

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**DEJAVNIKI MOTIVIRANOSTI MEDICINSKIH SESTER ZA
NADALJNJE IZOBRAŽEVANJE**

Ljubljana, april 2020

ANJA KNEZ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Anja Knez, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Dejavniki motiviranosti medicinskih sester za nadaljnje izobraževanje, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko red. prof. dr. Adriano Rejc Buhovac

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 ZDRAVSTVENA NEGA.....	4
1.1 Zdravstvena nega nekoč	8
1.2 Zdravstvena nega danes.....	12
2 FORMALNO IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER.....	15
2.1 Srednješolsko izobraževanje medicinskih sester	19
2.2 Dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje medicinskih sester.....	20
3 IZPOPOLNJEVANJE ZNANJA IN USPOSABLJANJE MEDICINSKIH SESTER	22
3.1 Spodbude za izpopolnjevanje znanja in usposabljanje	24
3.2 Ovire pri izpopolnjevanju znanja in usposabljanju.....	24
4 MOTIVACIJA PRI DELU	26
4.1 Opredelitev motivacije	26
4.2 Motivacijske teorije.....	27
4.3 Uporaba teorij pri motivaciji za izobraževanje.....	31
5 DEJAVNIKI MOTIVIRANOSTI PRI DELU	31
5.1 Delovni cilji in rezultati.....	32
5.2 Delovno okolje.....	33
5.3 Nagrade	34
5.4 Sodelovanje zaposlenih pri izvajanju medicinsko diagnostičnih in negovalnih postopkov.....	37
5.5 Komuniciranje	37
6 RAZISKAVA O DEJAVNIKIH MOTIVIRANOSTI MEDICINSKIH SESTER ZA NADALJNJE IZOBRAŽEVANJE ...	39
6.1 Cilj raziskave in raziskovalno vprašanje	39
6.2 Raziskovalne metode.....	39
6.3 Rezultati raziskave	40
7 RAZPRAVA O REZULTATIH RAZISKAVE	46
SKLEP.....	48

LITERATURA IN VIRI.....49

KAZALO TABEL

Tabela 1: Formalno izobraževanje diplomiranih medicinskih sester v državah članicah EU	16
Tabela 2: Število dijakov, ki so se vpisali v prvi letnik srednjih zdravstvenih šol, in število dijakov, ki so uspešno zaključili štiri letno šolanje s poklicno maturo v RS v obdobju 2014-2019	20
Tabela 3: Število vpisanih študentov v prvi letnik 1. in 2. stopnje študija Zdravstvene nege ter število diplomantov in število magistrantov v letih 2014-2019.....	22
Tabela 4: Spol anketirancev	40

KAZALO SLIK

Slika 1: Delež prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP Slovenije od leta 2009 do leta 2018.....	13
Slika 2: Mehanizem motiviranja	27
Slika 3: Starostna struktura anketirancev (v %)	40
Slika 4: Delovna doba anketirancev v zdravstveni organizaciji	41
Slika 5: Kako delovna organizacija, sodelavci in vodilni vplivajo na odločitev anketirancev o nadaljnjem izobraževanju.....	42
Slika 6: Individualni dejavniki motiviranosti pri anketirancih, ki so vplivali na odločitev za nadaljnje izobraževanje	43
Slika 7: Viri plačevanja šolnine anketiranih študentov (v %).....	44
Slika 8: Neposredni odnos nadrejenega do izobraževanja anketiranca.....	44
Slika 9: Pričakovana sprememba plačilnega razreda po končanju študija (v %).....	45
Slika 10: Pričakovano napredovanje po hierarhični lestvici po končanju študija (v %)...	45

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Anketni vprašalnik.....	2
------------------------------------	---

SEZNAM KRATIC

angl. – angleško

BDP – bruto domači proizvod

ECTS – (angl. European Credit Transfer and Accumulation System); Merilo za kreditno vrednotenje študijskih programov po evropskem prenosnem kreditnem sistemu

EFN – (angl. European Federation of Nurses Association); Evropska federacija združenj medicinskih sester

EU – Evropska unija

ICN – (angl. International council of nursing); Mednarodna zveza društev medicinskih sester

KPJS – Kolektivna pogodba za javni sektor

RS – Republika Slovenija

Ur. l. – Uradni list

URS – Ustava Republike Slovenije

WHO – (angl. World Health Organization); Svetovna zdravstvena organizacija

ZSPJS – Zakon o sistemu plač v javnem sektorju

ZSV – Zakon o socialnem varstvu

ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Republike Slovenije

UVOD

Medicina spada med tiste panoge, v katerih se tehnologije in metode dela nenehno izboljšujejo. Zato se tudi procesi vse bolj spreminjajo. Danes medicinska znanost in znanosti, ki so tesno povezane z njo (mikrobiologija, elektronika idr.), tako hitro napredujejo, da so zdravstveni delavci že skorajda prisiljeni v nenehno izpopolnjevanje znanja in usposabljanje. Izredno hitre spremembe od nas zahtevajo, da se učimo vse življenje (Kvas, 2003, str. 23). V zdravstvenem poklicu je nenehno obnavljanje in poglobljanje znanja ter drugih kompetenc bistvenega pomena, saj sicer ni mogoče dobro in strokovno delovati.

V Sloveniji ni učnih programov, ki bi že na fakultetah učili potencialne vodje zdravstvenih timov, kako dobro voditi ljudi, kako jih motivirati, kako reševati konflikte in kako se nanje odzivati. Takšna znanja in veščine posameznik razvije šele skozi karierno pot, če sploh, saj na to vpliva tudi osebnost vodje in samoiniciativnost. Bohinc (1997, str. 248) pravi, da vodenje javnih zdravstvenih zavodov postaja v novih družbenih razmerah vedno težje in zahtevnejše. Pravi tudi, da so za učinkovito vodenje javnih zdravstvenih zavodov potrebni usposobljeni managerji, torej ljudje, ki imajo ustrezna znanja ter poznajo in obvladujejo potrebne veščine dobrega timskega sodelovanja, komuniciranja, gospodarjenja in drugih aktivnosti. Potreba po ustreznem šolanju in dodatnem izpopolnjevanju znanja ter usposabljanju vodilnih kadrov v zdravstvu v Sloveniji je že dalj časa močno prisotna, zlasti ob dejstvu, da je na vodilnih in vodstvenih mestih pretežno kader z medicinsko oziroma zdravstveno predizobrazbo, ki pa žal v večini nima izkušenj s kadrovskim ali ekonomskim managementom.

Leta 2007 je v Sloveniji začel veljati Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (Pravilnik), Ur. l. RS, št. 24/2007. Ta v 2. členu govori, da dobijo izvajalci zdravstvene in babiške nege ob končanju šolanja in opravljenem zaključnem izpitu licenco, ki je javna listina in dokazuje strokovno usposobljenost diplomirane medicinske sestre, diplomiranega zdravstvenika, diplomirane babice, diplomiranega babičarja za samostojno opravljanje dejavnosti zdravstvene in babiške nege v Republiki Sloveniji. V 3. in 7. členu Pravilnik govori, da se licenca izda za obdobje 7 let in da se po preteku 7 let izvajalcu licenca podaljša ponovno 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 znanja. Za podaljšanje licence mora diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik, diplomirana babica, diplomirani babičar, višja medicinska sestra, višji zdravstveni tehnik in višji medicinski tehnik v preteklem licenčnem obdobju zbrati najmanj 70 licenčnih točk. 11. člen Pravilnika navaja, da so z različnimi licenčnimi točkami ovrednotena predavanja, v katere se zdravstveni delavci vključujejo aktivno, kot predavatelji ali pasivno kot poslušalci, objava strokovnega prispevka v strokovni literaturi (npr. reviji, zborniku, knjigi, monografiji) in izpopolnjevanja v zdravstvenih in drugih organizacijah. Vsaj 80 odstotkov licenčnih točk mora izvajalec pridobiti na svojem strokovnem področju na osnovi stalnega izpopolnjevanja znanja. Obvezna predavanja, ki jih mora obvezno

opraviti vsaka diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik, diplomirana babica, diplomirani babičar, višja medicinska sestra, višji zdravstveni tehnik in višji medicinski tehnik, so: poklicna etika v praksi zdravstvene in babiške nege, kakovost in varnost v zdravstvu, zakonodaja v zdravstvu in temeljni postopki oživljanja. Vsako od teh predavanj se zaključi s preverjanjem znanja, ki ga je udeleženec pridobil tisti dan na predavanjih. Če izvajalec ne pridobi potrebnega števila licenčnih točk za podaljšanje licence, mora opraviti preizkus strokovne usposobljenosti, ki ga predpiše Zbornica zdravstvene nege Slovenije – zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Iz tega razberemo, da se zdravstveni delavci niso dolžni izobraževati le po etičnem kodeksu, temveč jim to določa tudi zakon oziroma kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi.

Na začetku leta mora vsaka delovna organizacija v zdravstvu oddati plan izobraževanj za zdravstvene delavce, na podlagi katerega se pridobi denar za izobraževanje, čeprav urnik vseh izobraževanj skozi vse leto še ni objavljen. Tako morajo vodje »na pamet« oz. iz predvidevanj predlagati, koliko jih bo šlo na izobraževanje. V manjših organizacijah je to lažje izvedljivo kot na velikih oddelkih. Velikokrat se namreč zgodi, da sredi leta objavijo za posameznika zanimivo predavanje, ki bi mu pripomogla v osebni rasti ali koristila za delo v organizaciji, a ker to predavanje ni bilo v planu na začetku leta, za njega ni denarja. Torej si more posameznik, če se želi vseeno udeležiti predavanja, plačati predavanje sam ali sam poiskati sponzorja, ki bi mu plačal izobraževanje.

Osnovna plača javnega uslužbenca je določena s plačilnim razredom v plačilni lestvici po Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS), Ur. l. RS, št. 110/2006 – uradno prečiščeno besedilo, 1/2007 in 57/2007. 32. člen in 33. člen ZSPJS govorita, da se del plače za redno delovno uspešnost javnemu uslužbencu določi na podlagi kriterijev, kot so znanje in strokovnost, kakovost in natančnost, odnos do dela in delovnih sredstev, obseg in učinkovitost dela ter inovativnost. Vsak kriterij je ovrednoten z 1 točko, ki pomeni doseganje nadpovprečnih delovnih rezultatov. Seštevek točk, ki jih doseže javni uslužbenec, je podlaga za določitev višine njegove plače za redno delovno uspešnost. Tako vidimo, da so se zdravstveni delavci prisiljeni izobraževati zaradi licenčnih točk in zaradi ocenjevanja delovne uspešnosti, finančnih sredstev pa ni.

Med omejitvenimi dejavniki izobraževanja zdravstvenih delavcev se pojavljajo omejena razpoložljiva finančna sredstva, hkrati pa tudi relativno dragi in težje dostopni zunanji viri strokovnega znanja. Veliko simpozijev in kongresov zunaj Slovenije je za večino zdravstvenih delavcev nedostopnih. V kolektivih je pogosto prisoten občutek, 'da nekateri vedno dobijo odgovor DA in drugi vedno NE', čeprav je želja po izobraževanju pri vseh lahko enaka. Na tem področju se torej kaže izrazito nasprotje med zahtevami po nenehnem vzdrževanju strokovnosti medicinskih sester ter dejanskimi zmožnostmi organiziranega izpopolnjevanja znanja in usposabljanja za dosego le-tega. Tudi razlik med medicinskimi sestrami, ki vlagajo svoja finančna sredstva v izobraževanje zunaj delovne organizacije, in tistimi, ki se izobražujejo zgolj zaradi zahtev po doseganju licenčnih točk, ni. Ni stimulacije/nagrade za tiste, ki se izobražujejo same, ki same želijo prispevati pridobljeno

znanje za večjo kakovost dela na delovnem mestu. Ni tudi prav, da so za pridobivanje licenčnih točk primorani izobraževati se samo diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik, diplomirana babica, diplomirani babičar, višja medicinska sestra, višji zdravstveni tehnik in višji medicinski tehnik, medtem ko srednja medicinska sestra, srednji zdravstveni tehnik ne. Ker je finančnih sredstev malo, se daje prednost tistim, ki morajo doseči 70 licenčnih točk v sedmih letih.

Pomanjkanje kadrov v zdravstveni negi in trend v zmanjševanju zaposlovanja še poslabšujeta stanje, hkrati večanje obremenjenosti zaposlenih in zahtev po izpopolnjevanju znanja na področju zdravstvene nege pa lahko vodita do nezadovoljstva s kariero. To posledično povzroča, da medicinske sestre vedno manj doživljajo zdravstveno nego kot profesionalno disciplino, da se razvijajo slabši odnosi med medicinsko sestro in bolnikom, in da zdravstvenim delavcem preti upad ponosa biti zaposlen v zdravstveni negi. Nezadovoljstvo s kariero v zdravstveni negi se kaže tudi tako, da medicinske sestre ne spodbujajo mladih za tovrstni poklic (Ramšak Pajk & Rajkovič, 2004, str. 24).

Poleg doslej omenjenih mankov motivacijskih dejavnikov je za medicinske sestre v Evropi in pri nas značilno še pomanjkanje moči pri odločanju o zdravstvenem varstvu na vseh ravneh. Malo moči in vplivanja imajo tako na ravni zdravstvenega tima kot na državni ravni pri sprejemanju strategij in planov ter delitvi sredstev v okviru ministrstev za zdravstvo. Dejansko pa več kot 90 odstotkov vseh pripadnic zdravstvenega poklica predstavljajo ženske. Poleg tega ima zdravstvena nega značilnosti drugih »ženskih« poklicev: nizka plača, nizek status, slabe delovne razmere, majhna možnost napredovanja in slaba izobrazba (Ramšak Pajk & Rajkovič, 2004, str. 24).

Kot vidimo, se problematika izobraževanja in želja vseh zdravstvenih delavcev po novih znanjih in po odgovornosti zelo prepleta s financiranjem izobraževanj in zapleta z dejstvom, da čeprav zdravstveni delavec doseže neko stopnjo znanja, ne napreduje nujno po hierarhični lestvici ali v višji plačilni razred.

Namen magistrskega dela je vplivati na politiko financiranja formalnega izobraževanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (v nadaljevanju tudi zdravstveni delavci), da bi bilo vsakemu omogočeno izobraževanje glede na to, da jih k strokovnemu izobraževanju zavezuje tudi zakon.

Cilj magistrskega dela je ugotoviti, kateri dejavniki motivirajo zdravstvene delavce k izobraževanju glede na to, da pogosto s tem ne napredujejo ne po plačilnih razredih in ne po hierarhični lestvici.

Raziskovalno vprašanje je »Ali med zdravstvenimi delavci v Sloveniji prevladujejo pozitivni dejavniki motiviranosti za izobraževanje?«

V magistrskem delu sem uporabila empirično metodo, in sicer sem anketirala podiplomske študente zdravstvene nege, ki so že zaposleni v zdravstvenih organizacijah. Z anketnim

vprašalnikom sem ugotavljala, kako se počutijo na delovnem mestu, ali lahko svoje znanje delijo znotraj delovne organizacije, kaj jih motivira k izobraževanju, kako si plačujejo študij, ali jih v njihovi delovni organizaciji podpirajo pri študiju in ali se jim bo po končanem študiju spremenil status v delovni organizaciji.

Struktura magistrskega dela je sestavljena iz šestih poglavij, uvoda in sklepa. V prvem poglavju predstavim, s katerimi zakonskimi akti je podprta zdravstvena nega. Opišem razvoj zdravstvene nege skozi različna zgodovinska obdobja vse do danes. V drugem poglavju opišem, kakšno je formalno izobraževanje medicinskih sester od vpisa v srednjo zdravstveno šolo do dodiplomskega izobraževanja na fakultetah. V tem poglavju prav tako opišem primerjavo z drugimi državami v Evropi. V tretjem poglavju predstavim, kakšno je izpopolnjevanje znanja in usposabljanje medicinskih sester v Republiki Sloveniji. V tem poglavju opišem, kakšne so teoretične spodbude in omejitve zdravstvenih delavcev za izobraževanje. V četrtem poglavju teoretično opredelim pojem motivacija, naštejem različne teorije motivacije in kako se uporabljajo teorije za motivacijo za izobraževanje pri zaposlenih. V petem poglavju naštejem motivacijske dejavnike, ki vplivajo na zdravstvene delavce. V zadnjem, šestem poglavju magistrskega dela, predstavim svojo raziskavo in njene rezultate s slikami in tabelami. Magistrsko delo zaključim s sklepom, v katerem povzamem bistvene ugotovitve dela.

1 ZDRAVSTVENA NEGA

Ustava je najvišji splošni pravni akt, s katerim država predpiše splošna načela ter oblike politične in družbene ureditve. Vsak zakon, uredba in predpis mora biti v skladu z ustavo.

Ustava Republike Slovenije (URS-1), Ur. l. RS, št. 33/1991, se na področju zdravstva v svojih členih sklicuje na:

- nedotakljivost človekovega življenja (v Sloveniji ni smrtne kazni),
- prepoved mučenja (prepovedano je človeka mučiti, nečloveško ali ponižajoče z njim ravnati ter na človeku delati medicinske ali druge znanstvene poskuse brez njegove svobodne privolitve),
- pravica do osebnega dostojanstva in varnosti,
- pravica do zasebnosti in zasebnostnih pravic,
- varstvo osebnih podatkov,
- svoboda vesti (izpovedovanje vere in drugih opredelitev je v zasebnem in javnem življenju svobodno. Starši imajo pravico, da v skladu s svojim prepričanjem otroke vzgajajo in usmerjajo v verskem duhu),
- pravica do ugovora vesti,
- pravica do zdravstvenega varstva (nikogar ne moremo prisiliti v zdravljenje, razen v primerih, ki jih določa zakon),
- pravice invalidov (zagotovljeno varstvo in usposabljanje za delo),

- svobodno odločanje o rojstvih otrok,
- pravice otrok (otroci uživajo posebno varstvo in skrb).

Zdravstvena nega in njeni izvajalci so neposredno in posredno imenovani v treh glavnih zakonskih aktih, ki opredeljujejo dejavnost zdravstva:

- **Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju RS (ZZVZZ-1)**, Ur. l. RS, št. 9/1992, v svojih členih ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter ureja uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva. Vsakdo ima pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnosti skrbeti zase ter nihče ne sme ogroziti zdravja drugih. Ta zakon tudi določa v svojih členih, da je vsak dolžan nuditi pomoč poškodovanemu ali bolnemu v nujnem primeru po svojih najboljših močeh in sposobnostih ter omogočiti dostop do nujne medicinske pomoči. RS na področju zdravstvenega varstva uresničuje svoje naloge s tem, da načrtuje zdravstveno varstvo in določa strategijo razvoja zdravstvenega varstva, da sprejema predpise in ukrepe za krepitev in varovanja zdravja, zagotavlja pogoje za ozaveščanje ljudi, z ukrepi davčne in gospodarske reforme spodbuja k zdravemu načinu življenja, zagotavlja finančna sredstva za izvajanje teh reform.

S tem zakonom se je ustanovil Svet za zdravje, ki spremlja vplive okolja in življenjskih navad na zdravstveno stanje prebivalstva ter določa primerne ukrepe, predlaga ukrepe za spodbujanje proizvodnje in uporabe zdrave prehrane, predlaga ukrepe za zmanjševanje zdravju škodljivih razvad.

Iz proračuna RS se izvajajo ukrepi za humanitarne dejavnosti, zbiranje krvi, celic, tkiv ter organov za izmenjavo, spremljanje in proučevanje pojavnosti nalezljivih bolezni, spodbujanje mednarodnega sodelovanja na področju javnega zdravja.

Po tem zakonu zdravstveni delavci izjavajo preventivno dejavnost na nivoju zdravstvenega varstva.

- **Zakon o zdravstveni dejavnosti RS (ZZDej-1)**, Ur. l. RS, št. 9/1992, obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih izvajajo zdravstveni delavci oz. zdravstveni sodelavci in sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov ter poškodovancev. Dejavnost se izvaja na primarni (osnovna zdravstvena dejavnost in lekarniška dejavnost), sekundarni (specialistične ambulate in bolnišnična dejavnost) in terciarni ravni (na nivojih klinik, kliničnih inštitutov, kliničnih oddelkov in drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov).

V tem zakonu je v 64. členu zapisano tudi, da smejo zdravstveno dejavnost opravljati zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci (razen zdravnikov), ki imajo opravljeno pripravništvo, ki traja šest mesecev in na koncu opravljen strokovni izpit.

Strokovni izpit lahko zdravniki in zobozdravniki opravijo kadarkoli v času sekundariata, ne prej ko po preteku šestmesečnega uposabljanja. Izpit je iz urgentne medicine in poznavanja predpisov zdravstvenega varstva.

- **Zakon o socialnem varstvu RS (ZSV-1)**, Ur. l. RS, št. 54/1992, obsega preprečevanje in reševanje socialne problematike posameznika, družine in skupine prebivalstva. Dejavnosti, ki so potrebne za delovanje in razvoj sistema socialnega varstva, obsegajo vzpostavitev, vzdrževanje in razvijanje zbirk podatkov s področja socialnega varstva in informacijski sistem, raziskovalne dejavnosti, eksperimentalne in razvojne programe, izobraževanje in usposabljanje kadrov po programih, ki ustrezajo potrebam dejavnosti in mednarodnim standardom, načrtovanje in spremljanje socialne in socialno varstvene politike ter razvoj stroke.

Država skrbi z zakoni za preprečevanje socialno varstvene ogroženosti zlasti z ukrepi na področju davčne politike, zaposlovanja in dela, štipendijske politike, družinske politike, zdravstva, vzgoje in izobraževanja.

Zdravstveni delavci se s svojimi ukrepi na področju socialnega varstva vključujejo v številne dejavnosti, ki so namenjene odpravljanju socialnih stisk, to so:

- prva socialna pomoč (obsega pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave),
- osebna pomoč (svetovanje, urejanje in vodenje do svetovalcev z namenom, da bi posamezniku izboljšali socialno stanje),
- podpora žrtvam kaznivih dejanj (podpora in svetovanje žrtvam kaznivih dejanj, prepoznavanje stiske upravičenca, seznanjanje in usmerjanje do pravih strokonjakov),
- pomoč družini (pomoč ob rojstvu, v primeru invalidnosti, bolezni, starosti, v primeru nesreč),
- institucionalno varstvo (obsega vse oblike pomoči v zavodu (otrok in mladostnikov z lažjo, težjo ali težko obliko telesno in duševno prizadetosti).

V Sloveniji so vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost. Vsi so pred zakonom enaki.

Po 51. členu URS ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva, ki jo določa zakon. Zakon določa pravice iz zdravstvenega varstva iz javnih sredstev. Nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon. To sta zakon o duševnem zdravju – sprejem brez privolitve in zakon o nalezljivih boleznih – izolacija je ukrep, s katerim zbolelemu za nalezljivo boleznijo omeji svobodno gibanje, kadar to lahko povzroči direkten ali indirektni prenos bolezni na druge osebe.

