivega in uporabnega za delo medicinskih sester, za opisovanje in razlago pojavov (fenomenov) v praksi. (Pajnikihar, 2003) Slika 3 prikazuje vsebino, raziskovanje in razvoj teorije ter zdravstvene nege, upošteva pogoje prakse in potrebe ljudi oziroma družbe.



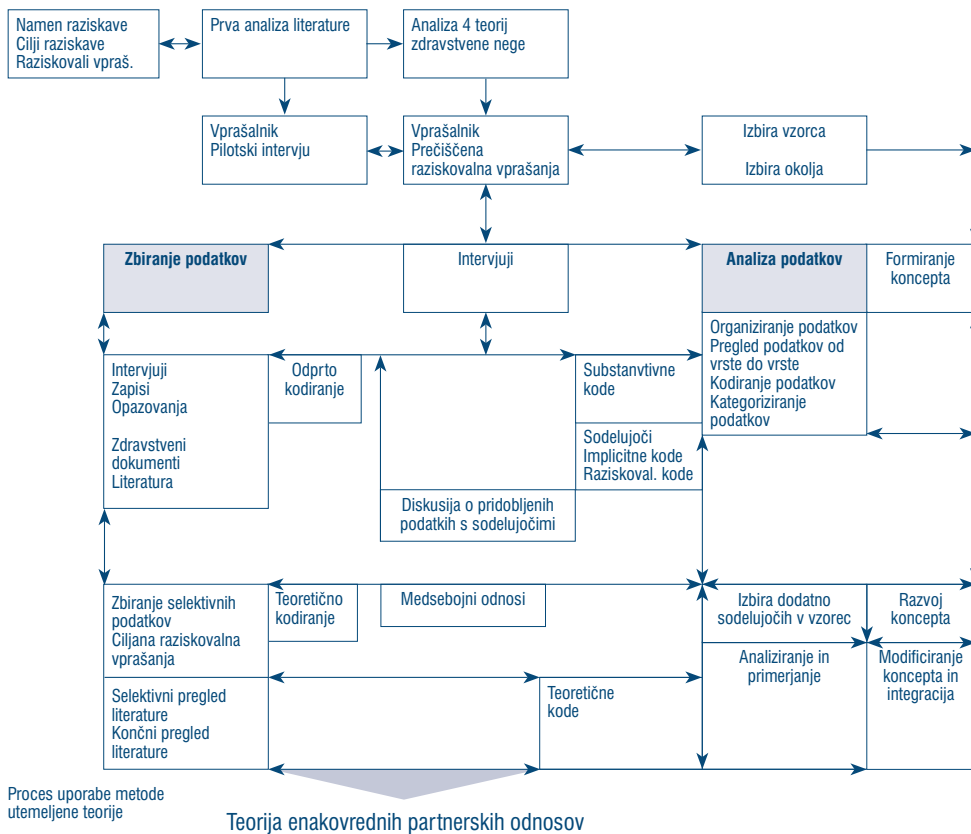
**Slika 3:** Osnovna struktura zdravstvene nege (Pajnkihar, 2003)

Kvantitativno in kvalitativno raziskovanje, njuna medsebojna povezanost in dopolnjevanje imata za cilj pridobivanje novih znanj. Na interpretativni paradigmi osnovano raziskovanje, dovoljuje vključevanje vseh tipov vedenja in znanja (etika, estetika in osebno znanje), potrebnega za kompleksno delo v zdravstveni negi. V Sloveniji še vedno prevladuje pozitivistična paradigma s kvantitativno metodologijo v raziskovanju zdravstvene nege. Izbor paradigme, metodologije in metod izhaja iz potreb vsake raziskave in je raziskovalna in moralna odločitev raziskovalca. Vpliva pa tudi osebna pripadnost raziskovalca posamezni metodi.

### 3. Metoda utemeljene teorije

Metodo utemeljene teorije sta na področju družboslovja razvila sociologa Glaser in Strauss (1978), vendar pa Holloway in Wheeler (1996) in Carpenter (1999) zatrjujejo, da jo je možno uporabiti na katerem koli področju preučevanja. Nekateri avtorji, kot sta Strauss in Corbin (1990), pa trdijo, da ima ta metoda obenem tudi razlagalno moč. Carpenter (1999) ter Morse in Field (1996) verjamejo, da gre za prispevek k razvoju teorij zdravstvene nege srednjega obsega. Wimpenny in Gas (2000) razlagata, da je ključni cilj metode utemeljene teorije generiranje nove teorije. Glaser in Strauss (1967) navajata, da je rezultat lahko formalna ali vsebinska teorija. Raziskovalni proces in pogoji raziskave sta zahtevala modificiranje metode utemeljene teorije. Spremembe metode utemeljene teorije uporabljene v procesu raziskovanja so prikazane v sliki 4.

