

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**IZGORELOST PRI DELU MEDICINSKIH SESTER KOT PSIHOLOŠKI
IN EKONOMSKI DEJAVNIK**

Ljubljana, junij 2012

ANA STRAUCH

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana ANA STRAUCH, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom IZGORELOST PRI DELU MEDICINSKIH SESTER KOT PSIHOLOŠKI IN EKONOMSKI DEJAVNIK, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prim. prof.dr. Janko Kersnikom dr.med. in sosvetovalko prof.dr. Nado Zupan univ.dipl.ekon.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo 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 v magistrskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
 - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predložene magistrskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 28.06.2012

Podpis avtorice: _____

KAZALO

UVOD	1
1 ZNAČILNOSTI JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA SEKTORJA	2
1.1 Učinkovitost slovenskega zdravstvenega sistema	4
1.2 Organizacija dela zdravstvene nege	6
2 OBREMENJENOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV	8
2.1 Opredelitev stresa	9
2.2 Vpliv stresa na delovno učinkovitost.....	12
3 OPREDELITEV SINDROMA IZGOREVANJA	12
3.1. Teoretična modela izgorelosti zaposlenih zdravstvu.....	13
3.1.1 Model lastne učinkovitosti	13
3.1.2 Bivanjski model izgorelosti	14
3.2. Stopnje procesa izgorevanja	14
4 VZROKI IZGOREVANJA	16
4.1 Posameznik in njegove lastnosti.....	16
4.2 Socialno okolje	17
4.3 Delovno okolje	18
4.3.1 Preobremenjenost z delom.....	18
4.3.2 Pomanjkanje avtonomije	19
4.3.3 Neustrezno nagrajevanje	20
4.3.4 Razpad delovne skupnosti	21
4.3.5 Pomanjkanje poštenosti	21
4.3.6 Nasprotujoče si vrednote	22
5 POSLEDICE IZGOREVANJA	22
5.1 Psihološki dejavniki izgorevanja za posameznika.....	22
5.2 Ekonomski dejavniki izgorevanja z vidika delovne organizacije	24
5.3 Ekonomski dejavniki izgorevanja z vidika države	25
6 RAZISKAVA PSIHOLOŠKIH IN EKONOMSKIH DEJAVNIKOV PRI IZGORELOSTI MEDICINSKIH SESTER	25
6.1 Namen, cilji in hipoteze raziskave.....	25
6.2 Metodologija raziskave.....	27
6.2.1 Predstavitev vprašalnika	27
6.2.2 Zbiranje podatkov	28
7 PREDSTAVITEV REZULTATOV RAZISKAVE	28
7.1 Ekonomski dejavniki Interne in Kirurške klinike.....	28
7.1.1 Bolniška odsotnost medicinskih sester zaposlenih na KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok in KO za gastroenterologijo	30
7.2 Značilnosti skupine MS1	31
7.3 Značilnosti skupine MS2	33

7.4 Primerjava stopnje izgorevanja in zadovoljstva z delovnim okoljem med skupinama medicinskih sester MS1 in MS2	34
7.5 Domneva 1: razlika v doživljanju izgorelosti med MS1 in MS2.....	35
7.5.1 Faktorska analiza izgorevanje medicinskih sester MS1	36
7.5.2 Faktorska analiza izgorevanje medicinskih sester MS2	38
7.6 Domneva 2: razlike v doživljanju izgorelosti med MS1 in MS2 glede na delovno dobo.....	41
7.7 Domneva 3: razlike v doživljanju zadovoljstva z delom med MS1 in MS2.....	42
7.7.1 Faktorska analiza zadovoljstva z delom skupina MS1	43
7.7.2 Faktorska analiza zadovoljstva z delom skupina MS2	43
7.8 Domneva 4: razlike v doživljanju zadovoljstva z možnostmi napredovanja med MS1 in MS2.....	45
7.9 Domneva 5: razlike v doživljanju izgorelosti glede na bolniško odsotnost med MS1 in MS2.....	46
8 RAZPRAVA O REZULTATIH RAZISKAVE TER PRIPOROČILA ZA ODPRAVO IZGOREVNJA.....	47
8.1 Priporočila za odpravo izgorevanja.....	50
SKLEP.....	51
SEZNAM LITERATURE IN VIROV	53