Za poklicno skupino zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi je treba izboljšati stanje pravnega reda. S tem bodo doseženi cilji, da bodo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi opravljali svoje poslanstvo na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti v pravnih okvirih, ki jim bodo nudili kar največjo stopnjo varnosti in tudi ustrezno mero avtonomnosti, uporabnikom zdravstvenih storitev pa največjo možno kakovost in varnost storitev zdravstvene nege in oskrbe (Ažman, 2019, str. 101).

Zaradi različnih družbenih sprememb, tako demografskih kot vedenjskih, družbenih pritiskov na večjo učinkovitosti in vse večje ozaveščenosti bolnikov, se mora zdravstvena nega nenehno prilagajati (Hajdinjak & Meglič, 2001, str. 30). Za izvajanje učinkovite in kakovostne zdravstvene nege nas obvezujejo tudi smernice in usmeritve, tako na mednarodni kot na nacionalni ravni. Pomembnejše usmeritve na mednarodni ravni, ki se nanašajo na zahtevo po kakovosti zdravstvene nege, so resolucije **Svetovne zdravstvene organizacije** (angl. World Health Organization, v nadaljevanju WHO). Ta je leta 1977 začela oblikovati strategijo »Zdravje za vse do leta 2000«, ker je ugotovila, da je razkorak med naraščajočimi stroški v zdravstvu in zdravjem ljudi vse večji. Prva resolucija govori o tem, da je treba za vse prebivalce sveta do leta 2000 doseči raven zdravja, ki bi jim omogočila socialno in ekonomsko produktivno življenje. Druga pa govori o pomembni spremembi na področju zdravstvenega varstva, kjer je treba spodbujati dejavnosti h krepitvi in ohranjanju zdravja, ne samo kot dosedaj, ki je poudarjala predvsem skrb za bolne in je bila torej usmerjena v bolezen (Hajdinjak & Meglič, 2001, str. 30).

Leta 1978 je bila v Alma-Ati sprejeta deklaracija, ki je dala odgovor na strategijo WHO (»Zdravje za vse do leta 2000«), in sicer glede tega, s kakšnimi metodami in organizacijo je mogoče to doseči. Leta 1984 je WHO sprejela 38 ciljev, s katerimi bi to strategijo uveljavili. Nove usmeritve WHO so obvezale tudi stroko zdravstvene nege in medicinske sestre, kar je bilo opredeljeno v 31. cilju: »Zagotoviti kakovost v zdravstveni negi in pripraviti standarde zdravstvene nege«. Prilagoditi je bilo treba izobraževalne programe za doseganje tega cilja, prav tako pa so bile te smernice obvezujoče za vse zdravstvene delavce, ne glede na to, na katerem področju zdravstvene nege delujejo (Hajdinjak & Meglič, 2001, str. 30).

Leta 1988 je Oddelek za zdravstveno nego pri Evropskem uradu WHO za udejanjanje nove strategije sprejel tudi priporočila, ki se nanašajo na kakovost zdravstvene nege. Poudarek so dajali predvsem na kakovost zdravstvene nege, da morajo medicinske sestre razvijati raziskovalne projekte, s katerimi bi izboljšale zdravstveno nego, da morajo biti samostojne pri organiziranju, vodenju in kadrovanju na področju zdravstvene nege in da morajo razviti informacijske sisteme, ki omogočajo prenos informacij in raziskovalnih rezultatov (Hajdinjak & Meglič, 2001, str. 30).

Leta 1991 so bile na skupščini v Ženevi članice WHO seznanjene z zamudo v doseganju ciljev »Zdravje za vse do leta 2000«, zato so realizacijo ciljev prenesle v 21. stoletje (Hajdinjak & Meglič, 2001, str. 30).

Tudi na konferenci ministrov za zdravstvo evropske regije leta 1996 v Ljubljani so v Ljubljanski listini med drugimi načeli za izvajanje zdravstvenih reform zapisali načelo, ki poudarja »kakovost zdravstvenega varstva in finančno-ekonomsko učinkovitost«.

V letu 1998 je WHO sprejela nov predlog evropske strategije pod geslom »Zdravje za vse za 21. stoletje« kot nadaljevanje prejšnje. Nova strategija je bila opredeljena v 21 ciljih. Kakovost je omenjena v 16. cilju, ki omenja »delovanje za kakovost zdravstvenega varstva«. Glavna naloga v tej novi strategiji je posvečanje večje pozornosti tako družbi kot tudi posamezniku za zdravje, po drugi strani pa racionalizacija v zdravstvu ob sočasnem zagotavljanju kakovosti (Hajdinjak & Meglič, 2001, str. 31).

Izkušnje evropskih dežel, predvsem Nizozemske, kažejo, da je za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege zelo uporaben model Norme Lang (Hajdinjak & Meglič, 2001, str. 31). Avtorica je predstavila svoj model kot neprekinjen krog dejanj v sedmih korakih, ki so namenjeni opisovanju, merjenju in spreminjanju zdravstvene nege. Ti koraki so (Hajdinjak & Meglič, 2001, str. 32) identifikacija vrednot (družbene vrednote, strokovne vrednote, znanstvena spoznanja), določitev standardov in kriterijev, izdelava metod in primerjava standardov in kriterijev s prakso zdravstvene nege, analiza rezultatov, možne poti spreminjanja, izbrana pot spreminjanja in uvajanje sprememb.

1.1 Zdravstvena nega nekoč

Virginia Henderson je leta 1958 podala definicijo Zdravstvene nege, ki jo je sprejela Mednarodna zveza društev medicinskih sester (angl. International Council of Nursing, v nadaljevanju ICN), ki je sestavljena iz treh delov (Urbančič, 1996, str. 22):

1. »Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu varovancu, družini ali skupini v vseh tistih dejavnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali k mirni smrti in ki bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjak; ima pravico pobude in nadzora.
2. Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega programa, katerega iniciator je zdravnik. Pri tem lahko medicinska sestra izvede določene postopke samostojno, po predhodnem naročilu zdravnika, lahko izvaja asistenco pri posegih, ki jih izvaja zdravnik, ali pa organizira izvedbo določenih postopkov, sama pa pri tem ne sodeluje.
3. Medicinska sestra je enakovredna članica širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe varovanca ali bolnika«.

Zgodovina razvoja zdravstvene nege sega zelo daleč. Razvoj poklica v grobem delimo na štiri obdobja (Urbančič, 1996, str. 22):

1. na intuitivno-empirično,
2. na obdobje organiziranega priučevanja,
3. na moderno in
4. sodobno obdobje.

V intuitivno-empiričnem obdobju je za ranjene in ostarele skrbela predvsem ženska, ki je ob tem vzgajala in negovala tudi otroke. Različni dogodki, ki so se zvrstili v zgodovini, pa so zahtevali večjo skrb za zdravje, za kar je bil potreben bolj organiziran pristop. Negovanje so izvajali ljudje, ki so imeli za to poseben interes, ki so se učili na poskusih in napakah. Velik poudarek so dajali tudi intuiciji, pri čemer so znanje in izkušnje izmenjevali medsebojno. Velik pomen so pripisovali tudi vračem in magiji v tesni povezavi z religijo in umetnostjo zdravljenja (Urbančič, 1996, str. 22). Žene, ki so skrbele v skupnosti za pripravo dietne prehrane družini, so opazile, da določene jedi povzročijo drisko in izzovejo bruhanje, medtem ko ima uživanje nekaterih zelišč, korenin in listov dober učinek na telo (Urbančič, 1996, str. 22).

Večina starih zapisov začetkov negovanja ne povezuje z zdravstveno nego ali medicinsko sestro. V prvotnih kulturah so verjeli, da bolezen in trpljenje povzročajo zli duhovi, ki so jih posebni zdravilci in vrači izganjali iz telesa s posebnimi obredi. Pozneje so te osebe ponekod nadomestili duhovniki (Urbančič, 1996, str. 23).

Prve korenine zdravstvene nege sicer segajo v zgodnje obdobje krščanstva, ki je zdravstveno nego vtisnilo tudi v religiozno podobo. Kristusovi apostoli so učili ljudi ljubezni in skrbi za bližnjega. Z ustanovitvijo cerkva v času krščanstva so se oblikovale tudi skupine – cerkveni redovi, katerih glavna naloga je bila skrb za bolne, revne, sirote, vdove, ostarele, sužnje in zapornike (Urbančič, 1996, str. 23).

Ženske, ki niso bile poročene ali so bile vdove, so imele prednost. To so bile diakonese v Cerkvi vzhodnorimskega cesarstva. Pomembno vlogo v zgodovini zdravstvene nege so imeli tudi hišni služabniki v bogatih družinah. Mlade ženske so hranile lačne ljudi, nagim preskrbele obleko, obiskovale so zapornike, prenočile so brezdomce, negovale so obolele in spremljale umirajoče. Diakonese so zgodnje predhodnice današnje medicinske sestre v patronažnem varstvu (Urbančič, 1996, str. 23).

V obdobju od 500–1000 so bolnike negovali redovniki ali najeti negovalci, žene prostovoljke, služabniki in družinski člani. Organizirali so samostanske bolnišnice ter gostišča in zavetišča za popotnike. Delo je še vedno temeljilo na intuiciji in na nasvetih (Urbančič, 1996, str. 23).

V tem obdobju so nastali tudi samostanski redovi mladih fantov in deklet, ki so sledili svojemu glasu in izbrali krščanski način življenja. Ksenodohije – bolnišnice, ki jih je vodila cerkev, so bile veliko bolj trajne kot bolnišnice rimskih matron, ki so propadle skupaj s svojimi upravicami. Ena prvih organizacij moških v zdravstveni negi je bila bratovščina

paraboanov. Ustanovili so bolnišnico in tudi zunaj Rima iskali ljudi, ki so bili potrebni njihove oskrbe. To so zametki dispanzerskega načina dela (Urbančič, 1996, str. 23).

V obdobju od 50–800 so ustanovili prve samostanske bolnišnice. Bogate bolnišnice so (vitezi – križarji so s seboj v red prinesli tudi svoje premoženje) slovele po svoji arhitekturi, visokem bivalnem standardu in strogi vojaški disciplini z močno hierarhijo (Urbančič, 1996, str. 24).

V letih 1500–1700 je tudi za zdravstveno nego nastopilo obdobje mračnjaštva in najnižje ravni zdravstvene nege. Bolnišnice so se spremenile v hiše groze. To je bilo sicer obdobje velikega razvoja v medicini, vendar izobraževanje za zdravstveno nego še vedno ni obstajalo. V protestantizmu in reformaciji so zaprli številne samostane in z njimi bolnišnice, ukinili so številne cerkvene redove, s čimer je prenehalo tudi delo žensk v njih. Kmetje so se selili iz podeželja v mesta, nastajale so družbene spremembe in povečala se je potreba po bolnišnicah. Veliko ljudi so te spremembe pahnile v revščino. Neurejena mesta so bila vzrok za nastanek epidemij, ki se z razvojem trgovskih poti še bolj širijo. Obdobje reformacije je močno spremenilo tudi vlogo ženske, ki je bila zdaj podrejena svojemu možu, omejena v svoji svobodi in predvsem gospodinja, katere glavna dolžnost sta bili vzreja otrok in skrb za dom (Urbančič, 1996, str. 24).

Zaradi številnih porodov in otrok ni mogla opravljati dela v bolnišnici. V bolnišnicah so tako bolne negovale prostitutke, zaporniki in alkoholiki, ki drugje niso našli dela. Bolnišnice so bile mračne, neosvetljene, slabo prezračene in slabo materialno preskrbljene. Delovni pogoji priučenih negovalcev so bili zelo slabi, saj so opravljali tudi hišna in gospodinjska dela. Prve zametke formalnega izobraževanja negovalk beležimo leta 1633, ko je bil ustanovljen negovalni red usmiljenk (Vincencij Pavelski) s programom usposabljanja, ki je zajemal dvomesečno pripravljalno dobo z učenjem pisanja in računanja, temu pa je sledila petletna praksa (Urbančič, 1996, str. 24).

V letih 1700–1860 so naredili veliko koristnega za zdravstveno nego humanisti. Pisali so o delu v bolnišnicah in jetnišnicah, kjer so se učili z opazovanjem poteka dela. Tako so izšli tudi prvi učbeniki za negovalce, vendar jih nepismene negovalke niso mogle brati, pač pa so jih brali drugi izobraženi ljudje – in med njimi je bila tudi Florence Nightingale. Leta 1836 sta v Kaiserwerthu v Nemčiji Theodor Fleidner in njegova žena Elizabeta ustanovila red sodobnih diakones in bolnišnico. Negovalci so morali biti stari do 25 let in morali so prihajati iz ugledne, poštene družine ter imeti so morali veselje do negovanja. Program usposabljanja je bil sestavljen iz dveh delov: trimesečnega pripravljalnega obdobja (nauk o zdravilih, medicinsko klinični predmeti, etika in religiozna doktrina) in iz triletna prakse, ki je bila vsebinsko določena (negovanje kirurških bolnikov, infekcijskih bolnikov) (Urbančič, 1996, str. 24).

Velike zasluge za razvoj zdravstvene nege ima v tem obdobju Florence Nightingale (1820–1910). Bila je glavna medicinska sestra v predmestju Carigrada, kjer je bila vojaška

bolnišnica v času Krimske vojne. S svojim delom je dokazala pomen zdravstvene nege za uspešno zdravljenje, saj je po njeni zaslugi smrtnost ranjenih vojakov s 40 % padla na 2 %. Opozorila je tudi na pomen dokumentiranja v zdravstveni negi. Podatke, ki jih je dobila pri svojih potovanjih po svetu, je redno zapisovala v dnevnike, beležke in jih tudi objavljala. Zahtevala je poklicno izobraževanje in preverjanje znanja za negovalke, in poslej ni mogel več vsakdo negovati bolnika. Leta 1860 je ustanovila prvo civilno šolo za medicinske sestre z natančno opisanimi kriteriji. V šoli je bilo razmerje med teorijo in prakso 10 : 90 %, preverjanje znanja so izvajali enkrat mesečno, diplom niso imeli. Po njenem zgledu je v ZDA ustanovil šolo tudi pastor Fliedner, kar je pomenilo začetek organiziranega izobraževanja za zdravstveno nego v ZDA. Opozorila je na pomen dobre organizacije dela in zahtevala, da negovalno službo vodi medicinska sestra in ne vojaški predstojnik. Opravila je pionirsko delo na področju zdravstvene statistike (Urbančič, 1996, str. 24).

Leta 1860 je ustanovila šolo za zdravstveno nego, ki se je financirala iz sklada Nightingale. To je bila prva civilna šola za medicinske sestre. Ustanovljena je bila ob Bolnišnici sv. Tomaža v Londonu. Takratne medicinske sestre – negovalke so prevezovale rane, nastavljale transfuzijo, masirale, izvajale osebno higieno slabotnim, pomagale pri operacijah, izvajale delo instrumentark, kuhale dietno hrano, opazovale in poročale o stanju bolnikov in izdelovale obvezilni material. Literatura za učenje je zajemala zapiske predavanj, učbenik za medicinske sestre, učbenik za kirurgijo, učbenik za interno medicino in anatomijo ter zapiske o zdravstveni negi (Notes of Nursing), ki jih je 1890 napisala in prvič izdala Florence Nightingale. Florence Nightingale se ni strinjala z idejo o zaključku šolanja z diplomom, temveč je verjela v permanentno strokovno izobraževanje. Tako je imela šola pravico, da je svoje medicinske sestre po končanem šolanju poklicala na nadaljnje izobraževanje. Florence Nightingale je s svojimi enakomislečimi medicinskimi sestrami naletela tudi na težave. Razvoj poklica zdravstvene nege in pridobitev pravnega statusa sta naletela na nasprotovanje nekaterih zdravnikov, ki so razvoj zdravstvene nege videli kot konkurenco in ne kot strokovni razvoj in strokovno sodelovanje. V bolnišnicah so mlade in izobražene medicinske sestre naletale na odpor in nesprejemanje starega neizobraženega osebja. Zamenjava nekvalificiranega osebja s kvalificiranim je bil dolg in težek proces (Urbančič, 1996, str. 24).

Florence Nightingale je skušala vplivati na napredek zdravstvene nege kot poklica na različne načine. Prepričana je bila, da naj bi medicinska sestra svoj čas porabila ob bolniku za negovanje, ne za čiščenje. Medicinske sestre naj bi se izobraževale celo življenje in naj bi te sposobnosti uporabljale pri izboljševanju pogojev za bolnika. Teden njenega rojstva (12. maj 1820) je razglašen za mednarodni teden bolnišnic (Urbančič, 1996, str. 24).

Po ustanovitvi šole Florence Nightingale v Angliji so se programi ZN hitro razvijali. To je pomenilo začetek izobraževanja v zdravstveni negi. Uveljavila se je tudi ideja permanentnega izobraževanja in strokovnega izpopolnjevanja ter razvoja znanstvenoraziskovalnega dela. Brez tega stroka ne napreduje dovolj. To so tudi začetki oblikovanja teorije zdravstvene nege in razvijanja metodologije zdravstvene nege (Urbančič, 1996, str. 24).

1.2 Zdravstvena nega danes

V zadnjem času so se začele dogajati precejšnje spremembe v zdravstvu, tako pri nas kot po svetu. Spreminja se odnos med družbo, zdravstvenim sistemom in bolniki. Tako družba v obliki zdravstvenih politik, trga zdravstvenih storitev, kot bolniki, okrepljeni z znanjem o bolnikovih pravicah, načenjajo do sedaj tako rekoč nedotakljiv in nevprašljiv ugled in središčnost znanstvene medicine. Zdravnik in zdravstveni sistem vedno bolj postajata predmet družbenih razprav in kritik. Pomemben razlog zato so vsekakor vse večje težave s financiranjem zdravstvenega sistema. Te težave so po eni strani odraz vedno večje tehnične dovršenosti medicine, zaradi česar postaja zdravstvena oskrba vedno dražja tako za državo kot za državljane. Po drugi strani pa so finančni problemi zdravstvenega sistema tudi odraz postopnega staranja prebivalstva v razvitem svetu (Ule, 2003, str. 244).

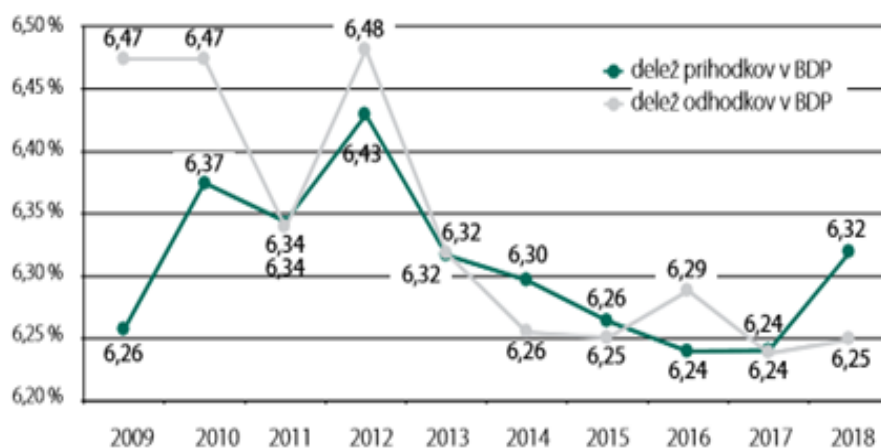
Staranje prebivalstva je posledica vsakomur dostopne dobre medicinske oskrbe in razvoja medikamentozne industrije. Posledično je zmanjšana umrljivost zaradi boljših in na široko dostopnih zdravstvenih storitev v razvitem svetu. Starejši so torej družbena skupina, ki je v domeni zdravstva. Tudi zato z demografskimi spremembami in s staranjem prebivalstva v zahodnih družbah narašča pomen zdravstva in zdravja v vsakdanjem življenju in se povečujejo stroški zdravljenja za državo (Ule, 2003, str. 244).

Večanje števila starostnikov se kaže tudi tako, da vedno več posameznikov prevzema odgovornost za svoje zdravje. K temu pripomorejo tudi mediji, internet in družbena omrežja, ki podajajo veliko informacij, kako izboljšati telesno kondicijo, kako se čim hitreje rehabilitirati, poudarjajo zdrav način življenja, zdrav način prehranjevanja, športanje, ustanavljajo se društva za šport, na trgu je možno kupiti veliko dodatkov k prehrani, ki lahko pripomorejo h krepitvi zdravja.

Gospodarski in družbeni razvoj vsepovsod po svetu beži iz okvirov državnih politik in se organizira na globalni naddržavni ravni. Pri tem pa socialne posledice tega procesa vse bolj padajo na pleča posameznih držav. Države analogno zopet »redelegirajo« socialne posledice globalizacije na še nižje lokalne ravni. Končno se velikanska teža socialnih stroškov globalizacije in modernizacije znajde na plečih posameznikov, njihovih družin in drugih ad hoc vzpostavljenih socialnih mrež (Ule, 2003, str. 245). Vsak posameznik v družbi se mora nenehno potrjevati in spopadati s konkurenco. Če tega ne more prenesti, slej ko prej pade iz konkurenčnega boja za kreativna delovna mesta, za doseganje dobrega standarda in pristane v množici tistih, ki živijo od slabo plačanih, predvsem pa neperspektivnih služb ali pa ostanejo brez dela. Tako se zniža njihov družbeni standard in posledično dostopnost do vedno več plačljivih zdravstvenih storitev in vedno več plačljivi medikamentozni terapiji. Nižji standard v državi zelo »udari po žepu« zdravstveni sistem, saj ljudje slabše skrbijo za svoje zdravje, težje so jim dostopne določene zdravstvene storitve, hitreje zbolijo, povečajo se delavci v bolniških staležih, ki »padejo« na pleča Zavoda za zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju ZZZS) in vedno več ljudi potrebuje zdravstveno oskrbo.

S slike 1 je razvidno, da je v ZZZS med letom 2009 in 2013 ter leta 2016 pritekalo dosti manj denarja od davkoplačevalcev kot preostala obdobja in ZZZS je bila primorana sprejeti finančne ukrepe, da je lahko pokrila svoje izgube. Seveda so te spremembe občutili bolniki oz. zdravstvena dejavnost v smislu dvigovanja cen zdravstvenih storitev, dvigovanja cen obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki je udaril po žepih delodajalce (ZZZS, 2019).

Slika 1: Delež prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP Slovenije od leta 2009 do leta 2018



Vir: ZZZS (2019).

Zdravje je postalo tudi pomembna potrošniška dobrina. To je posledica splošne usmeritve potrošniške družbe k telesu in telesnim potrebam ljudi. Vedno več o skrbi za zdravje, ohranjanju zdravja in preprečevanju bolezni lahko preberemo v časopisih, revijah, slišimo na televizijskih oddajah. Potrošniška družba je družba, ki je odgovorna za svoje zdravje (Ule, 2003, str. 244).