Pomemben del zbiranja podatkov v raziskavi je bila analiza dokumentov s področja zdravstva in zdravstvene nege v slovenskem zdravstvenem okolju. Pred pričetkom raziskave je bila opravljena podrobna analiza teorij D. Orem, J. Watson, H. Peplau, Biomedicinski model in konceptualni model V. Henderson. V ta namen so bili izdelani kriteriji za vrednotenje teorij glede na teoretike McKenna, Wilson ter Walker in Avant.



Slika 4: Proces uporabe metode utemeljene teorije (Pajnikihar, 2003)

### 3.1 Metodologija dela

Izbrana je bila interpretativna paradigma s kvalitativno metodologijo in metodo utemeljene teorije.

#### Raziskovalna vprašanja

- Ali lahko medicinske sestre v Sloveniji opišejo model(e), ki jih uporabljajo v zdravstveni negi?
- Kateri modeli so uporabni za prakso zdravstvene nege v Sloveniji?
- Ali je možno opisati teoretično ogrodje za zdravstveno nego v Sloveniji?



Vsa vprašanja je bilo moč postaviti in opredeliti na epistemološki in ontološki podlagi teoretičnih in praktičnih izkušenj.

#### **Temeljni cilji**

- Izbrati štiri velike teorije in jih analizirati v kontekstu njihove uporabe v slovenski zdravstveni negi;
- Opisati kateri deli od štirih analiziranih teorij imajo uporabno vrednost za zdravstveno nego v Sloveniji;
- Opisati težave in prednosti prenosa teorije v prakso;
- Opisati kriterije za analizo teorije in aplikacijo teorije zdravstvene nege v praksi in izobraževanju zdravstvene nege;
- Opisati teorijo, ki bi lahko imela možnost za uspešno prakso in izobraževanje zdravstvene nege.

#### **Pilotsko delo**

Pilotski intervjuji so bili izvedeni najprej z medicinskimi sestrami v Sloveniji in kasneje še s pomembnimi raziskovalci in profesorji zdravstvene nege v Manchestru.

#### **Izbor vzorca – vzorčenje**

Vzorčenje je potekalo po osnovnem kriteriju, saj so bili vsi sodelujoči v raziskavi izbrani na podlagi profesionalnega ugleda, znanja in izkušenj za osvetlitev tematike pri razvoju zdravstvene nege v slovenskem zdravstvenem okolju.

#### **Obdelava podatkov**

Podlaga za analizo podatkov so bila dela avtorjev Morse in Field (1996), Morse (1991) Glaser in Straus (1967) ter Wilson in Butterworth (1998).

#### **Striktност (rigour), natančnost raziskave**

Nekateri vidnejši raziskovalci, na primer Denzin in Lincoln (2000), Sandelowski (1986), Sandelowski (1993), Lincoln in Guba (1985), Wilson in Butterworth (1998), Morse in Field (1996), Streubert in Carpenter (1999) ter Koch (1994) obravnavajo pomembnost striktnosti oz. natančnosti v kvalitativnem raziskovanju in predlagajo nadomestne termine za opis.

## **4. Rezultati iz raziskave**

Zdravstvena nega se mora opreti na trdno jedro edinstvenega znanja, ki ga okvirjajo teorije zdravstvene nege za učinkovito zadovoljevanje spreminjajočih se celovitih potreb posameznikov in družbe, ki ji je tudi namenjena. Praksa in izobraževanje v zdravstveni negi sta bila v Sloveniji – enako kot v drugih državah po svetu – dolga desetletja osnovana na bio-medicinskem modelu. Razlika je samo v časovnem obdobju, kdaj so medicinske sestre in pacienti prepoznali neustreznost tega modela za učinkovite medsebojne odnose in učinkovito prakso.