KAZALO TABEL

Tabela 1: Značilnosti pridobitnih in nepridobitnih organizacij	4
Tabela 2: Posledice izgorevanja za posameznika	22
Tabela 3: Bolniki ZZZS – akutna bolnišnična obravnava po klinikah (realizacija in plan) ...	29
Tabela 4: Poslovanje klinik UKC Ljubljana v letu 2010	30
Tabela 5: Povprečne vrednosti in standardni odkloni za dimenzije izgorevanja	36
Tabela 6: Lastne vrednosti in pojasnjene variance po rotaciji	37
Tabela 7: Faktorske uteži dobljene z varimax metodo	37
Tabela 8: Lastne vrednosti in pojasnjene variance po rotaciji	39
Tabela 9: Faktorske uteži dobljene z varimax metodo	39
Tabela 10: Povprečne vrednosti in standardni odklon	41
Tabela 11: Osnovne lastnosti vrednosti zadovoljstva z delom MS1 in MS2.....	42
Tabela 12: Lastne vrednosti in pojasnjene variance po rotaciji	43
Tabela 13: Faktorske uteži dobljene z varimax metodo	43
Tabela 14: Lastne vrednosti in pojasnjene variance po rotaciji	44
Tabela 15: Faktorske uteži dobljene z varimax metodo	44
Tabela 16: Osnovne lastnosti vrednosti zadovoljstva z napredovanjem MS1 in MS2.....	45
Tabela 17: Povprečna vrednost in standardni odklon	47

KAZALO SLIK

Slika 1: Vpliv stresa in zahtev na zmogljivost zaposlenih.....	11
Slika 2: Stopnje izgorelosti	14
Slika 3: Adrenalna izgorelost.....	16
Slika 4: Število zaposlenih medicinskih sester	30
Slika 5: Število ur kratkih boleznin.....	31

Slika 6: Dimenzije izgorevanja glede na leta delovne dobe MS1	32
Slika 7: Zadovoljstvo s delovnim okoljem glede na leta delovne dobe MS1.....	32
Slika 8: Dimenzije izgorevanja glede na leta delovne dobe MS2	33
Slika 9: Zadovoljstvo s delovnim okoljem glede na leta delovne dobe MS 2.....	34
Slika 10: Stopnje izgorevanja med skupinama MS1in MS2	34
Slika 11: Zadovoljstvo zaposlenih s delovnim okoljem med skupinama MS1 in MS2.....	35
Slika 12: Povprečna vrednost čustvene izčrpanosti med skupinama MS1 in MS2.....	36
Slika 13: Povprečna vrednost zadovoljstva z delom med skupinama MS1 in MS2	42
Slika 14: Povprečna vrednost zadovoljstva z napredovanjem med skupinama MS1 in MS2...	46

UVOD

Izgorevanje na delovnem mestu dosega v današnjih časih epidemične razsežnosti. Današnje delovno mesto je v ekonomskem in psihološkem smislu hladen, negostoljuben in delovno zahteven prostor. V zadnjem stoletju in pol je razvoj delovnega mesta napredoval stran od poniževalnega izkoriščanja proti idealu skupnosti. Vendar se ponovno vračajo zamisli o delovnem mestu kot učinkovitem stroju, kar pa zaposlenim ne nudi delovnega zadoščenja ter osebnega izpopolnjevanja. Ljudje postajajo čustveno, telesno, duhovno izčrpani kar vodi v izgorelost posameznika (Maslach & Leiter, 2002, str. 1).