Javna zdravstvena služba se resno sooča z naraščanjem javnih izdatkov v sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja, učinkovitostjo poslovanja, predvsem pa z vse večjim prepadom med možnostmi, ki jih ponujajo sodobna medicinska znanost, zdravstvene tehnologije, in možnostmi javno finančnih virov, ki bi zadovoljevali naraščajoče zdravstvene potrebe naših ljudi. Finančni viri so torej omejeni, zato je možen le kvalitativen razvoj, katerega ključna vsebina je kakovostno izvajanje managerskih procesov (Bohinc, 1997, str. 247).

Zdravstvena nega se mora prilagoditi družbenim spremembam, zahtevam za večjo učinkovitost, predvsem pa potrebam bolnikom. Bolniki se vse bolj zavedajo svojih pravic in zahtevajo višjo kakovost zdravstvenih storitev in v okviru teh tudi višjo kakovost zdravstvene nege. Ravno zaradi vsega naštetega je izobraževanje in izpopolnjevanje znanja toliko bolj pomembno. Pomembno je, da se zdravstvena nega vključuje v vse tri ravni zdravstvene oskrbe in da daje poudarek na preventivi, na zdravem načinu življenja.

Novejše definicije opisujejo zdravstveno nego kot strokovno spretnost in znanost, ki obravnava bolnika v celoti: njegovo telo, pamet in duha. Večji poudarek se daje pomenu izobraževanja za zdravje in preventivo, skrb za bolne, tako na duševnem, psihičnem in telesnem področju. Dorothy Johnson je opisala zdravstveno nego kot disciplino, ki nudi posamezniku in skupini konkretne storitve, katerih končni cilj sta promocija in ohranjanje optimalnega zdravja, kar je možno doseči s pomočjo procesa zdravstvene nege (Urbančič, 1996, str. 22).

V svetu je bilo v letih med 1970 in 1980 vloženo veliko truda in časa v proučevanje podobe medicinske sestre. Javna podoba medicinske sestre ni samo nazadovala kot odsev sprememb v profesionalnih razmerah, ampak je prevzemala celo poniževalne poteze, ki rušijo zaupanje in spoštovanje javnosti do profesionalnosti poklica zdravstvene nege. Medicinske sestre naj bi se zamislile nad svojo negativno zmotno podobo predvsem zato, ker lahko le-ta vpliva na stališča bolnikov in na sprejemanje odločitev oblikovalcev družbenega in političnega življenja. Negativna napačna prepričanja o zdravstveni negi lahko odvrnejo številne sposobne in perspektivne medicinske sestre, ki bodo raje izbrale drugo poklicno pot, ki jim bo nudila večji ugled, status in boljše plačilo (Urbančič, 1996, str. 25).

Poleg navedenih razlogov, ki zahtevajo učinkovito in kakovostno zdravstveno nego, nas obvezujejo tudi smernice in usmeritve, tako na mednarodni kot na nacionalni ravni.

V Sloveniji žal nimamo učnih programov, ki bi potencialne vodje zdravstvenih timov že na fakultetah učili, kako dobro voditi ljudi, kako jih motivirati, kako reševati konflikte v službi in kako se na konflikte odzivati. Takšna znanja in veščine posameznik razvije šele skozi delovno prakso, če sploh, saj na to vpliva tudi osebnost vodje in samoiniciativnost. Bohinc (1997, str. 248) pravi, da vodenje javnih zdravstvenih zavodov postaja v novih družbenih razmerah vedno težje in zahtevnejše. Pravi tudi, da so za učinkovito vodenje javnih zdravstvenih zavodov potrebni usposobljeni managerji, torej ljudje, ki imajo ustrezna znanja ter poznajo in obvladujejo potrebne veščine dobrega timskega sodelovanja, komuniciranja, gospodarjenja in drugih aktivnosti. Potreba po ustreznem šolanju oziroma dodatnem usposabljanju vodilnih kadrov v zdravstvu v Sloveniji je že dalj časa močno prisotna, zlasti ob dejstvu, da je na vodilnih in vodstvenih mestih pretežno kader z medicinsko in zdravstveno predizobrazbo.

Manager načrtuje, organizira, vodi in nadzoruje delovanje organizacije na poti k zastavljenim ciljem. V svetu ima management v zdravstvu/management zdravstvene nege vedno večji pomen in vlogo, saj management zajema vodenje, organiziranje in nadzorovanje dela negovalne enote, poleg tega pa še koordiniranje dela na področju zdravstvene nege in izvajanje negovalnih in medicinsko tehničnih posegov (Požun, 2003, str. 6), ter s tem prevzema odgovornost za učinkovito, kakovostno in uspešno delovanje zdravstvene nege. V tem trenutku največji izziv, ne le za management zdravstvene nege, temveč za celotno slovensko družbo predstavlja pomanjkanje kadra v zdravstveni negi (Ažman, 2019, str. 101). Analize podatkov Slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, ki se

izvajajo od leta 1997 v okviru raziskovalnega projekta, od leta 2004 pa v okviru Ministrstva za zdravje Republike Slovenije kot najvišjega strokovnega organa na področju zdravstvene nege, kažejo na pomanjkanje kadra že od leta 2007, ko je pomanjkanje kadra izvajalcev zdravstvene nege 21,5 %, med letoma 2008 in 2013 pa 21,8 % (Ažman, 2019, str. 101). Leta 2014 kažejo podatki že 23,9 % primanjkljaj tako diplomiranih medicinskih sester kot tudi zdravstvenih tehnikov. Leta 2015 je primanjkljaj 24,9 %, 2016 pa že 25,4 % (Ažman, 2019, str. 101).

Vodilni, ki oblikujejo in vodijo politiko zdravstvene nege, bi se nad temi podatki morali resno zamisliti, kam to vodi. Zavedati se je treba, da visoko pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege vpliva na kakovost zdravstvenih storitev, varnost bolnikov in posledično na slabše izide zdravstvene obravnave. Povečanje potreb po zdravstvenem kadru izhaja iz povečanja potreb bolnikov in povečane zahtevnosti zdravstvene nege. Poleg tega zaposleni v zdravstveni negi delajo po zastarelih standardih in normativih, ki jih je nujno potrebno posodobiti (Ažman, 2019, str. 101).

Zaposleni v zdravstveni negi si želijo in si prizadevajo za pomembnejšo vlogo pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. Vizija razvoja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, ki je zapisana v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe za obdobje od 2011 do 2020, opredeljuje, da bodo izvajalci zdravstvene nege svoje znanje nenehno nadgrajevali in razvijali na dokazih temelječo zdravstveno nego in oskrbo (Ažman, 2019, str. 101).

2 FORMALNO IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER

Formalno izobraževanje človeka se začne z vključitvijo v osnovno šolo in se lahko nadaljuje s srednjo šolo in fakulteto. Je organiziran proces, s katerim pridobimo poklic. Pod pojmom formalno izobraževanje razumemo tiste vrste učenja ljudi, ki so organizirane v obliki šolskega pouka. Prednost formalnega izobraževanja je, da člani dvignejo motivacijo pri posamezniku. Med drugimi dejavniki pa se prepletajo še medsebojno izmenjavanje izkušenj, tekmovalnost, prizadevanje za ugled in samopotrjevanje (Kaučič, 2005, str. 154).

Znanje je predpogoj za razvoj zdravstvene nege. To znanje dobijo in osvojijo dijaki in študenti strokovnih šol, kar pa ne zadošča. Zaposleni v zdravstveni negi morajo to znanje dobiti v raznih oblikah formalnega in neformalnega izobraževanja. Na ta način lahko pričakujemo, da praksa sledi teoriji, da se medsebojno bogatita in vzporedno razvijata (Hoyer, 2004, str. 114).

Izobraževanje za zdravstveno nego v nekaterih državah poteka samo na poklicni ravni in ni usmerjeno v ustvarjanje novega znanja z raziskovanji. Prvi univerzitetni program za zdravstveno nego, ki še vedno poteka, so vpeljali leta 1960 na Škotskem na Univerzi v Edinburghu. V letih, ki so sledila, so bili ustanovljeni programi v Skandinaviji in v deželah Beneluxa, v Grčiji, Turčiji in Izraelu. Zgodovinsko gledano pa je bil prvi univerzitetni program ustanovljen leta 1907 na Teachers' College Univerze Columbia v New Yorku, kjer

je bila za prvo profesorico zdravstvene nege imenovana Adelaide Nutting. Ko so do leta 1910 zbrali dovolj sredstev, so na Teachers' College ustanovili oddelek za zdravstveno nego in zdravstvo, kot se je uradno imenoval (Clift, 1997, str. 198).

Kot prikazuje tabela 1, je študij za diplomirano medicinsko sestro v večini držav Evropske unije (v nadaljevanju EU) že na univerzitetni ravni. Po vseh državah povprečno traja 3–4 leta in pogoj za vpis nanj je srednješolska izobrazba. Ker je študij po državah EU prilagojen Bolonjski deklaraciji, je izmenjavanje študentov med državami toliko bolj dostopno. Države članice si prizadevajo za vzpostavitev izobraževanja zdravstvene nege v visokošolskih zavodih, vzpostavitev primerljive stopnje zdravstvene nege med državami in za medsebojno sodelovanje pri vprašanjih zagotavljanja kakovosti (Lahtinen, Leino-Kilpi, Salminen, 2020).

Lahtinen, Leino-Kilpi in Salminen (2020) predlagajo internetno bazo podatkov, ki bi vsebovala informacije o izobraževalnih programih zdravstvene nege v članicah EU. Ti podatki bi pripomogli k mobilnosti študentov zdravstvene nege, zdravstvenih delavcev in raziskovalcev med članicami EU. Pomagalo bi tudi institucijam, na primer šolam in bolnišnicam, pri dogovarjanju o izmenjavi študentov in izmenjavi evropske delovne sile. Z internetno bazo podatkov bi se lahko izmenjevale dobre izkušnje, raziskave na področju zdravstvene nege in mnenja.

Tabela 1 prikazuje raznolikost formalnega izobraževalnega sistema diplomiranih medicinskih sester znotraj držav članic EU.

Tabela 1: Formalno izobraževanje diplomiranih medicinskih sester v državah članicah EU

Država	Pogoji vpisa	Število let študija	Način študija
Anglija	Univerzitetni pogoji in minimalno 10 let šolanja	3	Univerzitetni
Avstrija	10 let šolanja	3	Univerzitetni
Belgija	Srednješolsko izobraževanje in 18 let	3	Univerzitetni
Bolgarija	Srednješolsko izobraževanje in 18 let	4	Fakultetni
Ciper		4	Univerzitetni
Češka	Srednješolska izobrazba	3	Univerzitetni
Danska	12-13 let šolanja	3,5	Univerzitetni
Estonija	Srednješolska izobrazba ali poklicna šola	3,5	Fakultetni
Finska	Srednješolska izobrazba ali poklicna šola	3,5	Politehnični
Francija	Srednješolska izobrazba ali profesionalne izkušnje	3	Univerzitetni
Grčija	Srednješolska izobrazba	4	Univerzitetni
Hrvaška	Srednješolska izobrazba	3	Politehnični
Irska	Srednješolska izobrazba in 17 let	4	Univerzitetni

se nadaljuje

Tabela 1: Formalno izobraževanje diplomiranih medicinskih sester v državah članicah EU (nad.)

Italija	Srednješolska izobrazba	3	Univerzitetni
Latva	Srednješolska izobrazba	3	Fakultetni
Litva	Minimalno 10 let splošnega izobraževanja	3	Fakultetni
		4	Univerzitetni
Luxemburg	Minimalno 10 let splošnega izobraževanja	3	Šolanje se zaključi po treh letih prakse v tujini z diplomom
Malta	Splošne univerzitetne zahteve (vključno s srednješolskim izobraževanjem)	3	Univerzitetni
Madžarska	Srednješolsko izobraževanje	3	Fakultetni
		4	Univerzitetni
Nemčija	Vsaj 10 let šolanja in 17 let	3	Univerzitetni
Nizozemska	Srednješolska izobrazba	4	Univerzitetni
Poljska	Srednješolska izobrazba	3	Univerzitetni
Portugalska	Srednješolska izobrazba	4	Politehnični
Romunija	Srednješolska izobrazba	3	Univerzitetni
Slovaška	Univerzitetni pogoji in minimalno 10 let šolanja	3	Fakultetni
		3	Univerzitetni
Slovenija	Srednješolska izobrazba	3	Fakultetni
Španija	Univerzitetni pogoji in minimalno 12 let šolanja	4	Univerzitetni
Švedska	Srednješolska izobrazba	3	Univerzitetni
		3	Univerzitetni

Vir: Lahtinena, Leino-Kilpi & Salminen (2020).

Študij v Sloveniji mora v celoti upoštevati Evropsko direktivo št. 2005/36/ES, direktivo za regularne poklice. Prvi vpis je potekal v letu 2004/2005, prvi vpis z bolonjsko prenovo od 2007/2008 naprej in upoštevana so bila priporočila mednarodnih združenj na področju izobraževanja iz zdravstvene nege (Strateške usmeritve za izobraževanje v zdravstveni negi v Sloveniji za obdobje 2010/2011–2020, 2010). V Sloveniji se je sistem izobraževanja zaradi bolonjskega procesa spremenil. Izobraževanje poteka na treh stopnjah v sklopu visokih strokovnih šol in fakultet. V letu 2007/2008 je Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru med prvimi začela izvajati študijski program 2. stopnje (magistrski študij) Zdravstvena nega, s čimer se je začela uresničevati ideja o doseganju strokovnega vrha v svoji stroki. To leto je bolonjski program za zaposlene v zdravstvenem varstvu začela izvajati tudi Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani, in sicer Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu.

Priključitev državam Evropske skupnosti pomeni odprt trg delovne sile (Ramšak Pajk & Rajkovič, 2004, str. 24). Uveljavljanje pravice do opravljanja poklica v drugi državi v praksi omogoča sistem vzajemnega priznavanja diplom in drugih poklicnih kvalifikacij, ki jo

določa zakonodaja Evropske skupnosti. S tem se odpirajo vrata poklicem, da se lahko zaposlijo kjerkoli v EU za enako ali lažje delovno mesto za dosti večjo plačo, kot je pri nas.

Ker je zdravstvena nega predvsem žensko delo, so politiki in zdravniki marsikje mnenja, da zanj zadostuje nizka stopnja izobrazbe. Takšno prepričanje izvira tudi iz mnenja, da naj bodo plače medicinskih sester nižje od plač višje kvalificiranega osebja. V deželah, kjer je prišlo do sprememb, so bile medicinske sestre dovolj enotne in glasne, da so sprožile spremembe. Obseg znanja, ki izvira iz raziskovanja in razvijanja teorije o zdravstveni negi iz preteklih petdesetih let, ter razvoj univerzitetnih programov po vsem svetu dokazujeta, da je zdravstvena nega akademska disciplina. Številni strokovni časopisi ter nacionalne in mednarodne organizacije ter konference razširjajo znanje, ki je rezultat raziskovanja v zdravstveni negi. V številnih evropskih deželah pogosto slišimo mnenje, da je za zdravstveno nego ob postelji potrebno le tehnično znanje. Vendar pa imajo medicinske sestre opraviti s človekom, to pa zahteva profesionalno in ne zgolj tehnično znanje. V nekaterih deželah, na primer v Nemčiji, so prepričani, da potrebujejo medicinske sestre managerke in profesorice zdravstvene nege višjo izobrazbo kot medicinske sestre, ki delajo ob bolnikovi postelji (Clift, 1997, str. 199). V slovenski družbi pa je poklic medicinske sestre še vedno premalo cenjen in temu primerno tudi premalo plačan poklic.

Področje izobraževanja medicinskih sester urejajo poleg EU direktive 2005/36/ES in Bolonjske deklaracije še ICN, WHO in EFN (Zbornica zdravstvene in babetne nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011).

Ažmanova (2019) navaja, da že Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020 priporoča, da ministrstvo za področje srednjega šolstva postopoma znižuje vpis v izobraževanje na srednjih strokovnih šolah in poklicnih programih, da bi se s to strategijo postopoma realizirala zastavljena piramida zaposlenih v zdravstveni negi, kjer bi večji delež zasedale diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveni tehniki, in sicer v razmerju 70 : 30. Poudarja tudi, da šolanje medicinskih sester ne sme biti statično, temveč se mora prav tako kot drugo strokovno šolstvo dinamično prilagajati družbeni rasti ter z njo vred vzporedno razvijati. Naprej razlaga, da v današnjem zdravstvenem sistemu še vedno večinski delež predstavljajo zdravstveni tehniki, bolničarji, negovalci in ne diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, saj so iz zagotavljanja ekonomske vzdržnosti cenejši. Odgovornost za večinoma srednje izobražen kader prelaga na srednji in vrhnji management zdravstvenih in tudi socialnozdravstvenih zavodov, ki morajo prevzeti odgovornost za ustrezno sestavo negovalnega tima. Prav tako poudarja, da bi morali sodobni managerji, ki so svoje znanje in sposobnosti za upravljanje in vodenje pridobili na podiplomskih študijih, imeti kompetence in znanje za dvig zdravstvene nege na višji nivo na vseh področjih delovanja.

Veliko medicinskih sester se je odločilo nadaljevati kariero v drugih, bolj plačanih panogah, ki so v družbi tudi dosti bolj cenjene.

Kot vidimo, se problematika izobraževanja in želja zdravstvenih delavcev po novih znanjih in po odgovornosti zelo prepleta s financiranjem izobraževanj in zapleta z dejstvom, da čeprav zdravstveni delavec doseže neko stopnjo znanja, ne napreduje nujno po hierarhični lestvici ali v višji plačilni razred. Kaj torej žene oziroma motivira zdravstvene delavce, da se prostovoljno izobražujejo, tudi če že vnaprej vedo, da bo izid na delovnem mestu negotov?

2.1 Srednješolsko izobraževanje medicinskih sester

Poklic medicinske sestre se v Sloveniji prvič pojavi 27. januarja 1919, ko je narodna vlada v Ljubljani izdala prvi uradni dekret o nastavitvi skrbstvene sestre, ki se je izučila na Dunaju. To je bila Angela Boškin, ki je postavila temelje stroki in poklicu medicinske sestre v Sloveniji. Imela je pionirsko vlogo na področju zdravstvene nege in bila je zaslužna za razvoj strokovnega šolstva na Slovenskem.

Izobraževanje za poklic medicinske sestre pri nas sega v leto 1923, ko se je ustanovila prva šola za medicinske sestre. Pouk je trajal eno leto, kasneje se je šolanje podaljšalo na dve leti. Leta 1931 se je začela triletna šola. Imenovala se je Šola za zaščitne sestre v Ljubljani. Leta 1949 se je šola preimenovala v Šolo za medicinske sestre v Ljubljani. Takrat se je šolanje podaljšalo na štiri leta. Do danes je šolanje za medicinske sestre doživelo številne reforme in preoblikovanja (Filej, Brečko, Skela Savič & Kaučič, 2009, str. 7).

Po drugi svetovni vojni so se ustanovljale srednje medicinske šole pod različnimi imeni. Leta 1960 so s šolsko reformo prešle z dvoletnega programa na štiriletni program šolanja za medicinske sestre. Druga šolska reforma leta 1980 je uvedla enotno izobraževanje v zdravstveni negi in s tem je bil omogočen prehod na fakultetni nivo izobraževanja (Filej, Brečko, Skela Savič & Kaučič, 2009, str. 7).

Na osnovi Zakona o poklicnem in strokovnem izobraževanju iz leta 2006 se je izoblikoval sodobni učni program, nižjega, srednjega poklicnega ter srednjega in višjega strokovnega izobraževanja. Potrebne spremembe šolskega programa so nastale zaradi lažje primerljivosti Slovenije z Evropo. Prenovil se je tudi program srednjega strokovnega izobraževanja s področja zdravstvene nege, ki omogoča vpis učencev za pridobitev poklica srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik. Omenjeni izobraževalni program je bil sprejet na Strokovnem svetu RS za poklicno in strokovno izobraževanje, Ur. l. RS, št. 53/2008.

Tabela 2 prikazuje število vpisanih dijakov v prvi letnik srednjih zdravstvenih šol v Sloveniji in število dijakov, ki so uspešno zaključili štiriletno šolanje s poklicno maturo na srednjih zdravstvenih šolah v Sloveniji.

Tabela 2: Število dijakov, ki so se vpisali v prvi letnik srednjih zdravstvenih šol, in število dijakov, ki so uspešno zaključili 4-letno šolanje s poklicno maturo v RS v obdobju 2014-2019

Postavka	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
Št. vpisanih dijakov	1092	1092	1113	1063	1016
Št. maturantov	1162	1138	1193	1154	1029

Vir: Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (2019b); Državni izpitni center (2016), Državni izpitni center (2017), Državni izpitni center (2018), Državni izpitni center (2019a) in Državni izpitni center (2019b).

Iz tabele 2 je razvidno, da vpis v srednje zdravstvene šole upada in s tem tudi število poklicnih medicinskih sester. Mladi se vse manj odločajo za nižje plačana delovna mesta, čeprav je poklic medicinske sestre zelo lep in plemenit.

Šolanje za zdravstvenega tehnika pri nas traja štiri leta in se izvaja na devetih srednjih zdravstvenih šolah, ki so locirane v različnih slovenskih mestih: v Mariboru, Ljubljani, Slovenj Gradcu, na Jesenicah, v Izoli, Celju, Murski Soboti, Novi Gorici in v Novem mestu. Šolanje za poklic medicinska sestra se je ukinilo leta 1981. Od leta 1998/1999 se zaključuje štiriletno šolanje s poklicno maturo in po uspešno opravljeni poklicni maturi pridobijo naziv tehnik zdravstvene nege.

Z opravljeno poklicno maturo lahko dijaki nadaljujejo šolanje na eni izmed univerz v Sloveniji kot redni ali izredni študij.

2.2 Dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje medicinskih sester

Dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje medicinskih sester se izvaja na eni izmed univerz v Sloveniji: Univerza v Mariboru, Univerza v Ljubljani in Univerza na Primorskem. V letu 2003 je bil reformiran študijski program v skladu z direktivami Evropske unije. Diplomanti pridobijo v skladu z zakonom o strokovnih in znanstvenih naslovih naslov diplomirana medicinska sestra oz. diplomirani zdravstvenik.

Področje izobraževanja medicinskih sester urejajo poleg direktive EU 2005/36/ES in Bolonjske deklaracije še strategije WHO, ICN in EFN (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011);

- **EU direktive:** izobraževanje traja tri leta in ima najmanj 4600 ur. Od tega najmanj 2300 ur poteka v kliničnem okolju ob mentorstvu visokošolskih učiteljev in mentorjev iz kliničnega okolja. Vsi programi so usklajeni z Bolonjsko deklaracijo, torej so mednarodno primerljivi. Nosilci izobraževanja so visokošolski učitelji iz zdravstvene nege. Praktično usposabljanje diplomiranih medicinskih sester se izvaja v kliničnih kabinetih šole, v bolnišnicah, zdravstvenih domovih in drugih zdravstvenih ustanovah.