**Osnovo za dobre medsebojne odnose prestavlja učinkovita besedna in nebesedna komunikacija, ki sta vselej rezultat prizadevanja medicinske sestre in pacienta. Komunikacija je kompleksna aktivnost v interakciji in zajema inter- in intrapersonalne elemente.**

Izbrana teorija v zdravstveni negi mora zagotavljati osnovo za dobro komunikacijo in razvijanje medsebojnih odnosov. Pri tem je pomembno razumevanje človeka in njegovega vedenja. Vzpostavljeni humani medsebojni odnosi omogočajo priznavanje vrednot posameznika in dopuščajo pravico pacienta do sprejemanja lastnih odločitev, kar mu olajša obdobje bolezni. Razvijanje takšnih odnosov ne zahteva le dobro organizirane in na znanstvenih dokazih osnovane prakse, temveč predstavlja predvsem visoko moralen, human, skrben in nesebičen pristop do soljudi.

Medsebojni odnosi so za optimalno in reflektivno profesionalno zdravstveno nego ključnega pomena. V procesu zdravstvene nege je osnovno prepričanje, da je posameznik integrirana celota psiholoških, duhovnih, intelektualnih, bioloških in socio-kulturnih komponent. Sundeen idr. (1998) navajajo, da vrednote in karakteristike posameznikov izhajajo iz njihovih interakcij s socialnim in fizičnim okoljem. Dinamika posameznika je odvisna od njega samega in vzpodbud iz okolja, na katere se posameznik odziva. Opisani so tudi ostali koncepte metaparadigme.

Morse (1991) opisuje odnos med medicinsko sestro in pacientom kot "rezultat prikritih interaktivnih pogajanj ali posrednega medsebojnega delovanja partnerjev v odnosu", ki je medsebojno odvisen proces. Poseben poudarek je na moralno-etični dimenziji. Medtem pa se v medsebojnih odnosih Carper (1979) osredinja na vzajemna pričakovanja; Curtin (1979) izpostavlja humanost, potrebe in človekove pravice; Watson (1999) poudarja, da v odnosu pomoči in zaupanja odsevata toplina ter spoštovanje; Pajnkihar (2003) pa izpostavlja humanost in spoštovanje človekovega dostojanstva. Peplau (1952), Morse (1991), Northouse (1997), Watson (1999) in Pajnkihar (2003) razčlenjujejo proces vzpostavljanja medsebojnih partnerskih odnosov v različne stopnje in ga pogojujejo s številnimi dejavniki, kot so osebne značilnosti pacientov in medicinskih sester, njihova pričakovanja, življenjske izkušnje, znanje, spretnosti in zavezanost medicinskih sester pacientom in zdravstveni negi.

Glede na literaturo in izvedeno raziskavo medsebojni partnerski odnosi zajemajo elemente znanosti in umetnosti. V tem kontekstu se izraz umetnost nanaša na psihološke, sociološke, duhovne in druge poteze, ki podpirajo human, senzitiv, spoštljiv, empatičen, zaupen in enakopraven partnerski odnos. Pacienti so vključeni kot enakovredni partnerji, ki so z informiranjem in omogočenim dostopom do znanja, spretnosti in pomoči usposobljeni za sprejemanje lastnih odločitev v smeri odgovornosti in avtonomije. Izraz znanost se nanaša na teoretično in praktično znanje, osnovano na raziskovanju. Znanstvena spoznanja znotraj teorij zdravstvene nege ponujajo medicinskim sestram znanje o holistični in humani praksi zdravstvene nege, ki lahko pomaga pacientom in njihovim družinam pri zaznavanju potreb in identifikaciji njihovih dejanskih in potencialnih problemov. Poleg tega ponuja znanstvena osnova medicinskim sestram znanje za varno in učinkovito izvajanje intervencij v okviru diagnostično-terapevtskega programa ter osnovo za enakopravno partnerstvo v zdravstvenem

timu. Razen znanosti in umetnosti zdravstvene nege zajema medsebojni partnerski odnos tudi moralno in etično znanje ter angažiranje na osebni ravni (Pajnikihar, 2003). Temeljni elemente enakovrednega medsebojnega partnerskega odnosa, ki se medsebojno prepletajo in dopolnjujejo so: spoštovanje, dostojanstvo, zaupanje, empatija, avtonomija pacienta, informiranje pacienta in sprejemanje odločitev.