Izgorelost je sindrom, ki je posledica dolgotrajnega delovanja čustvenih in medosebnostnih stresorjev pri delu. Opišemo ga s tremi dimenzijami: to so čustvena izčrpanost (ČI), depersonalizacija (D) in osebna izpolnitev (OI). Dejavniki tveganja za izgorelost so večje zahteve pri delu in pomanjkanje podpore iz okolja, stres, nevrotičnost, manjša avtonomnost pri delu, previsoki cilji, težave pri usklajevanju med delom in družino ter pomanjkanje občutka, da je poklic cenjen. To velja predvsem pri poklicnih skupinah, ki nudijo različne vrste pomoči ljudem. To so medicinske sestre, socialni delavci, delavci na zavodih za zaposlovanje in v klicnih centrih, skrbniki starejših, . . . (Selič, Rus Makovec & Petek, 2008, str. 21).

Izgoreli posameznik postane pri delu neučinkovit, nekreativen, počasen ter ciničen. Razvije različne strategije bega v spopadu med poklicnimi nalogami ter prevzame opustitveni, izčrpan ali pa navrstenični stil delovnega obnašanja. Takšne strategije, lahko pripeljejo do popolnega razvrednotenja posameznikovega dela, kot tudi dela sodelavcev in celotne ustanove (Brejc, 1994).

Delovne organizacije, v katerih so delovni timi podlegli izgorelosti, beležijo več absentizma, fluktuacij in nezaželenega oziroma deviantnega vedenja. Močan pritisk na financiranje zdravstvenega varstva bodo povzročile tudi posledice stresa in izgorevanja zaposlenih, saj raziskave v Evropi kažejo, da od 50 do 60 % odsotnosti z dela izhaja ravno iz stresa zaposlenih pri delu. V državah evropske unije so v letu 2002 ocenili, da zdravljenje nastalih posledic stresa zaposlenih na delovnem mestu stane okoli 20 milijard evrov (Kalčič, 2008, str. 24).

Namen raziskave je ugotavljanje vpliva delovnega okolja dveh skupin medicinskih sester na zaznavanje dimenzij izgorevanja in zadovoljstva z delom ter opredelitev ekonomskih dejavnikov (podatki realiziranega programa Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenija v nadaljevanju (ZZZS), poslovni izidi Interne in Kirurške Klinike, bolniška odsotnost medicinskih sester). V prvi skupini so medicinske sestre (v nadaljevanju MS1) zaposlene na Kliničnem oddelku (v nadaljevanju KO) za anesteziologijo, Univerzitetnega Kliničnega Centra Ljubljana (v nadaljevanju UKCL), medtem ko so v drugi skupini medicinske sestre (v nadaljevanju MS2), ki so zaposlene na oddelku Gastroenterološke interne klinike.

Cilj magistrske naloge je na podlagi delovnega okolja ugotoviti izgorelost medicinskih sester in zadovoljstvo z delovnim okoljem.

Raziskati želim naslednje domneve:

- Domneva 1: Zaznati je razlike v doživljanju izgorelosti, med prvo in drugo skupino medicinskih sester.
- Domneva 2: Zaznati je razlike v doživljanju izgorelosti glede na delovno dobo pod 10 let, med prvo in drugo skupino medicinskih sester.
- Domneva 3: Zaznati je razlike v doživljanju zadovoljstva s svojim delom, med prvo in drugo skupino medicinskih sester.
- Domneva 4: Zaznati je razlike v doživljanju zadovoljstva z napredovanjem med prvo in drugo skupino medicinskih sester.
- Domneva 5: Zaznati je razlike v doživljanju izgorelosti glede na bolniško odsotnost kadra, med prvo in drugo skupino medicinskih sester.