Programi so kreditno ovrednoteni, odprti za možnost nadgradnje, predvidevajo mednarodno sodelovanje. Vsebuje minimalno deset odstotkov izbirnih vsebin, ovrednoteno je individualno delo študenta, omogočena je prehodnost med programi, študij je zaključen z diplomsko nalogo. Študij se izvaja v treh stopnjah: 1. stopnja: visoko strokovni študij, 2. stopnja: magistrski študij – strokovni magisterij, 3. stopnja: doktorski študij – doktorat stroke.

- **Bolonjska deklaracija:** program traja tri leta in ima 180 ECTS, oblikovan je modularno. Vsebuje minimalno deset odstotkov izbirnih vsebin, ovrednoteno je individualno delo študenta, omogočena je prehodnost med programi, študij je zaključen z diplomsko ali projektno nalogo. Študij se izvaja v treh stopnjah: 1. stopnja: visoko strokovni študij, 2. stopnja: magistrski študij – strokovni magisterij, 3. stopnja: doktorski študij – doktorat stroke.

- **Strategija WHO** navaja, da mora izobraževanje medicinskih sester in babic trajati najmanj tri leta, pogoji vstopa v izobraževanje morajo biti enaki kot za vstop v izobraževanje na univerzah (končana srednja šola). Študenti v času izobraževanja ne smejo biti zaposleni in morajo imeti enak status kot drugi študenti. Z uspešno zaključenim izobraževalnim programom diplomanti pridobijo ustrezno kvalifikacijo medicinske sestre/zdravstvenika. Izobraževalni program mora temeljiti na raziskovanju, kompetencah in na podatkih, študijski programi morajo biti formalno akreditirani, redno revidirani in morajo imeti uveden sistem evalvacije. Dekan, direktor, vodja šole ali oddelka za zdravstveno nego in predavatelji zdravstvene nege mora biti diplomirana medicinska sestra oz. zdravstvenik nege (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011).

- **ICN** (angl. International Council of Nurses): predpisan je okvir kompetenc v zvezi z izobraževanjem medicinskih sester, iz katerih je jasno razvidno, da je zahtevnost in obseg kompetenc lahko dosežena le z dodiplomskim visokošolskim izobraževanjem in služijo pri oblikovanju programov zdravstvene nege.

- **EFN** (angl. European Federation of Nurses Association) poudarja, da je treba pri uvajanju Bolonjskega procesa upoštevati splošne kompetence ICN za medicinske sestre, da mora biti izobraževanje za zdravstveno nego na najvišjem možnem nivoju v državi in razvito v tesnem sodelovanju z nacionalnim združenjem, ter da je treba zagotoviti kontinuiran strokovni razvoj in vseživljenjsko učenje v skladu s klasifikacijskim okvirom EU. Poudarja, da je zdravstvena nega znanost in umetnost in je tako akademska kot tudi na praksi temelječa disciplina nege.

Tabela 3 prikazuje število dodiplomskih študentov 1. stopnje, ki so se vpisali v prvi letnik visokošolskega študija, smer Zdravstvena nega. Tabela 3 prikazuje število vpisanih podiplomskih študentov 2. stopnje v študijski program Zdravstvene nege in število

študentov, ki so uspešno zaključili študij ter pridobili naziv diplomanta ali magistra zdravstvene nege, vse med šolskimi leti 2014/2015 in 2018/2019.

Tabela 3: Število vpisanih študentov v prvi letnik 1. in 2. stopnje študija Zdravstvene nege ter število diplomantov in število magistrantov v letih 2014-2019

Postavka	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
Št. vpisanih študentov v visokošolske programe	879	885	983	921	938
Diplomanti	513	602	583	563	555
Št. vpisanih študentov v magistrske programe	137	176	164	146	177
Magistranti	57	43	58	68	51

Vir: Alma Mater Europaea (2016), Alma Mater Europaea (2017), Alma Mater Europaea (2018), Alma Mater Europaea (2019) in Alma Mater Europaea (2020); Fakulteta za zdravstvene vede Maribor (2019); Zdravstvena fakulteta Ljubljana (2016), Zdravstvena fakulteta Ljubljana (2017), Zdravstvena fakulteta Ljubljana (2018), Zdravstvena fakulteta Ljubljana (2019) in Zdravstvena fakulteta Ljubljana (2020); Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (2019); Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2015), Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2016), Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2017), Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2018) in Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2019); Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec (2019); Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2015), Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2016), Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2017), Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2018) in Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2019); Fakulteta za vede o zdravju (2015), Fakulteta za vede o zdravju (2016), Fakulteta za vede o zdravju (2018), Fakulteta za vede o zdravju (2019) in Fakulteta za vede o zdravju (2020); Visoka zdravstvena šola Celje (2016), Visoka zdravstvena šola Celje (2017), Visoka zdravstvena šola Celje (2018), Visoka zdravstvena šola Celje (2019) in Visoka zdravstvena šola Celje (2020); Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (2017) in Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (2019a).

3 IZPOPOLNJEVANJE ZNANJA IN USPOSABLJANJE MEDICINSKIH SESTER

Izpopolnjevanje znanja in usposabljanje vključuje tiste vrste izobraževanja, ki ne potekajo v šolah za pridobitev izobrazbe, so pa oblike socializacije, ki vključujejo pridobivanje novih znanj in učenje veščin. Pogosto pomagajo posamezniku izoblikovati moralna prepričanja in vrednote. Zdravstveni delavci se neformalno izobražujejo na raznih seminarjih, kongresih, simpozijih, na učnih delavnicah, z različnimi oblikami funkcionalnih izobraževanj na ravni zavoda in na tečajih. Za strokovno izobraževanje se šteje tudi udeležba zaposlenih na mednarodnih strokovnih srečanjih.

Medicinske sestre s končano šolo pridobijo poklicno, etično in pravno odgovornost. Z diplomo prejemajo konkretno lastno odgovornost za svoja dejanja in presojo, s čimer se zavedajo omejitev lastne vloge in kompetenc. Če nima dovolj izkušenj ali dvomi o svoji

presoji, se je dolžna posvetovati s sodelavko, ki te izkušnje in strokovno znanje že ima. Skozi svoje delo mora delovati na način, ki je v skladu z Etičnim kodeksom in učinkovito sodeluje tudi pri etičnem odločanju. Medicinska sestra mora delovati tudi v vlogi zagovornice, da zaščiti človekove pravice, kot je zapisano v Etičnem kodeksu ICN 2000. Dolžna je spoštovati bolnikove pravice do informacij in zagotavljati zaupnost podatkov in varnost pisnih ter ustnih informacij, ki jih dobi med opravljanjem svojega poklica. Spoštovati mora tudi bolnikovo pravico do zasebnosti in pravico do izbire ter odločitve v zdravstveni negi in zdravstvenem varstvu. Pri delu z bolnikom mora medicinska sestra spoštovati vrednote, običaje, duhovna prepričanja in prakse posameznikov in skupin. Zagotavljati mora zdravstveno nego, ki je dojemljiva za različne kulture in kazati razumevanje izzivov za etično odločanje in odločanje prednosti v vojni, nasilnih, konfliktnih situacijah ter ob naravnih nesrečah (Filej, Brečko, Skela Savič & Kaučič, 2009, str. 9).

Vsak zdravstveni delavec mora delati v skladu z zakonodajo, nacionalno in lokalno politiko ter v skladu s proceduralnimi smernicami. Ob prepoznavanju kršitev zakonov, ki se nanašajo na zdravstveno nego, mora pravilno reagirati, da zaščiti posameznika ali skupino (Filej, Brečko, Skela Savič & Kaučič, 2009, str. 9). Vsega tega pa se lahko zdravstveni delavci držijo z izpopolnjevanjem strokovnega ali poklicnega znanja, ustreznim usposabljanjem in pridobivanjem izkušenj na delovnem mestu, kjer svoje pridobljeno znanje vpeljejo v prakso. Zato je pomen izobraževanja danes vse večji, saj le tako lahko zagotovimo kakovostno zdravstveno nego. Zdravstveni delavci s svojim pridobljenim znanjem in prakso izobražujejo bolnike, sorodnike in širšo skupnost. Ljudje se zaradi zdravstvenega poklica radi obračajo nanje po nasvete tako na delovnem mestu kot v domačem okolju.

Strokovno ali poklicno izobraževanje pomeni usposabljanje in kvalificiranje za poklicno delo. Pri tem gre bolj za učenje, urjenje, za pridobivanje enostavnejših poklicnih spretnosti in navad, kot pa za bolj poglobljeno teoretično izobraževanje (Kaučič, 2005, str. 155). Zdravstveni delavci se danes neprestano soočajo z razvojem stroke in inovacijami, zato so prisiljeni, da prvotno osvojeno znanje, spretnosti in navade izpopolnjujejo in dopolnjujejo za kakovostnejšo zdravstveno nego. Izobraževanje postaja način življenja in razvijanje sposobnosti ter priprava za samostojno učenje in izobraževanje skozi vse življenje (Kaučič, 2005, str. 155).

Kontinuirano strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov organizira in izvaja predvsem Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije v okviru strokovnih sekcij.

Permanentno izobraževanje poteka skozi vse življenje in tako omogoča razvoj, pridobivanje znanja in vrednot ter spretnosti, razvija samozaupanje, kreativnost in užitek pri učenju (Kaučič, 2005, str. 155). Zdravstveni delavci z izobraževanjem (formalnim ali neformalnim) osebno rastejo in se razvijajo ter s svojo strokovnostjo pripomorejo k dvigu splošnega zdravstvenega stanja prebivalstva.

3.1 Spodbude za izpopolnjevanje znanja in usposabljanje

Delo z ljudmi in za ljudi zahteva smisel za timsko delo, kreativnost pri reševanju zdravstvenih problemov bolnikov, občutek za socialnost in empatijo. V industriji manj usposobljene delavce, ki delajo rutinsko delo, kaj hitro nadomestijo stroji. V zdravstvu pa osebnega dela zdravstvenih delavcev ni moč nadomestiti s stroji (Česen & Keber, 2003, str. 125).

Za kakovostno izvajanje zdravstvene nege je pomemben človek, ki ima znanje in voljo, da to delo opravlja. Za kakovostno delo potrebujemo ustrezne predpise, ki ga urejajo, človeške in materialne vire, spodbudno delovno okolje ter seveda tudi zadostna in vselej razpoložljiva finančna sredstva, s katerimi je mogoče takšno delo nagrajevati (Česen & Keber, 2003, str. 202).

Nosilci zdravstvene dejavnosti so povsod po svetu za zahtevno in odgovorno delo zelo dobro plačani, vendar marsikomu tudi veliko pomeni, da je njegovo prizadevno delo in kakovostno izvajanje zdravstvene nege opaženo (Česen & Keber, 2003, str. 203).

3.2 Ovire pri izpopolnjevanju znanja in usposabljanju

Med omejitvenimi dejavniki izobraževanja se pojavljajo omejena razpoložljiva finančna sredstva, hkrati pa tudi relativno dragi in težje dostopni zunanji viri strokovnega znanja. Veliko simpozijev in kongresov zunaj Slovenije je za večino medicinskih sester nedostopnih.

Osnovna plača javnega uslužbenca je določena s plačilnim razredom v plačilni lestvici po ZSPJS. 31. člen in 32. člen po Kolektivni pogodbi za javni sektor (KPJS), Ur. l. RS, št. 57/2008, govori, da se del plače za redno delovno uspešnost javnemu uslužbencu določi na podlagi kriterijev, kot so znanje in strokovnost, kakovost in natančnost, odnos do dela in delovnih sredstev, obseg in učinkovitost dela in inovativnost. Po kolektivni pogodbi je vsak kriterij ovrednoten z 1 točko, ki pomeni doseganje nadpovprečnih delovnih rezultatov. Seštevek točk, ki jih doseže javni uslužbenec, je podlaga za določitev višine dela plače za redno delovno uspešnost javnega uslužbenca. Tako vidimo, da so se zdravstveni delavci prisiljeni izobraževati zaradi licenčnih točk in zaradi ocenjevanja delovne uspešnosti, finančnih sredstev pa ni.

Na tem področju se torej kaže izrazito nasprotje med zahtevami po stalnem vzdrževanju strokovnosti medicinskih sester ter dejanskimi zmožnostmi organiziranega izpopolnjevanja znanja in usposabljanja. Tudi razlik med medicinskimi sestrami, ki vlagajo svoja finančna sredstva v izobraževanje zunaj delovne organizacije, in tistimi, ki se izobražujejo le in zgolj zaradi zahtev po doseganju licenčnih točk, ni.

Leta 2001 je Kvas (2003, str. 25) v raziskavi ugotovila, da si 257 (26,4 %) medicinskih sester od 923 vprašanih zelo želi nadaljevati študij in 219 (22,3 %) si jih želi nadaljevati študij. Torej je več kot polovica (73 %) odgovorila, da si želijo nadaljevati študij. Radovan (2002) ugotavlja, da največjo oviro za nadaljnje izobraževanje odraslih predstavljajo splošno pomanjkanje časa (29,1 %), finančne ovire (21,3 %) in družinske obveznosti (12,7 %). Kvas (2003) je še ugotovila, da se za nadaljnje šolanje odloči največ medicinskih sester, ki so srednjo šolo zaključile s prav dobrim oz. odličnim uspehom. Pogoj za vpis na Zdravstvene fakultete je čim boljše opravljena poklicna matura. Seveda pa predstavlja velik pomen pri študiju tudi podpora družine, nadrejenih v službi in sodelavcev. Iz te raziskave je razvidno, da so medicinske sestre motivirane za nadaljnje izobraževanje, treba jim je le dati možnost in pogoje za študij.

Zelo pomemben dejavnik pri odločanju za izobraževanje je tudi samopodoba. Nekateri avtorji navajajo, da je samopodoba posameznika najpomembnejši dejavnik v psihološki teoriji motivacije (Radovan, 2002, str. 30). Radovan (2002) razlaga, da se ljudje z nizko samopodobo in prepričanjem, da niso dovolj dobri, za izobraževanje ne bodo odločali. To še posebej vpliva na posameznike z nižjo izobrazbo. Pogoj za vpis na zdravstvene fakultete je čim boljše opravljena poklicna matura. Seveda pa predstavlja velik pomen pri študiju tudi podpora družine, nadrejenih v službi in sodelavcev. Iz te raziskave je razvidno, da so medicinske sestre motivirane za nadaljnje izobraževanje, treba jim je dati le možnost in pogoje za študij.

Pomembno je, da vodje razumejo dejavnike, ki vplivajo na izobraževanje pri posamezniku, tudi poznajo ovire, ki posamezniku preprečujejo, da bi se nadalje izobraževal.

Ovire lahko razdelimo v tri skupine (Radovan, 2002, str. 25):

- **situacijske:** izhajajo iz posameznikovega trenutnega položaja in se izražajo v pomanjkanju časa (usklajevanje časa med družino, delom v organizaciji in izobraževanjem), denarja (zelo dragi izobraževalni programi), oddaljenosti izobraževanja (izobraževalne institucije v oddaljenih krajih),
- **dispozicijska:** se povezuje s posameznikovimi psihosocialnimi značilnostmi, kot so stališča, samopodoba, prepričanja o sposobnostih (predvsem posameznik z nižjo izobrazbo oz. slabim učnim uspehom),
- **institucionalne:** sestavljena je iz vseh praks in postopkov, ki odvrčajo posameznika od udeležbe pri izobraževanju. Včasih že omejitve ali postopek vpisa posameznika odvrne od izobraževanja. Urniki vaj v kliničnem okolju ali predavanja so za posameznika lahko velika ovira, da se za izobraževanje ne odloči.

Zadnja skupina ovir je pomembna predvsem pri organizacijah, ki včasih same onemogočajo udeležbo posameznika v program izobraževanja z neorganiziranimi možnostmi za izobraževanje posameznika (Radovan, 2002, str. 30). V bolnišnični dejavnosti je predvsem

problem pomanjkanje kadra, triizmensko delo in kot sem že prej omenila traja študij za diplomirano medicinsko sestro tri leta, obsega 4600 ur, od tega 2300 ur vaj v kliničnem okolju. Vaje v kliničnem okolju potekajo v dopoldanskem času, popoldan pa so predavanja na fakultetah. Zato se zdravstveni delavci v bolnišnični dejavnosti soočajo predvsem s prepletanjem med situacijskimi in institucionalnimi ovirami za izobraževanje.

4 MOTIVACIJA PRI DELU

Na delovnem mestu preživimo tretjino dneva. Delavci v zdravstveni negi pa nemalokrat preživijo na delovnem mestu tudi praznike in vikende, zato so dobro delovno okolje, dobri medsebojni odnosi v timu in dobre razmere na delovnem mestu tako pomembni. Od vsega tega je odvisno kakovostno izvajanje zdravstvene nege in posledično je od tega odvisno tudi zadovoljstvo bolnikov.

Motivacija je eden izmed ključnih dejavnikov, ki pomembno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu, hkrati pa ima pomemben vpliv na uspešnost organizacije. V literaturi zasledimo različne opredelitve pojma motivacija, saj se s tem pojmom ukvarja veliko avtorjev, ki so ga zelo natančno proučili in ga še proučujejo. Vsi avtorji pa se strinjajo, da ni človekove aktivnosti, ki ne bi bila motivirana (Možina in drugi, 2002, str. 473).

Motivacija je naraven kompleksen pojav, ki vodi ljudi, da ob določenih sposobnostih in znanju opravljajo svoje delo. Vodilni ljudje v podjetju (predvsem managerji) uporabljajo motivacijo kot orodje, da delavce motivirajo v zeleno smer, to pa je nujen pogoj za doseganje kakovostnih ciljev na poti k odličnosti. Torej bi vodilni v zdravstveni organizaciji morali razmišljati o aktivnostih, ki spodbujajo oz. motivirajo zdravstvene delavce k delu.

4.1 Opredelitev motivacije

Motivacija je izpeljanka iz latinske besede *movere*, ki pomeni »premik, korak, akcija...« (Hodgetts, 1991, str. 129). Dan danes se veda termin pomeni veliko več, izhajamo pa iz pomena besede motivirati – spodbuditi, navdušiti (Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša, 1975, str. 850).

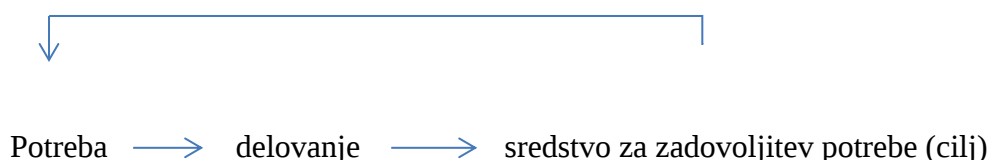
Motivacija je nenavadno preprost pojem, saj zadeva vprašanja, kako ravnati z ljudmi in kako doseči, da bi bili zadovoljni s svojim delom. Veliko težje pa je odgovoriti na vprašanje, kako doseči, da bo njihovo delovanje usklajeno s potrebami organizacije, saj tisto, kar moramo storiti, da pri drugih spodbudimo in ohranimo motiviranost, žal ni tako preprosto.

V današnji moderni družbi pomeni delo bistvo življenja ljudi. Vedno več časa preživimo na delu. Iz tega lahko sklepamo, da pomeni potreba po delu več kot zgolj služenje denarja. V študiji iz leta 1982 so Britanci na vprašanje, ali bi, kljub temu da bi bili finančno preskrbljeni, delali, pritrdili v 69 % (moški) oziroma v 65 % (ženske) (Robertson in drugi, 1994, str. 1). To še zdaleč ne pomeni, da ljudje uživajo v delu z vseh vidikov, niti ne pomeni, da bolj

cenijo delo od drugih aktivnosti, vendar pa ta rezultat raziskave podpira miselnost, da igra delo zelo pomembno vlogo v življenju posameznika in mu hkrati omogoča zadovoljiti različne potrebe.

Motivacijska akcija teče po motivacijskem procesu, kot ga prikazuje slika 2.

Slika 2: Mehanizem motiviranja



Vir: Lipovec (1987).

Motivacija je usmerjanje človekove aktivnosti k želenim ciljem s pomočjo njegovih nezadovoljenih potreb. Vsaka akcija, ki jo nekdo začne, je spodbujena iz ene ali več potreb, ki usmerjajo aktivnost posameznika k želenemu cilju – sredstvu za zadovoljitev potreb oziroma k individualnemu cilju posameznika. To se pravi, da potrebujemo za akcijo oziroma delovanje človeka najprej potrebo. Potreba je močan notranji občutek nečesa v organizmu (Lipičnik, 1998, str. 415). Nezadovoljena potreba povzroči v človeku napetost, željo, potrebo po delovanju za zadovoljitev potrebe. Mehanizem motivacije je vse, kar vodi k aktivnostim delavca v organizaciji.

Posameznik v številnih situacijah sam išče stimulacijo, kar se na področju spoznavanja kaže v potrebi po novem znanju, po učenju in raziskovanju, pri katerem je navzočih več potreb, ene prevladujejo bolj, ene manj oz. se šele pojavijo. Potrebe so podvržene stalnim spremembam.

Če bi pri posamezniku poznali vse vzgibe, ki so ga privedli do določene aktivnosti, zakaj dela prav tisto, kar dela, oz. bi hkrati vedeli, zakaj ne dela nečesa drugega. Tako bi lahko sprožili umetno reakcijo pri posamezniku, če bi lahko ustvarili okoliščine, ki sprožajo to reakcijo (Lipičnik, 1998, str. 155). Na ta način bi si vodje lahko odgovorili na veliko vprašanj in našli rešitve za izboljšanje uspešnosti posameznika in s tem uspešnosti organizacije. Povečalo bi se zadovoljstvo delavcev, ki bi bili pripravljeni vlagati v svoje delo več truda.

4.2 Motivacijske teorije

Obstajajo zelo različne motivacijske teorije, ki na različen način razlagajo, zakaj je človek aktiven v določeni stvari ter kaj ga spodbuja in motivira. Obstajajo tudi različni načini, kako razdeliti vse te teorije v skupine, kjer prevladuje določen dejavnik. Pomembno je zavedati se, da je vsak posameznik unikat in ima svoj motivacijski model, na katerega vpliva še več raznovrstnih dejavnikov. Gre torej za kompleksnost več sočasnih dejavnikov.

Ena izmed najstarejših teorij, ki je poskušala odgovoriti na vprašanje, zakaj človek dela, je trdila, da ljudje delajo zato, da bi se približali ugodju oziroma bi se z delom izognili neugodju (Lipičnik & Možina, 1993, str. 41).