## 5. Sklep

Cilji v raziskavi so bili večji del doseženi. Potrebno je nadaljnjo raziskovanje za opis kriterijev za aplikacijo teorije v prakso. Rezultati raziskave so pokazali, da medicinske sestre potrebujejo in želijo teorije za delo v praksi. Pomembno so izpostavile, da želijo teorijo, ki bo enostavna, razumljiva in bo pacienta postavila v središče obravnave kot enakovrednega partnerja ter bo dajala jasne smeri v praksi. Raziskava je omogočila opis enakovrednega medsebojnega partnerskega odnosa, proces vzpostavljanja partnerskega odnosa ter opis konceptov metaparadigme. Potrebno je vzpostaviti medsebojne povezave oz. propozicije med koncepti ter teorijo predstaviti v diagramu.

## 6. Literatura:

1. Burns, N., Grove, S. K. (2001). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique, & Utilisation*. 4<sup>th</sup> edition. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
2. Carpenter, D R (1999). *Ethical Requirements in Qualitative Research*. IN: H J Streubert, D R Carpenter (eds.) *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Lippincott.
3. Carper, B. A. (1979). *The Ethics of Caring*. *Adv Nurs Sci*. Aspen Systems Corporation:11–19.
4. Curtin, L. L. (1979). *The Nurse as Advocate: A Philosophical Foundation for Nursing*. *Advanced Nursing Science*. Aspen Systems Corporations: 1–10.
6. Denzin, N K, Lincoln, YS (2000). *Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research*. IN: N K Denzin, Y S Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative research*. 2<sup>nd</sup> edition. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, Inc.
7. Fawcett, J (1995). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.
8. Glaser, B G, Strauss, A L (1967). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. London: Weidenfeld and Nicolson.
9. Holloway, I, Wheeler, S (1996). *Qualitative research for nurses*. London:Blackwell Science Ltd.
10. Im, E O, Meleis, A I (1999). *Situation - Specific Theories: Philosophical Roots, Properties, and Approach*. *Adv Nurs Sci*. 22 (2): 11-24.
11. Koch, T (1994). *Establish rigor in qualitative research: the decision trial*. *Journal of Advanced Nursing*. 19: 976-986.

12. Lincoln, YS, Guba, EG (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- 13.. Mc Kenna, H P (1997). *Nursing Theories and Models*. Routledge Essentials for Nurses. Padstow, Cornwall: TJ Press International, LTD.
- 14.. Meleis, A I (1997). *Theoretical Nursing: Development&Progress*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott.
- 15.. Morse, J. M. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*. 16, 455–468.
16. Morse, J. M., Field, P. A. (1996). *Nursing Research. The application of qualitative approaches*. 2<sup>nd</sup> edition. Cheltenham: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
17. Northouse, L. L. (1997). *Communication and Nursing Practice*. IN. M H Oermann (ed.) *Professional Nursing Practice*. Stamford, CT: Appleton & Lange.
18. Pajnikihar, M. (2003). *Theory Development for Nursing in Slovenia*. PhD Thesis. Manchester: University of Manchester.
19. Peplau, E. H. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.
20. Polit, D. F., Hungler, B. P. (1995). *Nursing Research. Principles and Methods*. 6<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott.
21. Sandelowski, M (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*. 8 (3): 27-37.
22. Sandelowski, M (1993). Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revised. *Adv Nurs Sci*. 16 (2): 1-8.
23. Shea, F. P. (1997). *Nursing Research and Its Relationship to Practice*. IN. M H Oermann, (ed.) *Professional Nursing Practice*. Stamford: Appleton & Lange.
24. Schwirian, P. M. (1998). *Professionalization of Nursing*. 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia-New York: Lippincott.
25. Strauss, A, Corbin, J (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage.
26. Streubert, H J (1999). *Philosophy and Theory: Foundations of Qualitative Research*. IN. H J Streubert, D R Carpenter (eds.) *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Lippincott.
27. Sundeen idr. (1998). *Nurse – Client Interaction. Implementing the Nursing Process*. 6<sup>th</sup> Edition. St Luis: Mosby.
28. Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. New Yourk: National League for Nursing.
29. Wilson, K, Butterworth, T (1998). *Research Awareness. A Learning Pack for Nurses, Midwives and Health Visitors*. Manchester: School of Nursing, Midwifery and Health Visiting- The University of Manchester.
30. Wimpenny, P, Gass, J (2000). Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference?. *Journal of Advanced Nursing*. 31 (6): 1485-1492.

Sponzorji:





**ACTUAL**

**Poenostavite dan**

**ECOLAB®**