Magistrsko delo zajema osem smiselno zaključenih poglavij. Uvodu sledi prvo poglavje z naslovom značilnosti javnega zdravstvenega sektorja. Poglavje predstavlja vrednote javnega zdravstvenega varstva ter razlike med pridobitnimi in nepridobitnimi delovnimi organizacijami. Dve podpoglavji povzemata značilnosti slovenskega zdravstvenega sistema ter organizacijo dela v zdravstveni negi. Sledi drugo poglavje z naslovom obremenjenost zdravstvenih delavcev, ki opredeli stres ter vpliv stresorjev na delovno učinkovitost. Tretje poglavje ima naslov opredelitev sindroma izgorevanja in povzema zgodovino izgorevanja, faze izgorevanja ter dva teoretična modela izgorelosti zaposlenih v službi pomoči ljudem. Četrto poglavje ima naslov vzroki izgorelosti in opredeli posameznika z osebnostnimi lastnostmi, socialno okolje in vplive delovnega okolja na izgorevanje zaposlenih. Peto poglavje ima naslov posledice izgorevanja in opredeli psihološke dejavnike izgorevanja za posameznika ter ekonomske dejavnike z vidika delovne organizacije in države. Šesto poglavje podaja cilje, namen ter metodologijo raziskave. Sledi sedmo poglavje, ki predstavlja rezultate raziskave ter osmo poglavje, kjer so podane ugotovitve raziskave ter priporočila za izboljšave.

1 ZNAČILNOSTI JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA SEKTORJA

Skupne evropske vrednote, ki se nanašajo na zdravstveni sektor so vrednote »univerzalnosti, dostopa do kakovostnega varstva, enakosti in solidarnosti«. Univerzalnost omogoča posameznikom dostop do zdravstvenega varstva; solidarnost je povezana s finančno ureditvijo nacionalnih zdravstvenih sistemov; enakost pomeni, da ima vsak posameznik enako možnost za čim boljše zdravje in predstavlja enak dostop vsem, ne glede na starost, spol, status v družbi ali etnično pripadnost (Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva 2007, str. 6).

V evropski družbi dojemamo zdravje kot javno dobrino in ne kot potrošnjo. Zdravstvene storitve sodijo med temeljne dobrine socialne države, s katerimi država zagotavlja uresničevanje temeljne ustavne pravice za vse državljane in za to praviloma uporablja javna

sredstva (Premik, 2005, str. 9). Obseg zdravstvenih storitev je glede na potrebe prebivalstva nezadosten, kar predstavlja problem številnim zdravstvenim sistemom. Glavni vzrok so tržni mehanizmi, ki ne zagotavljajo ustreznega obsega proizvodnje javnih dobrin s področja zdravstva, zato je potrebna intervencija države (Tajnikar, 2006, str. 380).

Za zagotavljanje javnih dobrin, država ustanavlja zdravstvene zavode, kjer zdravstvena dejavnost obsega naslednje skupine dejavnosti (Tavčar, 2005, str. 18, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Ur.l. RS, št. 9-460/1992):

- na primarni ravni osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost,
- na sekundarni ravni specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost,
- na terciarni ravni opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov.

Kot posebna specialistična dejavnost se na sekundarni in terciarni ravni opravlja socialno-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost.

Javni zdravstveni zavodi so nepridobitne organizacije, ki se od pridobitnih razlikujejo v mnogih značilnostih, kar prikazuje Tabela 1. Temeljna razlika med neprofitnimi in profitnimi zavodi je zasledovanje osnovnega cilja, ki je pri slednjih maksimiziranje dobička in s tem vrednosti za lastnike, medtem ko je glavni cilj javnih zdravstvenih zavodov, zagotavljanje zdravstvenih storitev za doseganje potreb uporabnikov ter blaginje skupnosti. Tradicija managementa je pri pridobitnih organizacijah daljša z večjo avtonomijo kot pri nepridobitnih organizacijah (Kotnik, 2010, str. 47).