Maslowa teorija potreb (teorija človeške motivacije)

Prvi utemeljitelj motivacije je bil Abraham Maslow, ki je leta 1954 razvil motivacijsko teorijo, s katero je predstavil hierarhijo potreb in pomembnosti človeških potreb. Ta teorija je zelo pomembna in morda še vedno najbolj priljubljena in znana v literaturi. Menil je, da je človekova dejavnost vedno usmerjena navzgor k bolj privlačnim ciljem. Najprej naj bi človek zadovoljil primarne biološke motive, to je tiste, ki mu omogočajo preživeti. Nato se pojavijo višje potrebe, ki ravno tako sledijo določenemu zaporedju (Lipičnik & Možina, 1993, str. 42).

Avtor je izhajal iz dejstva, da imamo ljudje veliko potreb, ki povzročajo neravnotežje, zato jih hočemo zadovoljiti. Ko je določena potreba zadovoljena, nas le-ta ne motivira več, temveč nas motivira višja potreba. Zadovoljevanje potreb ni več tisto, kar bi nas motiviralo. Edini motivator je nezadovoljstvo. Človeka začne spodbujati naslednja, višja vrsta potreb.

Maslow je človekove potrebe razdelil na pet stopenj (Lipičnik, 1998, str. 164):

- **preživetje:** človek najprej zadovolji fiziološke potrebe, ker so le-te potrebne za preživetje. Ko je zadovoljil svojo fiziološko potrebo po hrani, z večjo količino hrane ne bo več stimuliran. Enako velja za vse potrebe.
- **varnost:** ko so fiziološke potrebe zadovoljene, se pojavi potreba po varnosti. Človek se želi zaščititi pred izgubo bivališča, hrane, zaposlitve. Želi si neko stabilnost. Zadovoljenost teh potreb povzroči socialne potrebe.
- **pripadnost:** želi si pripadnosti, ljubezni, interakcije z drugimi. Ljudje iščejo sebi podobne, prizadevajo se ugajati drugim, biti priznani kot ugledni člani skupnosti.
- **ugled** (statusne potrebe): pri vrhu hierarhije potreb se nahajajo potrebe po spoštovanju samega sebe, spoštovanje in cenjenje od drugih ljudi. Sem spadajo tudi potrebe po moči, po uveljavljanju, statusu. Ko so te potrebe zadovoljene, se povečata samozavest in zaupanje v lastne sposobnosti.
- **samopotrđitev:** najvišja raven potreb so potrebe po samouresničevanju. Človek želi delati, za kar je usposobljen, išče samopotrđitev, teži k osebnemu razvoju in uresničevanju svojih zmožnosti. Kadar človek doseže vrh svoje »piramide« in je ogrožena njegova ohranitev, se aktivnost znova začne pri dnu.

Motivacijska teorija po Maslowu je koristen pripomoček pri proučevanju motivacijskih dejavnikov in možnosti za učinkovitejše motiviranje zaposlenih, ni pa teorija, ki bi absolutno veljala v vsakem obdobju in na vsakem območju (Lipičnik, 1998, str. 164). S pomočjo vprašalnikov lahko managerji ugotovijo, kaj ljudi tisti trenutek motivira. S to ugotovitvijo lahko skušajo določiti instrumente za vplivanje na motivacijo zaposlenih. Zelo napačno bi bilo, če bi le s sklepom predvidevali, kaj ljudi motivira in kaj ne, ker se stopnje občutljivosti časovno spreminjajo. To se kaže v tem, da lahko v istem času in v različnih organizacijah, pa tudi v različnem času in v isti organizaciji, dobimo povsem različne rezultate (Lipičnik, 1998, str. 164).

Herzbergova dvofaktorska motivacijska teorija

Herzberg je motivacijske faktorje razdelil v dve veliki skupini: higienike in motivatorje. Njegova teorija se zato imenuje dvofaktorska teorija (Lipičnik & Možina, 1993, str. 43):

- higieniki so dejavniki, ki ne spodbujajo ljudi k dejavnosti, temveč odstranjujejo neprijetnosti in s tem ustvarjajo pogoje za motiviranje. To so tisti dejavniki, ki se nanašajo na denar, položaj, varnost, zaposlitve, politiko podjetja, organizacijo, delovni nadzor, medsebojne odnose in delovne razmere. To so zunanji dejavniki in nimajo motivacijskega učinka na posameznika.
- Motivatorji pa so tisti dejavniki, ki direktno spodbujajo ljudi k delu. Povzročajo zadovoljstvo, če so zadovoljeni in ne povzročajo nezadovoljstva, če niso. To so tisti dejavniki, ki direktno spodbujajo ljudi k delu. To so: uspeh pri delu, priznanje za rezultate, zanimivo delo, delovni dosežki, odgovornost, strokovno usposabljanje, osebni razvoj, napredovanje in zadovoljstvo pri delu.

Frommova motivacijska teorija

Fromm je ugotovil, da ljudje delajo zato, ker bi radi kaj imeli, ali pa zato, ker bi radi kaj bili. Tisti, ki bi radi kaj imeli, so usmerjeni k pridobivanju materialnih dobrin, tisti, ki pa bi radi kaj bili, pa bi se raje tako ali drugače uveljavili, dosegli ugled v družbi itd. Ljudi, ki se bolj nagibajo k »imeti«, lažje motiviramo z materialnimi dobrinami, ljudi, ki se bolj nagibajo k »biti«, pa lažje pridobimo za sodelovanje z nematerialnimi dobrinami (Lipičnik & Možina, 1993, str. 44).

Leavittova motivacijska teorija

Po tem modelu je vzrok celotnega procesa potreba, ki pomeni spremenljivo stanje v organizmu in zahteva aktivnost. Sledi ji stanje napetosti. Gre za zavestno, subjektivno odlikavanje potrebe, načina, kako doživljamo potrebo. Stanje je povezano s čustvi, saj potrebo doživljamo kot nemir, neprijetnost, čeprav so lahko tudi prisotni prijetni občutki.

Vsaka potreba je usmerjena k cilju. Cilj je objekt, proces, pojav, ki zadovolji potrebo, jo zmanjša in prinese olajšanje. Cilj zmeraj zmanjša napetost. Če cilj ni dosežen, oseba ni zadovoljila svojih potreb. Aktivnost povzročata potreba in napetost skupaj. Končni rezultat motivacijskega modela je olajšanje. To je subjektivno stanje v organizmu, ki je posledica objektivnega stanja in je posledica doseganje cilja (Lipičnik, 1998, str. 167).

Leavittova motivacijska teorija pomaga managerju razumeti celoten proces in faze motivacijskega ciklusa. S pomočjo katerega lahko sklepa, katerim aktivnostim se mora bolj posvetiti. Če hoče aktivnost, mora delavcu omogočiti doseganje cilja, na podlagi katerega bi delavec kasneje doživel olajšanje, kajti brez olajšanja delavec ne bo vedel, ali je bil njegov motiv zadovoljen ali ne. Tako je s pomočjo postavljenih ciljev mogoče sprožiti želeno reakcijo (Lipičnik, 1998, str. 167).

Vroomova motivacijska teorija

Vroomova teorija motivacije spada med instrumentalne teorije, za katere je značilno, da motivacijske procese in motivacijo opisujejo kot izbiro vedenja. Posameznik izbira, se odloča za vedenje na podlagi interakcije med privlačnostjo ciljev (valence) in svojo subjektivno oceno možnosti, da ga bo izbrano vedenje pripeljalo do določenega cilja. Posameznik je tako motiviran, če ga njegovo vedenje privede do zanj privlačnega cilja. Valenca kot vrednost ciljev je lahko pozitivna, ima lahko ničelno vrednost ali pa ima lahko cilj tudi negativno valenco, če se mu hoče oseba izogniti (Lipičnik, 1998, str. 167).

Drugi pomemben sestavni del Vroomove teorije je instrumentalnost. Vroom definira instrumentalnost kot povezavo med dvema ciljema. Ta nastane, ko je posameznik prepričan, da mora doseči neki cilj zato, da bi lahko dosegel drugega, zanj pomembnejšega. Tako je napredovanje lahko po delavčevem prepričanju le prvi neposredni instrument za doseganje zanj pravega cilja, kot so večja plača, ugled (Lipičnik, 1998, str. 168).

V Vroomovi teoriji je najbolj pomembno pričakovanje. Posameznik verjame, da ga bo določeno vedenje privedlo do določenega cilja. Tako posameznik na primer pričakuje, da ga bo večje prizadevanje pri delu pripeljalo do večjega zaslužka (Lipičnik, 1998, str. 168).

Prvi Vroomov model pojasnjuje vrednost ciljev, ki je odvisna od valence vseh drugih ciljev in tudi od opažanja instrumentalnosti tega in drugih ciljev. To pomeni, da je določen cilj sam po sebi lahko privlačen za posameznika, vendar je njegova vrednost zanj odvisna tudi od tega, kako mu ta cilj omogoča dosegati drugi, skrajni, pravi cilj (Lipičnik, 1998, str. 167).

Drugi Vroomov model pojasnjuje in predpostavlja vedenje, akcijo, ki si jo posameznik izbere. Posameznik izbira in se odloča za vedenje glede na privlačnost vseh ciljev in pričakovanja, da ga bo to vedenje pripeljalo do zaželenega cilja (Lipičnik, 1998, str. 167).

Hackman-Oldhamov model obogatitve dela

Ta model ponazarja tri kritične psihološke okoliščine, ki vplivajo na motivacijo na delovnem mestu. Če je ena od teh okoliščin na nizki ravni, je tudi motivacija zaposlenih nizka. Kritične psihološke okoliščine so (Lipičnik, 1998, str. 169):

- doživljanje pomembnosti (zaznavanje, da se delo izplača),
- doživljanje odgovornosti (občutek osebne odgovornosti),
- poznavanje rezultatov (poznavanje ravni uspešnosti).

Pri prvi točki zaposleni doživlja pomembnost dela in s tem zazna, da se delo splača in da ga je vredno opravljati. V drugi točki dobi delavec občutek osebne odgovornosti pri delu in ker pozna rezultate svojega dela (tretja točka), spozna tudi raven svoje uspešnosti. Vsi ti elementi pa vplivajo na njegovo motivacijo za delo (Lipičnik, 1998, str. 170).

4.3 Uporaba teorij pri motivaciji za izobraževanje

Raziskovalci motivacije pogosto poudarjajo, da je rezultat motivacije pričakovanje. Zato smo zadovoljni, če se pričakovanja uresničijo. Težnja ljudi sili, da se po možnosti približajo zadovoljstvu in izogibajo nezadovoljstvu. Velika pričakovanja so po tej logiki posledica velike motivacije, velika razočaranja pa posledica premajhnih pridobitev (Lipičnik & Možina, 1993, str. 44).

Zadovoljstvo v organizaciji se poveča, kadar se sistem vodenja iz hierarhičnega oz. avtorskega sistema vodenja preobrne v sistem deljene odgovornosti (Dovžan, 2014, str. 78). S tem se poveča tudi odgovornost, saj ideje, projekti in odgovornost za končni rezultat postanejo last zaposlenih in ne le odgovornost predstojnika oddelka (Dovžan, 2014, str. 79). Zaposleni si bolj prizadevajo doseči cilj, ki so si ga postavili sami.

Katero od zgoraj naštetih motivacijskih teorij bo upošteval vodja oz. manager, je odvisno od delovanja organizacije, ljudi, ki v njej delajo in od situacije, ki mu lahko ponudi najustreznejše rezultate na področju doseganja cilja.

5 DEJAVNIKI MOTIVIRANOSTI PRI DELU

Pomembno je, da se zaposleni zaveda koristnosti svojega dela, ki ga opravlja. Nenehno ter pravilno motiviranje zaposlenih prinaša izjemne učinke za njihovo zadovoljstvo in tudi uspešnost pri delu. Obstajajo različni dejavniki motiviranja, to so notranje ali zunanje spodbude k delu.

Dejavniki motiviranosti so tisti, ki pomembno vplivajo na posameznika, da se izobražuje. Razlogi, zakaj se nekdo odloči za izobraževanje, so različni in jih ni mogoče pojasniti le z enim motivom. Vsak človek ima svoje potrebe. Nekatere so biološke, odvisne od fizioloških

potreb organizma. To so aktivnosti, ki usmerjajo človeka k tistim ciljem, ki mu omogočajo, da preživi. Z razvojem osebnosti pa se razvijejo tudi druge vrste potreb, ki so psihološko zaznavne. To so potrebe, ki človeku povzročajo zadovoljstvo, če so zadovoljene, ne ogrožajo pa njegovega življenja, če niso zadovoljene. Motivi so torej razlogi, hotenja, ki povezujejo različne potrebe in cilje (Dovžan, 2014, str. 78).

Motivi za učenje lahko izhajajo iz notranje motivacije, želje po spoznavanju novega in radovednosti. Lahko so pa zunanji dejavniki, ki vplivajo na motiv za izobraževanje, to pa so delodajalci, družinski člani, različne skupnosti, v katerih živimo in ustvarjamo. Vsi od nas pričakujejo znanje, sposobnosti in potrebne osebnostne lastnosti (Hoyer, 2004, str. 113).

Ko se v človeku pojavi stanje napetosti z občutkom nezadovoljstva, ga ta občutek sili, da nekaj naredi, da bi to nezadovoljstvo odpravil. Ko je potreba zadovoljena, motiv izgine (Dovžan, 2014, str. 78).

V nadaljevanju predstavljam najpogostejše dejavnike motiviranosti pri zdravstvenih delavcih.

5.1 Delovni cilji in rezultati

Delo, ki nas veseli, pozitivno vpliva na naše zdravje in samospoštovanje ter nam pomaga pri ohranjanju obstoječih in vzpostavljanju novih družabnih stikov. V primeru, da zaposleni na svojem delovnem mestu niso zadovoljni, lahko prihaja do neželjenih posledic, kot so znižana učinkovitost, nezainteresiranost za delo, pogoste odsotnosti z dela in beg na bolniško odsotnost. Organizacije zaradi slabše učinkovitosti in produktivnosti delavcev s slabim zdravjem ter njihovim nadomeščanjem, uvajanjem in zaposlovanjem novih delavcev izgubljajo na dodatnih finančnih stroških in na račun ugleda v javnosti. Pomembno je zavedanje socialnih in ekonomskih koristi vlaganj v zdravje ter vzpostavljanje ugodnih razmer za uspešno in varno delo.

Pričakovanje posameznika igra vlogo spodbujevalca motivacije ali hotenja, ki nastopi pred samo aktivnostjo, sicer do nje ne pride (Možina in drugi, 2002, str. 481). Zadovoljstvo pa je posledica primerjave pričakovanja in končnega rezultata oz. dosega cilja. Zadovoljstvo z rezultatom povzroči enaka pričakovanja, ki po znani poti vodijo do predvidenega rezultata (Možina in drugi, 2002, str. 481). Torej, če zaposleni vidijo pozitiven rezultat in so delovni cilji doseženi, bodo ponavljali že opravljeno delo, ki je do tega rezultata privedlo.

Vsekakor je v bolnišnicah delovni cilj čimprejšnje okrevanje bolnika, čim manj zapletov med hospitalizacijo in čim boljše počutje bolnika med samo hospitalizacijo. Z zmanjšanjem števila hospitalnih dni in s hospitalizacijo brez zapletov vsekakor vplivamo tudi na finančno stanje organizacije. To pa lahko dosežemo s timskim delom, dobrim sodelovanjem, nenehnim izobraževanjem zaposlenih, z dobro motivacijo zaposlenih, upoštevanjem

standardov in predpisov organizacije ter seveda z dobrim sodelovanjem med zdravstvenim timom, bolnikom in njegovimi sorodniki.

Za dobre rezultate v zdravstveni negi je potrebno vsakodnevno ugotavljanje potreb bolnika, načrtovanje zdravstvene nege pri bolnikih, dobro izvajanje zdravstvene nege in drugih terapevtsko/diagnostičnih posegov ter sprotne evalvacije. Zastavljati si moramo realne kratkoročne in dolgoročne cilje, ter jih skupaj z bolnikom poskušati tudi doseči. Kakovostna zdravstvena nega se kaže v krajšanju ležalnih dni brez zapletov. Ves ta proces pa se lahko izvaja, če ima zdravstveni delavec dovolj znanja in izkušenj, če je motiviran za delo in izobraževanje ter če ima dovolj časa za počitek in regeneracijo, saj delo zdravstvene nege v bolnišnici poteka kontinuirano, vsak dan v tednu, vse vikende v mesecu in vse praznike v letu.

Vodje bolnišnic, klinik in oddelkov bi se morali zavedati, da so za dobre rezultate pomembni delavci, ki izvajajo delovne procese znotraj bolnišnice. Torej, da zdravstveni delavci spoznajo dobre rezultate svojega dela in dosežejo pričakovane cilje. Vse to pa lahko dobri zdravstveni delavci dosežejo z rednim izobraževanjem in dobro motivacijsko klimo. Dober vodja klinike mora poznati dejavnike, ki motivirajo njegove zaposlene za dobro opravljeno delo. Predstaviti jim mora svojo vizijo, ideje in jih vzpodbuditi, da mu pomagajo te ideje in vizijo uresničiti. Dobrega vodjo ustvarijo delavci. Skupaj se morajo truditi za dobre rezultate in za doseganje skupnih ciljev.

5.2 Delovno okolje

Spodbudno delovno okolje pozitivno vpliva na dobro počutje zaposlenih. Organizacija mora ustvarjati ugodne delovne razmere za ustvarjalno delo ter vključevati zaposlene v sodelovanje za doseganje ciljev organizacije. Prav tako je na delovnem mestu pomembno, da si lahko vsi zaposleni privoščijo odmor, saj se le tako lahko ohranja motivacija, če niso delavci kronično utrujeni. Krajši odmor nam pomaga pri ohranjanju motivacije in ugodno vpliva na naše zdravje ter počutje. Pomaga nam, da si zbistrimo misli in pozitivno vpliva na telo. Na zdravje zaposlenih ugodno vpliva tudi možnost obroka in zdrave prehrane na delovnem mestu, saj smo učinkoviti lahko le ob zadostni zalogi energije v telesu. Poleg že omenjenega je pomemben dejavnik tudi občutek varnosti in ohranjanja delovnega mesta, saj so zaposleni manj zaskrbljeni in posledično bolj učinkoviti. Potreba po varnosti namreč velja za eno izmed osnovnejših življenjskih potreb, takoj za fiziološkimi potrebami.

Dobra organizacijska klima je pomembna za vsako organizacijo. Ljudje, ki skupaj delajo in se med seboj dobro ujamejo, bodo dosegali dobre rezultate, njihova storilnost bo višja, predvsem pa bodo zvesti organizaciji, verjeli bodo vanjo in si želeli biti še uspešnejši. Zadovoljni zaposleni dvigujejo ugled organizacije, prinašajo pozitivno poslovanje in dobiček.

Nekateri ljudje so zadovoljni s svojim delovnim mestom in to včasih iz istih razlogov, zaradi katerih so drugi nezadovoljni. Tako naj bi individualne osebnosti in delovne zahteve v medsebojni interakciji ustvarjale klimo, ki je zelo pomembna za posameznika kot za organizacijo. Organizacije se med seboj zagotovo razlikujejo prav po organizacijski klimi (Lipičnik, 1998, str. 73).

Vsako leto zadovoljstvo zaposlenih proučujemo z mnenjskimi anketami o tem, kako zaposleni dojemajo svojo organizacijo. Merimo pa komunikacije, upravljavsko prakso, kreativnost in inovacije, prakso nadzora, zadovoljstvo z delom, delovne odnose, upravljanje kakovosti, organizacijo dela, organizacijsko politiko, delovne razmere, varnost in splošno zadovoljstvo.

Raziskave organizacijske klime so pogosto uporabljen instrumentarij in največkrat povezane z ugotavljanjem stopnje zadovoljstva zaposlenih. Za vse organizacije so namreč značilni storilnostni in socialno-emotivni cilji, ki so nujno komplementarni. Za profitno usmerjene organizacije so merilo uspešnosti doseženi storilnostni cilji (tržna realizacija). Socialno-emotivne cilje pa organizacija doseže, ko uspe uresničiti pomembne motivacijske cilje svojih članov. Zaposleni ocenjujejo svoja podjetja glede na to, v kolikšni meri so njihove potrebe in notranja stremljenja v skladu s tem, kar podjetje je in kar počenja. Če se uresničujejo njihovi osebni cilji, je njihova stopnja zadovoljstva in s tem pripadnosti višja, to pa povečuje možnost poslovne uspešnosti podjetja (Gorišek & Tratnik, 2003, str. 17).

Dovžan (2014, str. 81) pravi, da delovno okolje, kjer se prepletajo inovacije, spremembe, novosti, rivalstvo, pritiski in stresna stanja, zahteva od zaposlenih visoko stopnjo samostojnosti, zanesljivosti, neodvisnega presojanja, hitrega ukrepanja, osebne odgovornosti in lastne usmerjenosti in to vsekakor zdravstveni delavci morajo biti. Zdravstveni delavci potrebujejo veliko čustvene energije in psihične sposobnosti, ko se soočajo z zapletenimi in kriznimi stanji na delovnem mestu. Zato je za vodje danes bistvenega pomena to, da ne zahtevajo, temveč spodbujajo, motivirajo, ne silijo, temveč usmerjajo. Sodelavce morajo opogumljati in iz njih izvabiti najboljše, ne pa jih pri tem izčrpati (Dolžan, 2014, str. 81).

5.3 Nagrade

Pobuda za delo je želja po zadovoljevanju potreb, ki so za vsakega posameznika različna. Vsak človek mora najprej zadovoljiti osnovne življenjske potrebe, šele nato se mu začne porajati želja po sekundarnih potrebah, kot je želja po uspehu. Plača ali nagrajevanje sodi med psihološke stimulatorje za delo. V organizacijah se srečujejo z vprašanjem, kako določiti višino plače, da bo zaposlenim omogočila normalno življenje in hkrati vplivala na zavzetost delavcev za delo. Na delavčevo zavzetost za delo namreč vpliva predvsem razlog za plačo, ne pa samo njena višina. Tako lahko organizacija plače dviguje v nedogled, delavnost pa se ne bo povečala – zato je zelo pomembno, da organizacije motivirajo s plačo in ne zanj (Možina in drugi, 1994, str. 510).

Dodatki, ki so določeni za organizacijsko pomembne dejavnosti, so (Možina in drugi, 1994, str. 510):

1. **plača za posebne zmožnosti:** sem štejemo znanje tujih jezikov, posebne ročne spretnosti.

Zdravstvenim delavcem po Kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi, Ur. l. RS, št. 60/98, pripada dodatek za:

- delo z duševno motenimi,
- zdravstvenim delavcem s specialnimi znanji,
- dodatek za posebne obremenitve in odgovornosti,
- dodatek na nevarnost okužb,
- dodatek za delo s citostatiki,
- za najzahtevnejša dela v zdravstvenem teamu in odgovornost za sredstva,
- za sodelovanje v zdravstvenem ali strokovnem teamu,
- za izvajanje zdravstvene nege bolnikov, ko so ogrožene življenjske funkcije in lahko nastopi odpoved le-teh,
- za izvajanje zdravstvene nege bolnikov, ko so življenjske funkcije nestabilne in je potrebno zagotavljati neprekinjen nadzor in za druge obremenitve v interdisciplinarnem zdravstvenem teamu,
- za zahtevnost dela v strokovnem teamu in odgovornost za sredstva,
- za celovito zdravstveno nego na negovalnih oddelkih in ambulantah,
- za odgovornost pri ravnanju z zdravstvenimi materiali in za posebne obremenitve pri izvajanju nalog v zdravstvenem teamu.

2. **Plača, odvisna od življenjskih stroškov:** v organizacijah poskušajo omiliti naraščanje življenjskih stroškov in tako delavce prepričati, da so varni pred takšnimi nihanjem, ter so pripravljeni delati za nekoliko manjšo plačo, če jim organizacije zagotovijo, da bodo vedno dobili toliko več, za kolikor bodo narasli življenjski stroški. Minimalna plača se določi kot seštevek zneska minimalnih življenjskih stroškov, povišanih za 20 % ter zneska davkov in obveznih prispevkov za socialno varnost delavca, ki v davčnem letu, v katerem se določi višina minimalne plače, ne uveljavlja nobenih olajšav za vzdrževane družinske člane v skladu z zakonom, ki ureja dohodnino. Pri določanju minimalne plače se lahko upošteva rast življenjskih potrebščin, gibanje plač, gospodarske razmere in gibanje zaposlenosti. Minimalna plača se enkrat letno uskladi najmanj z rastjo cen življenjskih potrebščin. Za uskladitev minimalne plače se uporabi uradni podatek Statističnega urada Republike Slovenije o medletni rasti cen življenjskih potrebščin decembra preteklega leta glede na december predpreteklega leta.

3. **Nagrada za zvestobo:** te so deležni delavci, ki že dolgo, v dobrih in slabih časih, delajo v podjetju. Tako se jim organizacija zahvali za zvestobo, hkrati pa jih razlikuje od novih delavcev. Zaposlenemu v zdravstvu pripada dodatek za delovno dobo v višini 0,5 % od

osnovne plače zaposlenega za vsako izpolnjeno leto delovne dobe. Ta dodatek se zdravstvenim delavcem, ki imajo več kot 25 let delovne dobe, poveča še za 0,2 % za vsako izpolnjeno leto delovne dobe nad 25 let (93. člen po Kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi). Zaposlenemu po 114. členu Kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi pripada tudi jubilejna nagrada v višini:

- za 10 let delovne dobe 50 %,
- za 20 let delovne dobe 75 %,
- za 30, 40 let delovne dobe 100 %.

V višini neto osnove, določene na podlagi zakona o začasni določitvi osnove za določanje plač in drugih prejemkov iz delovnega razmerja.

Prav tako zaposlenemu po 115. členu Kolektivne pogodbe za zaposlene v zdravstveni negi ob upokojitvi pripada odpravnina v višini treh povprečnih plač na zaposlenega v Republiki Sloveniji oziroma v višini treh zadnjih njegovih plač, če je to zanj ugodneje.

4. Nagrada za požrtvovalnost: zdravstvenim delavcem pripadajo dodatki na popoldansko izmeno po 69. členu Kolektivne pogodbe za zaposlene v zdravstveni negi 10 % osnovne plače, na nočno izmeno 50 % osnovne plače, dežurstva in izplačilo denarja za opravljene ure preko polnega delovnega časa. Število izplačanih ur preko polnega delovnega časa za vsakega delavca posebej določi glavna medicinska sestra določenega oddelka in je odvisno od kvote denarja, ki ga ima na razpolago za tisti mesec. Nadure se ne smejo prenašati iz meseca v mesec več kot tri mesece.

V času dežurstva pripada delavcu plačilo za vsako uro obvezne navzočnosti ob delavnikih najmanj 90 % od urne vrednosti osnove zahtevnostne skupine, v katero sodijo dela, ki jih delavec opravlja v času dežurstva, in najmanj 30 % za čas stalne pripravljenosti. Ob nedeljah, praznikih ali v nočnem času se dodatek poveča za ustrezne dodatke iz 95. člena Kolektivne pogodbe za zdravstveno nego. Prav tako po 103. členu Kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi pripadajo tudi določeni % na obremenjenost in odgovornost zaposlenih v zdravstveni negi.

5. Plačilo za nedelo, praznike: po Kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi dobi delavec, ki opravlja delo v nedeljo dodatek v višini 100 % od osnove plače. Za delo na dan državnega praznika in dela prostega dne po zakonu pripada zaposlenemu dodatek v višini 130 % od osnove.

6. Nagrada za poslovno uspešnost te nagrade žali za zdravstvene delavce v javnih zavodih ni. Del plače za poslovno uspešnost je tisti del plače, ki ga lahko prejme javni uslužbenec za nadpovprečno uspešno opravljeno delo v določenem obdobju. Zdravstveni delavci pa dobijo lahko izplačilo dela plače za delovno uspešnost iz naslova povečanega obsega dela v posameznem mesecu pod pogoji, ki jih določa zakon, če:

1. povečan obseg dela opravi pri opravljanju rednih delovnih nalog uporabnika proračuna ali projekta, načrtovanega v okviru sprejetega finančnega načrta uporabnika proračuna.
2. Opravi povečan obseg dela v okviru sodelovanja pri izvajanju posebnega projekta, ki ga določi Vlada Republike Slovenije s svojim aktom in za katerega so zagotovljena dodatna sredstva.

Do uničevanja motivacije lahko pride tudi pri plačah (Lipičnik & Možina, 1993, str. 50):

- če delavci ugotovijo, da njihova plača ni povezana z njihovim delom;
- če dobijo vedno enako plačo, ne glede na to, kaj so naredili;
- če delavci, ko primerjajo svojo plačo s plačo svojih kolegov v drugih podjetjih, ugotovijo, da je sistem nepravičen;
- če postane plača zgolj kupček denarja, ki ga delavci porabijo samo za hrano.

5.4 Sodelovanje zaposlenih pri izvajanju medicinsko diagnostičnih in negovalnih postopkov

Sodelovanje zaposlenih v organizaciji imenujemo timsko delo. V zdravstvu poznamo dve vrsti tima. Zdravstveni tim in negovalni tim. Zdravstveni tim je sestavljen iz različnih strokovnih strok, potrebnih za rešitev problemov bolnika z več strokovnih področjih (zdravnik, fizioterapevt, respiratorni fizioterapevt, psiholog, rentgenolog itd.), medtem ko negovalni tim sestavljajo diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki, srednje medicinske sestre, zdravstveni tehniki in babice.

Učinkovit tim ima jasno vizijo, razvito motivacijo, zaupanje in vzajemno spoštovanje. Vloge znotraj nekaterih zdravstvenih timov še niso jasno opredeljene. Še vedno se namreč dogaja, da diplomirane medicinske sestre izvajajo priučene postopke starejših kolegic, ki so v kompetencah zdravnikov in prav tako se dogaja pri zdravstvenih tehnikih, da še vedno izvajajo nekatere postopke, ki so v kompetencah diplomiranih medicinskih sester. Vodje oddelkov se te problematike zavedajo, vendar si zatiskajo oči, saj bi bilo treba narediti reorganizacijo dela na oddelkih, ki je delovalo po tem principu 30 let. Poleg tega pa bi se pokazalo še večje pomanjkanje medicinskih sester na vseh stopnjah izobrazbe, še več bi bilo nezadovoljstva s strani zdravstvenih delavcev in odhajanj na druga delovna mesta. Tekmovanje s samim seboj ima lahko zelo pozitivne učinke, če človek tekmuje z namenom, da bi presegel določene cilje.

5.5 Komuniciranje

Uspešna komunikacija znotraj tima je zelo pomembna za sodobno zdravstveno nego, saj so poleg dokumentiranja pomembne še druge oblike komuniciranja v zdravstveni negi. To so

predvsem terapevtska komunikacija z bolnikom, njegovimi svojci in komunikacija znotraj različnih timov, ki sodelujejo pri obravnavi bolnika.

V zdravstvu poznamo različne oblike komunikacije. Komunikacija v obliki govorjenja, pogovor na različnih ravneh oz. z različnimi sogovorniki, pisno komunikacijo v obliki dokumentov v zdravstveni negi, predaja službe v pisni obliki, list zdravstvene nege, razni izvidi in nebesedna oz. neverbalna komunikacija v obliki empatije do pacienta, obnašanjem, kretnjami, mimiko obraza in telesnim kontaktom, ki ima tudi izredno moč. S pomočjo neverbalne komunikacije je lahko podprta verbalna komunikacija, kadar smo pacientu razložili kakšen postopek, ki ga kasneje tudi izvedemo. Pri neverbalni komunikaciji je tudi pomembna urejenost zdravstvenega delavca. Bolniki nas delno sodijo tudi po našem videzu. V zdravstvu uporabljamo uniforme, ki morajo biti redno menjane in čiste, že zaradi preprečevanja prenosov bolnišničnih okužb, urejen videz, speti lasje, primerna obutev, brez nakita in primeren make-up. Vse to pripomore k temu, da nam bolniki bolj zaupajo. Tudi govorica telesa je zelo pomembna. Pomemben je očesni kontakt, ki je zelo neposreden in močan način neverbalne komunikacije.

Pohvale so zelo močan motivator, saj vplivajo na večjo in boljšo delovno aktivnost. Nasprotno pa graja vpliva na delo in ima lahko negativen učinek. Graja ima lahko pozitiven učinek le, če je dana na štiri oči in je konstruktivna. V zdravstvenem timu je zaslediti premalo pohval in vzpodbud na vseh nivojih zdravstvenega tima.

Vsaka vrsta komunikacije ima pomembno vlogo v zdravstvu. Od dobre komunikacije je odvisno zdravljenje bolnika. Če ta komunikacija ni dobra oz. pride do ovir, se lahko zgodijo napake, ki lahko bolnika stanejo življenja. Medsebojni odnosi v timu so odvisni od dobre komunikacije znotraj tima in s tem tudi kakovostnega in učinkovitega opravljanja svojega dela.

Pravočasne in točne komunikacije so eden od pogojev, da zaposleni dobro delajo, saj se s tem poveča možnost pravilnega odločanja. Komunikacija je pomembno orodje pri prenosu informacij in poslovnih ciljev organizacije do vsakega zaposlenega (Dimovski, Penger, Škerlavaj & Žnidaršič, 2005, str. 70).

V zdravstvenih organizacijah so organizirani s strani vodij redni sestanki v obliki kolegijev, strokovni sveti, sestanki predstojnikov, glavnih medicinskih sester, razni konziliji, oddelčni sestanki itd., kjer se postavljajo cilji organizacije, predstavljajo se nove smernice, novi standardi, pogovarjajo se o problematiki v organizaciji, med zaposlenimi, o zdravljenju bolnikov itd. Te informacije pa se morajo učinkovito preko vodij širiti navzdol po hierarhični lestvici v negovalne time.

Blanchard (2017) poudarja, da dobrega vodja »ustvari« delavci, ki znajo njegove ideje in vizije realizirati, vendar so delavci največkrat spregledani, saj vse nagrade in pohvale dobi vodja. Poudarja še, da zna dober vodja svoje delavce poslušati in jih motivirati, da skupaj dosežejo zastavljene cilje.

Dober vodja v timu mora dobro vedeti, kako komunicirati, katere so ovire komunikacije in kakšni so načini za dobro komunikacijo. Teh veščin se mora vodja tima priučiti. Sposoben mora biti opraviti korekten razgovor s komerkoli, voditi sestanek, imeti predavanje, biti mora tudi kdaj v vlogi mediatorja, sodelovati mora znati pri pogajanjih, v katerih želimo z nasprotno stranjo doseči določene spremembe v odnosih oziroma dosedanje odnose ponovno doseči (Česen & Keber, 2003, str. 137).

Zavedati se moramo, da dobra komunikacija znotraj tima uspešno vpliva na naše delo in posledično tudi na zdravljenje bolnikov, zaradi katerih smo pravzaprav zaposleni v zdravstvu.

6 RAZISKAVA O DEJAVNIKIH MOTIVIRANOSTI MEDICINSKIH SESTER ZA NADALJNJE IZOBRAŽEVANJE

Zdravstveni delavci se zavedajo, da zdravstvene tehnologije in zdravstvene metode tako hitro napredujejo, da se morajo vso poklicno kariero nenehno izobraževati. K izpopolnjevanju znanja in usposabljanju jih zavezujejo tudi zakoni in poklicna etika. Potreba po ustreznem šolanju in dodatnem izpolnjevanju znanja v poklicni karieri je tako nujna.

6.1 Cilj raziskave in raziskovalno vprašanje

Cilj raziskave je ugotoviti, kakšni so pozitivni in negativni dejavniki motiviranosti zdravstvenih delavcev za izpopolnjevanje znanja in usposabljanje glede na to, da z višjo izobrazbo pogosto ne napredujejo ne po plačilnih razredih in ne po hierarhični lestvici. Raziskovalno vprašanje je »Ali med zdravstvenimi delavci v Sloveniji prevladujejo pozitivni dejavniki motiviranosti za izobraževanje?«

6.2 Raziskovalne metode

V magistrskem delu sem uporabila anketiranje podiplomskih študentov zdravstvene nege, ki so zaposleni v zdravstvenih organizacijah. Z anketnim vprašalnikom sem ugotavljala, kako se počutijo na delovnem mestu, ali lahko svoje znanje delijo znotraj delovne organizacije, kaj jih motivira k izobraževanju, kako si plačujejo študij, ali jih v njihovi delovni organizaciji podpirajo pri študiju in ali se jim bo po končanem študiju spremenil status v delovni organizaciji.

Anketo sem sestavila sama na osnovi pregleda strokovne in znanstvene literature in ima vprašanja zaprtega tipa. Vprašalnik vsebuje 11 vprašanj in je sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop vsebuje trditve namenjene spoznavanju dejavnikov, ki so vplivali na odločitev za nadaljnje izobraževanje. Štiri vprašanja v tem sklopu vsebujejo trditve, anketiranci so jih ocenjevali z ocenami od 1 (s trditvijo se sploh ne strinjam) do 6 (s trditvijo se popolnoma strinjam). Šeststopenjsko ocenjevalno lestvico sem izbrala, ker sprašujem o stališčih in v tem

primeru je prisilna lestvica primernejša. Drugi sklop vprašanj v anketnem vprašalniku vsebuje splošna vprašanja o anketirancu. Anketa je bila izvedena na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani v mesecu decembru 2013. Pred začetkom pouka je bilo razdeljenih 50 anketnih vprašalnikov. Študenti so anketne vprašalnike vrnili predstavniku razreda čez dober teden. Vrnjenih je bilo 45 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 90-odstotno stopnjo odzivnosti. Rezultate sem obdelala s programom Excel.

6.3 Rezultati raziskave

Iz tabele 4 lahko razberemo, da je bilo med anketiranci 80 % žensk in 20 % moških. To je v skladu s statistikami, da se za poklic zdravstvene nege odločajo v veliki meri ženske (SURS, 2020).

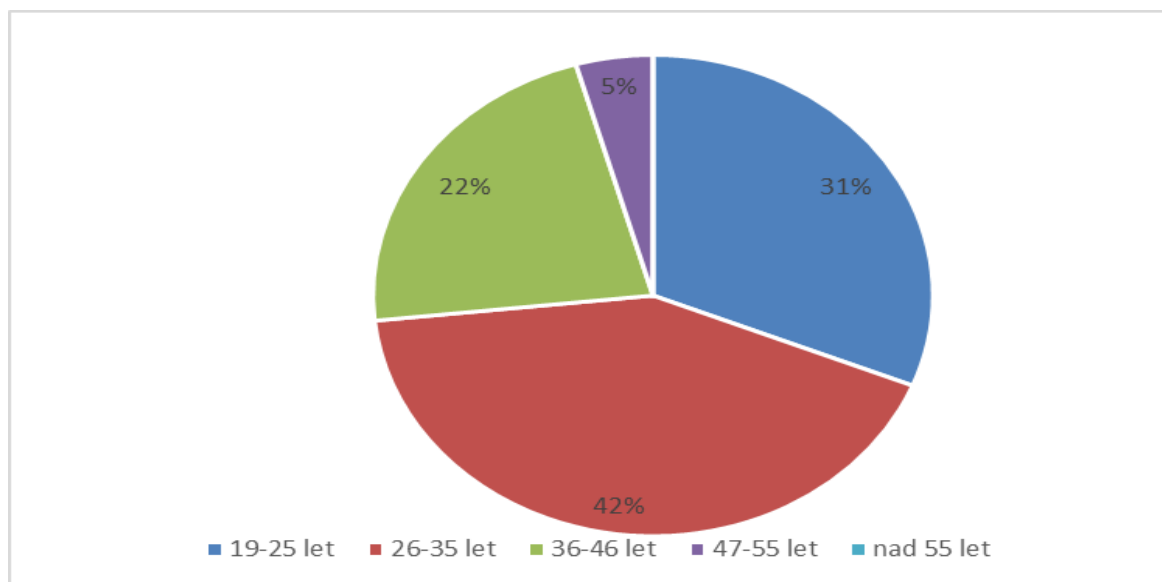
Tabela 4: Spol anketirancev

SPOL	Frekvenca	Delež
Ženski	36	80 %
Moški	9	20 %

Vir: lastno delo.

Slika 3 prikazuje, da so anketiranci predvsem mladi študentje, saj jih je 73 % starih med 19 in 35 let, 27 % pa med 36 in 55 let. Noben od anketiranih ni star več kot 55 let.

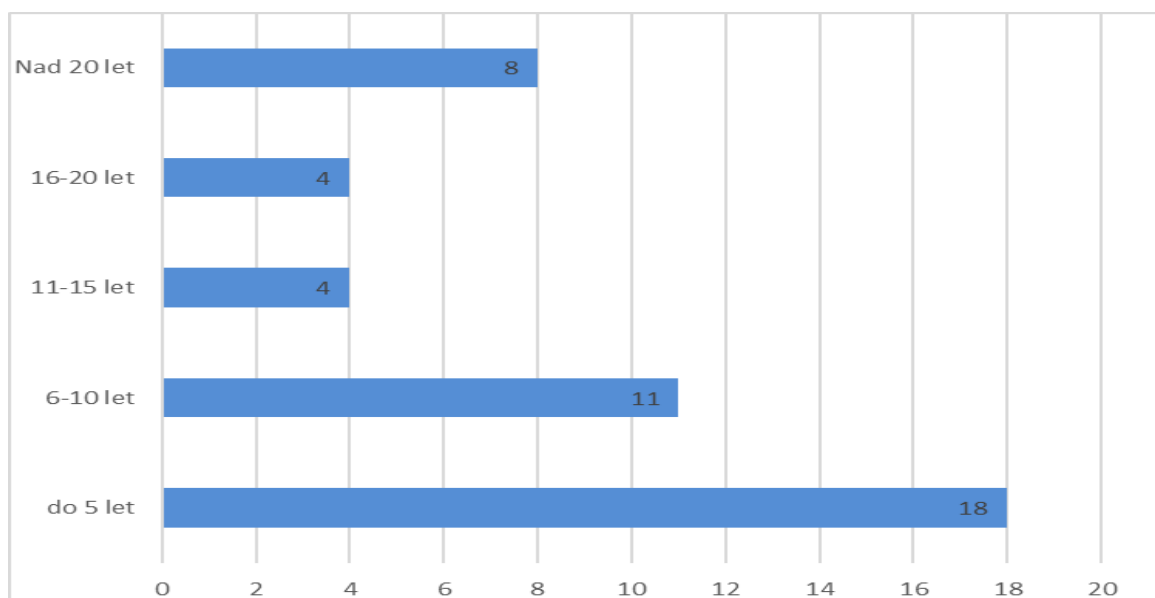
Slika 3: Starostna struktura anketirancev (v %)



Vir: lastno delo.

Slika 4 prikazuje, da ima 29 anketirancev delovno dobo v zdravstveni organizaciji manj kot 10 let in 16 anketirancev delovno dobo več kot 10 let.

Slika 4: Delovna doba anketirancev v zdravstveni organizaciji



Vir: lastno delo.

S slike 5 lahko razberemo, da v delovnih organizacijah, kjer so anketiranci zaposleni, relativno slabo upoštevajo predloge, ki jih predlagajo anketiranci (3,4), izboljšave ne morejo vpeljati v prakso na delovnem mestu (3,4). 37 anketirancev se je sicer strinjalo, da so s pridobitvijo izobrazbe pripravljeni prevzeti večje obveznosti in odgovornost (povprečna vrednost je 5,3). Pri trditvi, da je anketiranec s pridobitvijo izobrazbe pripravljen napredovati (5,2), se je strinjalo 39 anketirancev, ki so odgovorili s strinjam se oz. popolnoma se strinjam. 19 anketirancev je bilo pri trditvi, da jih sodelavci pri nadaljnjem izobraževanju podpirajo (4,1), neopredeljenih, 9 se jih ni strinjalo in 14 se jih je strinjalo ali popolnoma strinjalo s to trditvijo. Ob izvajanju zdravstvene nege se 25 anketiranih študentov nauči vedno kaj novega (4,5), medtem ko jih je bilo 6 ob tej trditvi neopredeljenih. Večji del anketiranih študentov se še vedno strinja ali popolnoma strinja, da je delo v zdravstveni negi zanimivo in jim vsakodnevno pomeni nove izzive (5,0). Teh je bilo 34, 8 jih je bilo ob tej trditvi neopredeljenih. 24 anketirancev je s svojim delom zadovoljnih (4,5), medtem ko je 19 anketirancev neopredeljenih. 5 anketirancev s svojim delom ni zadovoljnih.

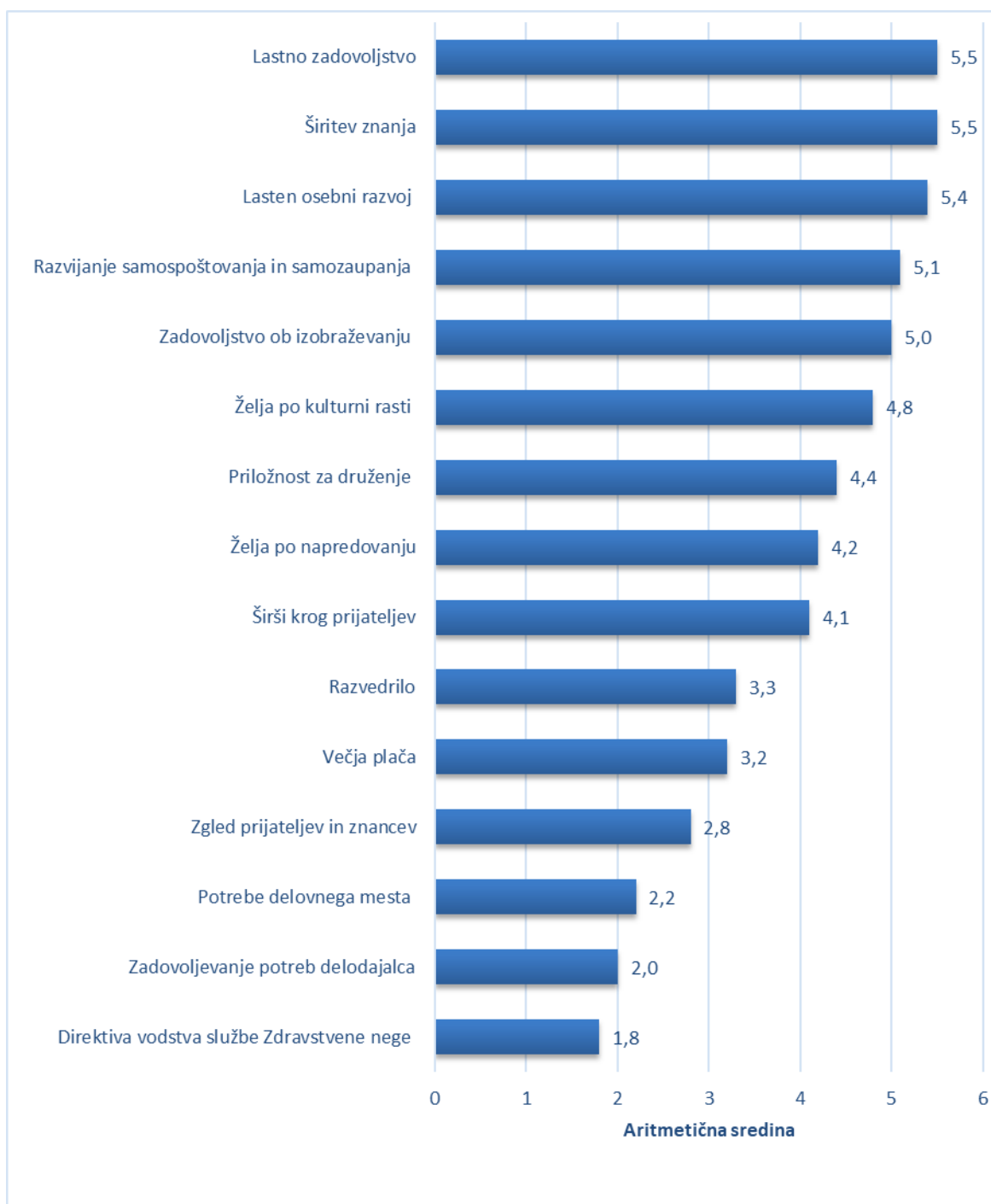
Slika 5: Kako delovna organizacija, sodelavci in vodilni vplivajo na odločitev anketirancev o nadaljnjem izobraževanju



Vir: lastno delo.

Slika 6 nam prikazuje individualne dejavnike motiviranosti, ki pri anketirancih vplivajo na nadaljevanje izobraževanja. Najbolj izstopajo notranji dejavniki motiviranosti za izobraževanje, kot so lasten osebni razvoj (5,4), lastno zadovoljstvo (5,5), razvijanje samospoštovanja in samozaupanja (5,1), širitev znanja (5,5), zadovoljstvo ob izobraževanju (5,0) in pridobiti višjo formalno izobrazbo (5,2). Najslabše so anketiranci ocenili dejavnike motiviranosti, ki so povezani z delodajalcem. 37 anketirancev se ni strinjalo s trditvijo, da so se za izobraževanje odločili zaradi »zadovoljevanja potreb delodajalca« (2,0), le 8 anketirancev se je s to trditvijo strinjalo. Prav tako se kar 39 anketirancev ni odločilo za izobraževanje, ker bi bila to »direktiva vodstva Službe zdravstvene nege« (1,8). Anketiranci se prav tako za izobraževanje niso odločili zaradi zgleda prijateljev in znancev (2,8), zaradi večje plače (3,2), zaradi napredovanja (3,6) ali zaradi razvedrila (3,3). Zaskrbljujoč pa je rezultat anketirancev, da se kar 36 anketirancev ni odločilo za nadaljnje izobraževanje zaradi potreb delovnega mesta (2,2).

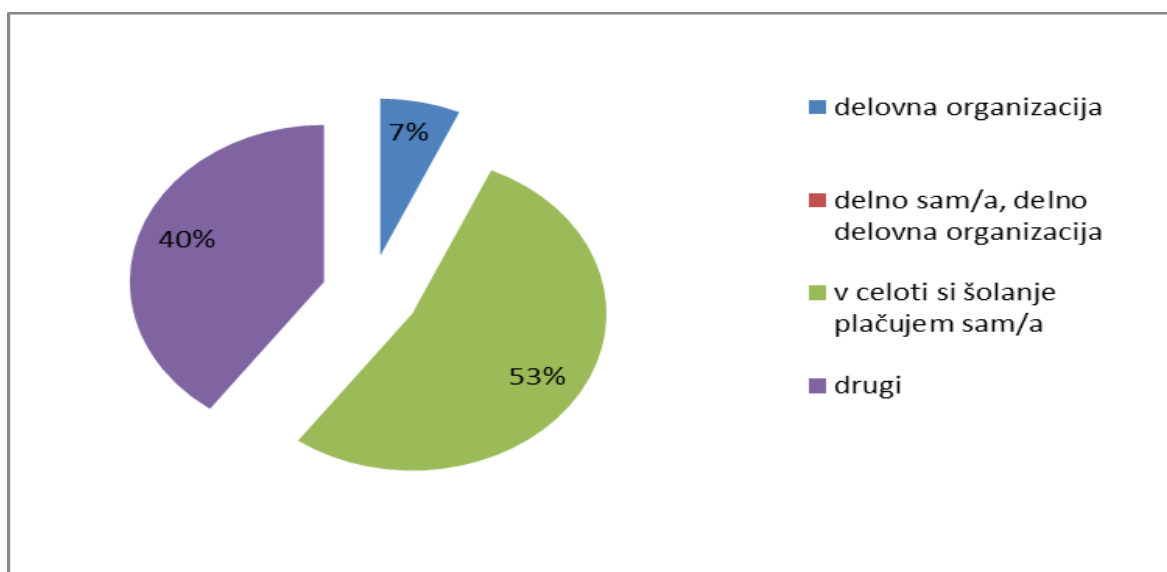
Slika 6: Individualni dejavniki motiviranosti pri anketirancih, ki so vplivali na odločitev za nadaljnje izobraževanje



Vir: lastno delo.

Slika 7 prikazuje, da si anketiranci v 53 % plačujejo študij sami. Kar 40 % jih plačuje izobraževanje iz drugih virov (bančni kredit, starši). Le pri 7 % je pomoč pri plačevanju šolnine za izobraževanje delavca omogočila delovna organizacija in noben anketiranec si plačevanja šolnine ni delil z organizacijo.

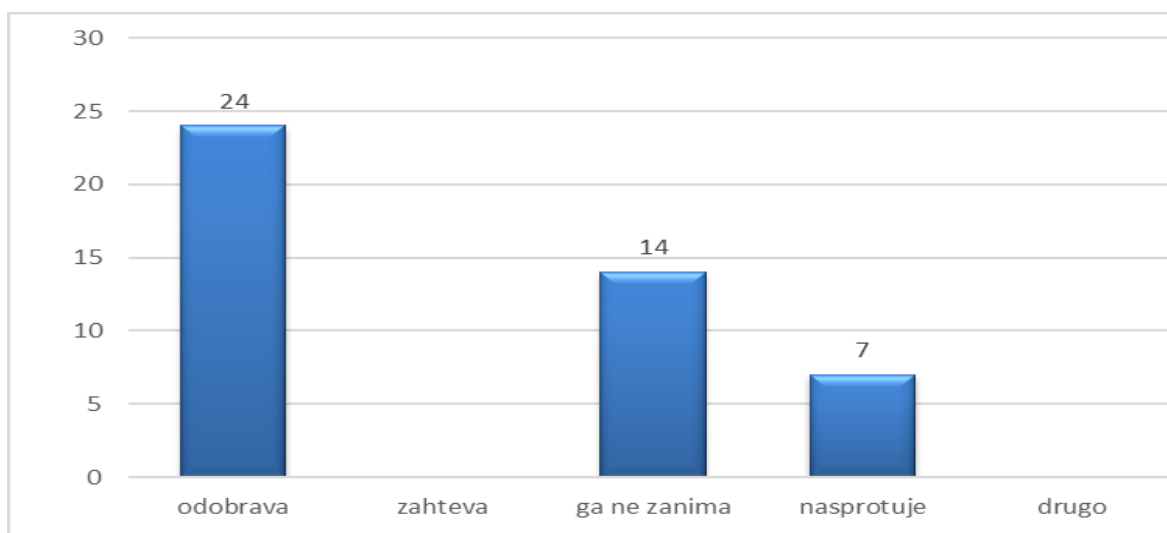
Slika 7: Viri plačevanja šolnine anketiranih študentov (v %)



Vir: lastno delo.

24 anketiranih študentov je odgovorilo, da nadrejeni odobravajo izobraževanje (glej Sliko 8). Pri 21 anketiranih nadrejenega ni zanimalo nadaljnje izobraževanje oziroma je izobraževanju celo nasprotovalo. Noben nadrejeni pa nadaljnje izobraževanja ni zahteval.

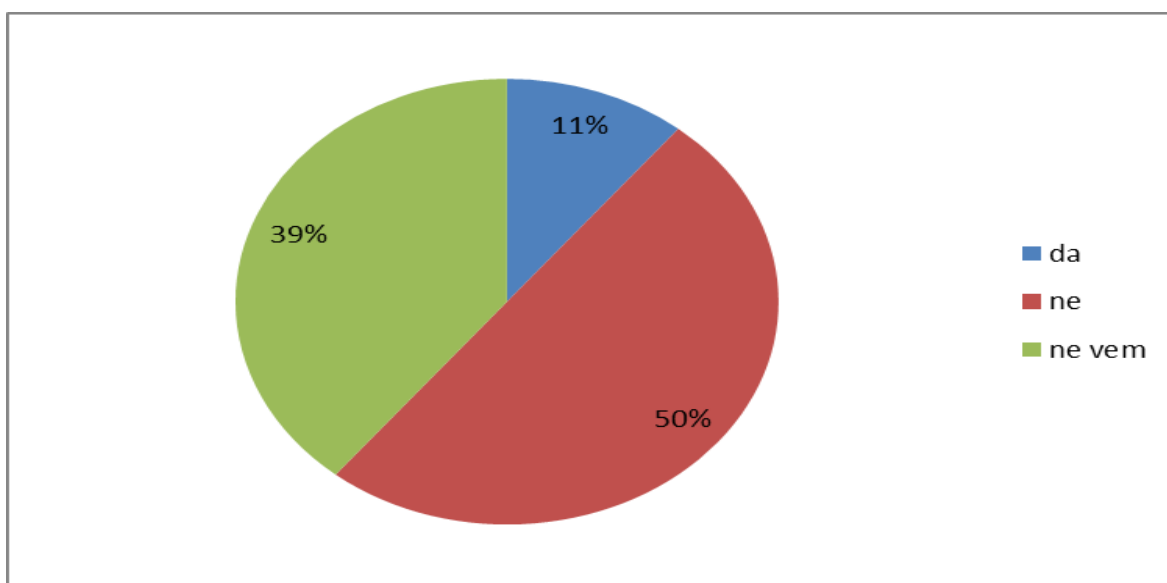
Slika 8: Neposredni odnos nadrejenega do izobraževanja anketiranca



Vir: lastno delo.

Slika 9 kaže, da je polovica anketirancev (50 %) seznanjena, da se jim ob končanju študija plačilni razred ne bo spremenil, 39 % jih tega še ne ve in 11 % jih verjame, da se jim bo plačilni razred ob končanju študija dvignil.

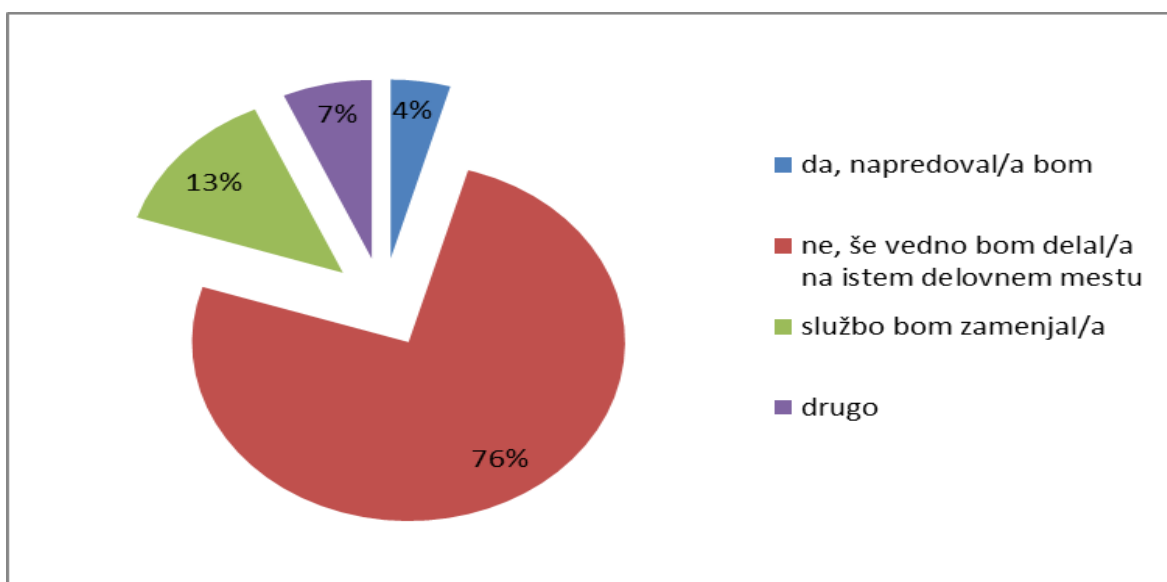
Slika 9: Pričakovana sprememba plačilnega razreda po končanju študija (v %)



Vir: lastno delo.

Slika 10 nam prikazuje, da se večina anketirancev (76 %) zaveda, da bodo s pridobljeno izobrazbo še vedno delali na istem delovnem mestu, 4 % anketirancev upa, da bodo s pridobljeno izobrazbo napredovali, in 13 %, da bodo službo zamenjali.

Slika 10: Pričakovano napredovanje po hierarhični lestvici po končanju študija (v %)



Vir: lastno delo.

7 RAZPRAVA O REZULTATIH RAZISKAVE

Učenje postaja vseživljenjski proces, ki traja tako dolgo, dokler smo živi. S proučevanjem strokovne in znanstvene literature sem spoznala, da vsak odloča o svoji karierni poti. Vsak ustvarja svoj vzorec kariere: po nabiranju izkušenj in novega znanja lahko zamenja delovno mesto, lahko zamenja delodajalca ali pa se sploh ne premakne z že obstoječega delovnega mesta. Vse je odvisno od dejavnikov, ki ga motivirajo za izobraževanje in za delo. Ker noben vodja ne more biti uspešen sam, je prav motivacija delavcev, da mu sledijo, uresničujejo njegove ideje in vizijo, tista, ki ga omogoča. Vendar vodje motivacijo delavcev pogosto zanemarjajo (Blanchard, Broadwell & Maxwell, 2017, str. 12). Le učeča se organizacija je uspešna organizacija.

Raziskava o dejavnikih motiviranosti medicinskih sester oziroma zdravstvenih delavcev za nadaljnje izobraževanje je potrdila moja pričakovanja. Zdravstveni delavci smo motivirani za izobraževanje, prevladujejo notranji dejavniki motiviranosti in večina študentov, ki želi izpopolniti svoje znanje in druge kompetence, mora študij plačati sama.

Raziskava je pokazala, da so glavni dejavniki motiviranosti medicinskih sester za nadaljnje izobraževanje notranji: želja po osebnem razvoju, samoizpopolnitev, zadovoljstvo z novimi znanji in sposobnostmi in možnost, čeprav majhna, za napredovanje. Politike zdravstvenih organizacij oziroma vodje oddelkov v njih ne dajejo dovolj podpore izpopolnjevanju znanja in usposabljanju medicinskih sester. K temu jih proaktivno ne spodbujajo in jih pri študiju ne motivirajo, čeprav je zdravstvena nega stroka, ki mora biti glede kakovosti na najvišji možni ravni. Vrhunsko znanje in sposobnosti pa bi morale biti ena od prioritet vseh vodij zdravstvenih delavcev. Poleg znanja je pomembna čustvena zrelost in uravnovešenost zdravstvenega delavca. Zdravstveni delavci se pri svojem delu srečujemo z lepimi, pa tudi pretresljivimi situacijami. Prav je, da se zmoremo vživeti v bolečino druge osebe, da razumemo situacijo, vendar pa ne smemo dopustiti, da bi ta preveč posegla v naše življenje. Delo je fizično in psihično naporno. Poteka v izmenah, ponoči in ob praznikih, ko je večina ljudi prostih. Delo »na sebi« je v našem poklicu že skoraj nujno potrebno. Z nabiranjem izkušenj in nenehnim izobraževanjem se naučimo »voziti po vijugasti cesti« med službo, družino, hobiji in prijatelji.

V organizacijah, kjer želijo večati uspešnost, mora vodstvo zagotoviti ustrezne pogoje, da bodo zaposleni lahko pri delu uporabili svoje najboljše zmožnosti in da bodo uspešni, ter jih za uspešno delo primerno nagraditi. Ključna je torej vloga vodje, ki mora za uresničevanje vizije znati dobro organizirati delo in sodelavce spodbujati k čim boljšemu rezultatu. Dober vodja, ki bo poznal dejavnike motiviranosti svojih zaposlenih, jim bo dodelil takšno mesto in naloge, da bodo lahko čim bolj uveljavljali vse svoje prednosti, ter jim omogočal stalno učenje in izpopolnjevanje znanja, kar je podlaga za boljše rezultate v prihodnosti (Dimovski, Penger, Škerlavaj & Žnidaršič, 2005, str. 69).

Ko razmišljam o rezultatih raziskave, se mi poraja vprašanje, kaj so lahko razlogi za to. Je mogoče, da vodstvo ne spodbuja svojega kadra za nadaljnje izobraževanje zaradi strahu pred izgubo avtoritete ali celo vodstvenega položaja? Raziskava je namreč pokazala, da so anketiranci po študiju pripravljeni prevzeti bolj zahtevna in odgovorna delovna mesta in s tem tudi napredovati. O rezultatih raziskave sem zato spregovorila z nekaj sodelavkami v UKC. Priložnostni vzorec medicinskih sester vključuje tri. Le ena je imela pozitivno izkušnjo pri podpori študiju.

Prva medicinska sestra je takole komentirala rezultate: »Pri anketi me je presenetilo dejstvo, da delovna organizacija plačuje šolanje le 7 % študentov. Glede na pomanjkanje kadra se mi zdi to občutno prenizka številka. Po drugi strani pa skoraj polovico nadrejenih ne zanima, ali zaposleni študira in se izobražuje. Sama sem se za študij odločila, da si izpopolnim znanje in pridobim večjo izobrazbo, toda plačilo mi je omogočil delodajalec in mi zraven ponudil še študijski dopust.«

Druga sogovornica je imela drugačne izkušnje: »Za študij sem se odločila zato, da bi imela večje in boljše možnosti zaposlitve ter da bi si razširila znanje. Vedela sem, da se mi bo plačni razred dvignil, a ne za veliko. S študijem sem začela pri 36 letih, ko sem imela že 16 let delovne dobe. Plačala sem si ga sama, brez kakršnekoli pomoči delodajalca. Odgovor nadrejene (glavne sestre oddelka, kjer sem zaposlena) glede financiranja ali sofinanciranja šolnine in študijskega dopusta je bil namreč negativen. Kasneje sem izvedela, da je bil ta podatek laž. Tekom študija so mi zelo pomagale sodelavke, brez njihove pomoči bi bilo veliko težje.«

Tretja pa je dejala: "Glede na dolgo študijsko dobo v Sloveniji je pričakovano, da je največ anketiranih študentov starih med 26 in 46 let. Preseneča me pa, da anketiranci menijo, da se njihovi predlogi in mnjenja upoštevajo v organizaciji. Moje mnenje je, da spremembe v organizaciji težje sprejemamo. Iz rezultatov razberem, da je težnja po izobraževanju velika, vendar ni vedno v skladu s potrebami delodajalca. S tem se tudi sama strinjam. Ko gre za plačilo, je nekako pričakovano, da si zaposleni sami plačujemo; se mi pa zdi izjemnega pomena, da bi to prevzel delodajalec in si s tem zagotovi izobražen, motiviran kader. Na ta način mu izkaže zaupanje v njegovo delo. Presenetil me je rezultat, da delodajalec praktično ne zahteva dodatnih izobraževanj, saj se mi zdi, da delamo na takem področju, kjer je stalna izobrazba nujna in tudi pogoj za nadaljevanje licence. Prav tako me je presenetilo, da delodajalec izobraževanju celo nasprotuje. To ni v redu in nima mesta v zdravstveni negi. Odgovori, da po končani izobrazbi še vedno opravljajo isto delo za isto plačilo, so pričakovani, vendar se s tem ne strinjam. Mislim, da mora biti izobražen kader postavljen na ustrezno delovno mesto in za to prejeti pošteno plačilo."

Vsi trije individualni pogledi na rezultate raziskave so v skladu z mojim razmišljanjem, da notranji dejavniki motiviranosti za izobraževanje medicinskih sester ne morejo biti trajni gradniki njihove delovne uspešnosti. Sistemska podpora in spodbudna drža vodij v zdravstvenih organizacijah se morata okrepiti. Strah pred nezdravimi ambicijami

zdravstvenih delavcev je odveč. Številni ne želijo graditi kariere po hierarhični lestvici navzgor (Kaye, Williams & Cowart, 2017, str. 3). Kariera je lahko sestavljena iz zelo različnih izkušenj – velikih in majhnih, povezanih s položajem in s strokovnostjo ter človeškostjo, ki je neodvisna od položaja. Vse to sestavlja karierno pot. Za nekatere pomeni gradnja kariere premikanje od funkcije do funkcije, nekateri menjajo celo službe, nekateri pa svojo kariero gradijo predvsem na osebni rasti – strokovni, osebnostni in duhovni. Definicija kariernega uspeha je torej odvisna od vsakega posameznika in ni univerzalna. Vodje morajo zato v odkritih pogovorih ugotoviti želje posameznikov in jih skušati razumeti, organizacije pa zagotoviti take politike in sredstva, ki jih bodo podpirale pri dolgoročnih prizadevanjih za najboljše izide zdravljenja, zadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev, pa tudi zadovoljstvo sodelavcev.

Motiviranost zaposlenih ni neka naravna danost. Brez podpore vodstev in sodelavcev usiha. Danes je marsikje že izjema. Zato bi morale zdravstvene organizacije izkoristiti motiviranost medicinskih sester za izobraževanje v prid bolnikov in jih za to dodatno nagraditi. Le visoko izobraženi in usposobljeni delavci pripomorejo k visoki delovni uspešnosti organizacije. 85 % uspeha neke organizacije lahko pripišemo delavcem. To so delavci, ki so motivirani, imajo ideje, vizijo, nenehno iščejo poti v osebni rasti, so radovedni in postavljajo visoke standarde sebi in drugim (Blanchard, Broadwell & Maxwell, 2017, str. 14).

Čeprav cilje postavljajo vodje, jih uresničujejo delavci. Zato je pomembno, da so za delo visoko motivirani in za dobro delo tudi primerno nagrajeni. Zdravstveni delavci morajo gojiti dobre medsebojne odnose, sprejemati odgovornost in delovati samoiniciativno, če je vse pristno, bodo čutili tudi pripadnost organizaciji. Vodje pa morajo svoje podrejene spoštovati in jim zaupati, vrednote organizacije pa krepiti z lastnim zgledom.

SKLEP

Zdravstvena dejavnost je timsko delo na vseh ravneh organizacije, ker je skupni cilj dobrobit za bolnika. Medicinska znanost tako hitro napreduje, da smo zdravstveni delavci že skoraj prisiljeni v nenehno izpopolnjevanje znanja in usposabljanje. Ne le zaradi licenčnih točk, predpisanih s Pravilnikom o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babetne nege, Ur. l. RS, št. 24/2007, temveč zaradi želje po strokovni in osebni rasti, da se naučimo spopadati s težkimi situacijami in konflikti.

V Sloveniji ni dodiplomskih zdravstvenih programov, na katerih bi učili in urili potencialne vodje zdravstvenih timov, kako dobro voditi ljudi, kako jih motivirati, kako reševati konflikte in kako se odzivati na krizne situacije. Takšna znanja in veščine posameznik razvije šele skozi karierno pot, če sploh, saj na to vpliva tudi osebnost nadrejenega vodje in samoiniciativnost posameznika. Potreba po ustreznem šolanju in dodatnem izpopolnjevanju znanja ter usposabljanju vodstvenih kadrov v zdravstvu v Sloveniji je že dalj časa močno prisotna, saj je na vodilnih in vodstvenih mestih pretežno kader z medicinsko oziroma

zdravstveno predizobrazbo, brez izkušenj s področja kadrovskega ali splošnega managementa.

V magistrskem delu sem proučevala, kaj motivira medicinske sestre oziroma zdravstvene delavce pri izobraževanju (izpopolnjevanju znanja in usposabljanju). Med omejitvenimi dejavniki izobraževanja zdravstvenih delavcev se največkrat pojavljajo omejena razpoložljiva finančna sredstva, hkrati pa tudi relativno dragi in težje dostopni zunanji viri strokovnega znanja. To je potrdila tudi moja raziskava, saj si večinoma študij plačajo anketiranci sami. Ni nagrad za tiste, ki se sami izobražujejo, ki želijo novo pridobljeno znanje in veščine uporabiti za večjo kakovost dela na delovnem mestu. To je še posebej problematično, ker so se za pridobivanje licenčnih točk po Pravilniku prisiljeni izobraževati samo diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik, diplomirana babica, diplomirani babičar, višja medicinska sestra, višji zdravstveni tehnik in višji medicinski tehnik, medtem ko srednja medicinska sestra in srednji zdravstveni tehnik ne.

Rezultati ankete so še pokazali, da anketirance k nadaljnjemu izobraževanju ženejo notranji dejavniki motiviranosti, in to kljub temu, da se zavedajo, da se jim s končanjem študija ne bo spremenil ne plačni razred ne delovno mesto. Najbolj jih motivira želja po notranjem izpopolnjevanju, samouresničevanju, pridobivanju novega znanja, a vendar tudi želja po napredovanju.

Zdravstveni delavci smo se dolžni izobraževati skozi celotno karierno pot in tudi raziskava je pokazala, da smo za izobraževanje motivirani. Le zdravstvene organizacije nimajo vizije razvoja svojih sodelavcev in ne ciljev, kako izkoristiti njihova novopridobljena znanja, veščine in izkušnje za zvišanje kakovosti in uspešnosti dela z bolniki.

LITERATURA IN VIRI

1. Alma Mater Europaea (2016). *Samoevalvacijsko poročilo za študijsko leto 2014–2015*. Pridobljeno 21. decembra 2019 iz https://www.almamater.si/upload/userfiles/files/Samoevalvacija/SAMOEVALVACIJSKO%20POROCILO%202014_15%20kon%C4%8Dno.pdf
2. Alma Mater Europaea (2017). *Samoevalvacijsko poročilo za študijsko leto 2015–2016*. Pridobljeno 21. decembra 2019 iz https://www.almamater.si/upload/userfiles/files/Samoevalvacija/Ad%202%20SAMOEVALVAC%20PORO%C4%8CILO_15_16.pdf
3. Alma Mater Europaea (2018). *Samoevalvacijsko poročilo za študijsko leto 2016–2017*. Pridobljeno 21. decembra 2019 iz https://www.almamater.si/upload/userfiles/files/Samoevalvacija/SAMOEVALVACIJSKO%20PORO%C4%8CILO%202016_17_oblikovano_1.pdf
4. Alma Mater Europaea (2019). *Samoevalvacijsko poročilo za študijsko leto 2017 – 2018*. Pridobljeno 21. decembra 2019 iz

https://www.almamater.si/upload/userfiles/files/Samoevalvacija/SAMOEVALVACIJS SA%20PORO%C4%8CILO_Final_w2.pdf

5. Alma Mater Europaea (2020). *Število vpisanih študentov v prvi letnik in število diplomantov za študijsko leto 2018-2019* (interno gradivo). Murska Sobota: Alma Mater.
6. Ažman, M. (2019). Učinek časa ob stoletnici poklica medicinske sestre na Slovenskem. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), 100–103.
7. Blanchard, K., Broadwell, R. & Maxwell, C. J. (2017). *Servant Leadership in Action: How You Can Achieve Great Relationships and Results*. Oakland: Berrett-Koehler Publishers.
8. Bohinc, M. (1997). Menedžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 31(5/6), 247–252.
9. Clift, J. M. (1997). Izobraževanje za medicinske sestre v Evropi. *Obzornik zdravstvene nege*, 31(5/6), 197–202.
10. Česen, M., & Keber, D. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
11. Dimovski, V., Penger, S., Škerlavaj, M. & Žnidaršič, J. (2005). *Sodobni management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
12. Dovžan, H. (2014). *Z znanjem do delovne uspešnosti*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
13. Državni izpitni center (2016). *Letno maturitetno poročilo o poklicni maturi 2015*. Pridobljeno 15. januarja 2020 iz <https://www.ric.si/mma/Letno%20porocilo%20za%20poklicno%20maturo%202015/20160601085443/>
14. Državni izpitni center (2017). *Letno maturitetno poročilo o poklicni maturi 2016*. Pridobljeno 15. januarja 2020 iz <https://www.ric.si/mma/Letno%20porocilo%20za%20poklicno%20maturo%202016%22z%20errato/2018121909115354/>
15. Državni izpitni center (2018). *Letno maturitetno poročilo o poklicni maturi 2017*. Pridobljeno 15. januarja 2020 iz <https://www.ric.si/mma/Letno%20poro%20%20ilo%20za%20poklicno%20maturo%202020%20z%20errato/2018121909115586/>
16. Državni izpitni center (2019a). *Letno maturitetno poročilo o poklicni maturi 2018*. Pridobljeno 15. januarja 2020 iz <https://www.ric.si/mma/LP%20za%20poklicno%20maturo%202018/2019060313495720/>
17. Državni izpitni center (2019b). *Vmesno maturitetno poročilo o poklicni maturi 2019*. Pridobljeno 15. januarja 2020 iz <https://www.ric.si/mma/Vmesno%20poro%20%20ilo%20PM%202019/2019120913223917/>
18. Fakulteta za zdravstvene vede Maribor (2019). *Število vpisanih študentov v prvi letnik in število diplomantov ter magistrantov v študijskem letu od 2014-2015 do 2018-2019 za 1. in 2. študijski program* (interno gradivo). Maribor: Univerza v Mariboru, Oddelek za izobraževanje in študij.

19. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (2019). *Število vpisanih študentov v prvi letnik in število diplomantov ter magistrantov v študijskem letu od 2014-2015 do 2018-2019 za 1. in 2. študijski program* (interno gradivo). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
20. Fakulteta za vede o zdravju (2015). *Samoevalvacijsko poročilo za izobraževalno dejavnost UP Fakultete za vede o zdravju za študijsko leto 2014-2015*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://fvz.upr.si/wp-content/uploads/2019/09/fvz_samoevalvacija_2014_2015.pdf
21. Fakulteta za vede o zdravju (2016). *Samoevalvacijsko poročilo za izobraževalno dejavnost UP Fakultete za vede o zdravju za študijsko leto 2015-2016*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://fvz.upr.si/wp-content/uploads/2019/09/samoevalvacijsko_porocilo_fvz_201516.pdf
22. Fakulteta za vede o zdravju (2018). *Samoevalvacijsko poročilo za izobraževalno dejavnost UP Fakultete za vede o zdravju za študijsko leto 2016-2017*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://fvz.upr.si/wp-content/uploads/2019/09/samoevalvacijsko_porocilo_201617.pdf
23. Fakulteta za vede o zdravju (2019). *Samoevalvacijsko poročilo-izobraževalna dejavnost-študijsko leto 2017-2018*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://fvz.upr.si/wp-content/uploads/2019/09/samoevalvacijsko_porocilo_fvz_1718.pdf
24. Fakulteta za vede o zdravju (2020). *Število vpisanih študentov v prvi letnik in število diplomantov ter magistrantov za 1. in 2. stopnjo študijskega programa za študijsko leto 2018-2019* (interno gradivo). Nova Gorica: Fakulteta za vede o zdravju.
25. Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2015). *Letno poročilo za leto 2014*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV_pripone/ostalo/fzv_nm_letno_porocilo_2014.pdf
26. Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2016). *Letno poročilo za leto 2015*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV_pripone/ostalo/fzv_nm_letno_porocilo_2015.pdf
27. Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2017). *Letno poročilo za leto 2016*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV_pripone/ostalo/fzv_nm_letno_porocilo_2016_poslano_na_mizs.pdf
28. Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2018). *Letno poročilo za leto 2017*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV_pripone/ostalo/fzvnmm_letno_porocilo_2017.pdf
29. Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto (2019). *Letno poročilo za leto 2018*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV_pripone/ostalo/unm_fzv_letno_porocilo_2018.pdf
30. Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec (2020). *Število vpisanih študentov v prvi letnik in število diplomantov ter magistrantov v študijskem letu od 2014-2015 do 2018-2019 za 1. in 2. študijski program* (interno gradivo). Slovenj Gradec: Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec.

31. Filej, B., Brečko, D., Skela Savič, B., & Kaučič, B. M. (2009). *Moja kariera - quo vadis: izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji/posvet z okroglo mizo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
32. Gorišek, K. & Tratnik, G. (2003). *Sprostitev moči zaposlenih – priložnost za poslovni uspeh*. Ljubljana: Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje.
33. Hajdinjak, A. & Meglič, R. (2001). Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 35(1/2), 29–35.
34. Hodgetts, M. R. (1991). *Organizational Behavior*. New York: Macmillan Publishing Company.
35. Hoyer, S. (2004). Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(2), 113–116.
36. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša (1975). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
37. Kaučič, B. M. (2005). Management v izobraževanju – stališča medicinskih sester do vseživljenjskega izobraževanja v zdravstvenem domu Maribor. *Obzornik zdravstvene nege*, 39(2), 153–161.
38. Kaye, B, Williams, L. & Cowart, L. (2017). *Up Is Not the Only Way. Rethinking Career Mobility*. Oakland: Berrett-Koehler Publishers.
39. Kvas, A. (2003). Formalno izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 37(1), 23–7.
40. Lahtinen, P., Leino-Kilpib, H. & Salminen, L. (2020, 5. februar). Nursing education in the European higher education area—Variations in implementation. Pridobljeno iz https://www.researchgate.net/publication/257348721_Nursing_education_in_the_European_higher_education_area_-_Variations_in_implementation
41. Lipičnik, B. (1998). *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
42. Lipičnik, B. & Možina, S. (1993). *Psihologija v podjetjih*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
43. Lipovec, F. (1987). *Razvita teorija organizacije*. Maribor: Založba obzorja Maribor.
44. Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (2017). *Predstavitev podatkov po študijskih programih*. Pridobljeno 11. septembra 2019 iz http://mizs.arhiv-spletisc.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/Visoko_solstvo/Statistika_in_analize/Analiza_vpisa_2016-17/Analiza_Celotna_2016.pdf
45. Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (2019a). *Pojasnila k predstavitvi podatkov po študijskih programih*. Pridobljeno 11. septembra 2019 iz http://mizs.arhiv-spletisc.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/Visoko_solstvo/Statistika_in_analize/Analiza_vpisa_2017-18/Analiza_2017_posebni_del.pdf
46. Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (2019b). *Vpis v programe Bolničar-negovalec in Zdravstvena nega v študijskem letu 2015-2016 do 2019-2020* (interno gradivo). Ljubljana: Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport.
47. Možina, S., Kavčič, B., Tavčar, I. M., Pučko, D., Ivanko, Š., Lipičnik, B., Gričar, J., Repovž, L., Vizjak A., Vahčič, A., Rus, V. & Bohinc, R. (1994). *Management*. Radovljica: Didakta.

48. Možina, S., Rozman, R., Glas, M., Tavčar, M., Pučko, D., Kralj, J., Ivanko, Š., Lipičnik, B., Gričar, J., Tekavčič, M., Dimovski, V. & Kovač, B. (2002). *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
49. Požun, P. (2003) Management zdravstvene nege v Kliničnem centru. *Obzornik zdravstvene nege*, 37(1), 5–11.
50. Radovan, M. (2002). Ovire odraslih pri vključevanju v izobraževanje. *Andragoška Spoznanja*, 8(1), 24–31.
51. Ramšak Pajk, J. & Rajkovič, V. (2004). Kariera medicinske sestre in samoevalvacijski model. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(1), 21–9.
52. Robertson, T. I., Smith, M. & Cooper, D. (1994). *Motivation*. London: Institute of Personnel and Development.
53. SURS (2016). *Kako sva si različna*. Pridobljeno 6. marca 2020 iz <https://www.stat.si/StatWeb/File/DocSysFile/8866/kako-sva-si-razlicna.pdf>
54. Ule, M. (2003). Razvoj zdravstvenega sistema v pogojih globalizacije: in kaj je z zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 37(4), 243–249.
55. Urbančič, K. (1996). Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 30(1/2), 21–28.
56. Visoka zdravstvena šola Celje (2016). *Samoevalvacijsko poročilo Visoke zdravstvene šole v Celju za študijsko leto 2014-2015*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz http://www.vzsce.si/si/files/default/Razno%202016/Samoevalvacijsko%20poro%c4%8dilo%202014_15_kon%c4%8dno.pdf
57. Visoka zdravstvena šola Celje (2017). *Samoevalvacijsko poročilo Visoke zdravstvene šole v Celju za študijsko leto 2015-2016*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz http://www.vzsce.si/si/files/default/Samoevalvacijsko%20poro%c4%8dilo%202015_16_.pdf
58. Visoka zdravstvena šola Celje (2018). *Samoevalvacijsko poročilo Visoke zdravstvene šole v Celju za študijsko leto 2016-2017*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz http://www.vzsce.si/si/files/default/Kakovost/Samoevalvacijsko%20poro%c4%8dilo%20VZSCE_2016_17_sprejeto.pdf
59. Visoka zdravstvena šola Celje (2019). *Samoevalvacijsko poročilo Visoke zdravstvene šole v Celju za študijsko leto 2017-2018*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz
60. Visoka zdravstvena šola Celje (2020). *Število vpisanih študentov v prvi letnik in število diplomantov ter magistrantov za 1. in 2. stopnjo študijskega programa za študijsko leto 2018-2019* (interno gradivo). Celje: Visoka zdravstvena šola Celje.
61. ZZS (2019). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2018*. Pridobljeno 19. novembra 2019 iz http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/poslovno_porocilo_slo?OpenView
62. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2011). *Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020*. Pridobljeno 11. septembra 2019 iz <https://www.zbornica->

zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_razvoja_zn_2011-2020_okt_2011.pdf

63. Zdravstvena fakulteta Ljubljana (2016). *Letno poročilo 2015 - poslovno poročilo s poročilom o kakovosti-računovodsko poročilo*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://www.zf.uni-lj.si/images/kakovost/Letno_porocilo_za_leto_2015_s_porocilom_o_kakovosti_in_racuracun_porocilom_web.pdf
64. Zdravstvena fakulteta Ljubljana (2017). *Letno poročilo 2016 - poslovno poročilo s poročilom o kakovosti-računovodsko poročilo*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://www.zf.uni-lj.si/images/kakovost/Poslovno_porocilo_UL_ZF_za_leto_2016.pdf
65. Zdravstvena fakulteta Ljubljana (2018). *Letno poročilo 2017 - poslovno poročilo s poročilom o kakovosti-računovodsko poročilo*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://www.zf.uni-lj.si/images/kakovost/Poslovno_porocilo_za_leto_2017.pdf
66. Zdravstvena fakulteta Ljubljana (2019). *Letno poročilo 2018 - poslovno poročilo s poročilom o kakovosti-računovodsko poročilo*. Pridobljeno 20. decembra 2019 iz https://www.zf.uni-lj.si/images/kakovost/Letno_porocilo_ZF_2018_sprejeto_27022019.pdf
67. Zdravstvena fakulteta Ljubljana (2020). *Letno poročilo 2019 - poslovno poročilo s poročilom o kakovosti-računovodsko poročilo*. Pridobljeno 2. marca 2020 iz https://www.zf.uni-lj.si/images/novice-2020/Letno_poro%C4%8Dilo_UL_ZF_za_leto_2019_Poslovno_poro%C4%8Dilo_s_poro%C4%8Dilom_o_kakovosti_in_Ra%C4%8Dunovodsko_poro%C4%8Dilo.pdf

PRILOGA

PRILOGA 1

Priloga: 2 Anketni vprašalnik

Pozdravljeni!

Sem Anja Knez in končujem magistrski študij na Ekonomski fakulteti v Ljubljani, smer Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu. Za magistrsko delo preučujem dejavnike motiviranosti diplomiranih medicinskih sester za nadaljnje izpopolnjevanje znanja in usposabljanje. Anketni vprašalnik je anonimen in mi bo v zelo veliko pomoč pri raziskovalni nalogi. Rezultate bom uporabila izključno v študijske namene.

1. Prosim obkrožite, katera trditev za Vas najbolj velja:

Trditve	Stopnja strinjanja					
Z delom sem zelo zadovoljen/na	1	2	3	4	5	6
Delo v zdravstveni negi je zanimivo in mi vsakodnevno pomeni nove izzive	1	2	3	4	5	6
Ob izvajanju zdravstvene nege se vedno naučim kaj novega	1	2	3	4	5	6
Sodelavci me podpirajo pri študiju	1	2	3	4	5	6
Vedno imam možnost svoje predloge, izboljšave vpeljati v klinično prakso	1	2	3	4	5	6
Pripravljen/a sem napredovati	1	2	3	4	5	6
Pripravljen/a sem sprejeti večje obveznosti in odgovornosti	1	2	3	4	5	6
V službi moje predloge cenijo	1	2	3	4	5	6
V službi moje predloge vedno upoštevajo	1	2	3	4	5	6

Legenda: 1- sploh se ne strinjam 6 - zelo se strinjam.

2. Kaj je vplivalo na Vašo odločitev za nadaljevanje izobraževanja?

Trditve	Stopnja strinjanja					
Potrebe delovnega mesta	1	2	3	4	5	6
Želja po napredovanju	1	2	3	4	5	6
Direktiva vodstva službe Zdravstvene Nege	1	2	3	4	5	6
Zgled prijateljev in znancev	1	2	3	4	5	6
Želja po kulturni rasti	1	2	3	4	5	6
Pridobiti višjo formalno izobrazbo	1	2	3	4	5	6
Drugo (napišite, kaj)						

Legenda: 1- sploh se ne strinjam 6 - zelo se strinjam.

3. Kaj Vam prinaša dodatno izobraževanje?

Trditve	Stopnja strinjanja					
	1	2	3	4	5	6
Širši krog prijateljev	1	2	3	4	5	6
Priložnost za druženje	1	2	3	4	5	6
Razvedrilo	1	2	3	4	5	6
Napredovanje	1	2	3	4	5	6
Večja plača	1	2	3	4	5	6
Širitev znanja	1	2	3	4	5	6
Lastno zadovoljstvo	1	2	3	4	5	6
Drugo (napišite, kaj)						

Legenda: 1- sploh se ne strinjam 6 - zelo se strinjam.

4. Kdo vam plačuje šolnino?

- delovna organizacija
- delno sam/a, delno delovna organizacija
- v celoti si šolanje plačujem sam/a
- drugi

5. Kateri motivi Vas spodbujajo k dodatnemu izobraževanju?

Trditve	Stopnja strinjanja					
	1	2	3	4	5	6
Zadovoljstvo ob izobraževanju	1	2	3	4	5	6
Razvijanje samospoštovanja in samozaupanja	1	2	3	4	5	6
Lasten osebni razvoj	1	2	3	4	5	6
Zadovoljevanje potreb delodajalca, ker vam postavlja pogoje ob izobraževanju	1	2	3	4	5	6
Drugo (napišite, kaj)						

Legenda: 1- sploh se ne strinjam 6 - zelo se strinjam.

6. Kakšen je po odnos neposredno nadrejenega do Vašega izobraževanja?

- odobrava

- zahteva
- ga ne zanima
- nasprotuje
- Drugo (napišite, kaj): _____

7. Ali se Vam bo po končanem študiju spremenil plačilni razred?

da ne ne vem

8. Ali boste neposredno po končanem študiju napredovali po hierarhiji na delovnem mestu?

- da, napredoval/a bom
- ne, še vedno bom delal/a na istem delovnem mestu
- službo bom zamenjal/a
- Drugo (napišite, kaj): _____

Splošni podatki:

9. Spol:

- Moški
- Ženska

10. Starost:

-
- 19-25 let
- 26-35 let
- 36-46 let
- 47-55 let
- nad 55 let

11. Delovna doba:

- do 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- Nad 20 let

Za sodelovanje se Vam lepo zahvaljujem in Vas pozdravljam.

Anja Knez