Tabela 1: Značilnosti pridobitnih in nepridobitnih organizacij

Značilnosti	Pridobitna organizacija	Nepridobitna organizacija
Konkurenca med izvajalci	Konkurenca deluje, trg je odločilen	Ni prave konkurence, skromna vloga trga
Zadovoljevanje individualnih potreb	Prostovoljna izbira kupca glede na dohodkovno sposobnost kupca	Globalna izbira države, individualna izbira zdravnika ne glede na dohodkovno sposobnost kupca
Tradicija managementa	Dolga	Kratka
Avtonomija managementa	Zelo velika	Zelo majhna
Moč v organizaciji	Poslovni management ima prvo besedo	Delitev oblasti med medicinsko stroko (strokovni direktor) ter poslovnim managementom
Izbira vodilnih managerjev	Izkušnje, usposobljenost	Nekritičnost izbire, pripadnost
Odgovornost managementa	Lastnikom (ogrožen obstanek)	Ustanoviteljem (ni ogrožen obstanek)
Motiviranje zaposlenih	Razlike v prejemkih, napredovanje po uspešnosti	Varnost zaposlitve, visoki prejemki, ugled v družbi, vključenost v državni sistem

Vir: M.Česen, *Management javne zdravstvene službe*, 2003, str. 26.

1.1 Učinkovitost slovenskega zdravstvenega sistema

Če izhajamo iz splošne opredelitve učinkovitosti v gospodarstvu, ki temelji na Paretovih pravilih učinkovitosti, je lahko podlaga za razumevanje uporabe Paretovega sistema učinkovitosti v zdravstvu splošna produkcijska funkcija v zdravstvu, ki teče od dobaviteljev preko izvajalcev do bolnikov in njihovega zdravstvenega stanja. Na teh mestih se uresničuje vseh pet načel učinkovitosti po Paretu. Lahko pa nastajajo tudi ovire za uresničevanje teh načel in za nastanek neučinkovitosti znotraj zdravstvenega varstva. Slednja lahko nastaja kot tehnična neučinkovitost, ki izvira iz neobstoja privatne lastnine in tržnega načina gospodarjenja in kot alokacijska neučinkovitost, ki izhaja iz nepopolne konkurence, nepopolnih in asimetričnih informacij, javnih dobrin in eksternalij (Setnikar Cankar & Seljak, 2006, str. 175).

Učinkovitost slovenskega javnega sektorja sta doslej analizirali dve mednarodni raziskavi: Public Sector Efficiency; Evidence for New EU Members States and Emerging Markets (Tanzi, Schuknecht & Afonso, 2006) in Budget Rigidity and Expenditure Efficiency in Slovenia (Mattina & Gunnarsson, 2007). Avtorji obeh raziskav so proučevali učinkovitost porabe izdatkov celotnega javnega sektorja in njegovih posameznih področij (javna uprava, izobraževanje, zdravstvo in drugo) v Sloveniji, izbranih evropskih in neevropskih državah. Raziskavi ugotavljata, da se Slovenija uvršča med države s podpovprečno učinkovito porabo javnofinančnih izdatkov (Kovač, 2009).

Došenović Bonča (2004) opredeli šest področij, na katerih se odloča o stroškovni učinkovitosti zdravstvenega varstva:

1. Problem odnosa med privatno lastnino in drugimi oblikami lastnine izvajalcev in plačnikov zdravstvenega varstva.
2. Učinkovitost upravljanja in organiziranja izvajalcev, plačnikov in dobaviteljev.
3. Problem neučinkovitosti v zdravstvu zaradi razmer na trgu delovne sile zdravstvenih delavcev, zaradi monopolizacije trga dobaviteljev in zaradi neobstoja trga storitev zdravstvenega varstva.
4. Tržne spodbude in odsotnost prevladujočega profitnega motiva.
5. Ustrezna stimulacija je ključna za doseganje učinkovitosti.
6. Ustrezna regulacija s strani države je potrebna zaradi odsotnosti trga, neusklajenosti med individualno in družbeno učinkovitostjo.

Došenović Bonča (2004) ugotavlja, da finančni kazalci učinkovitosti med javnimi in zasebnimi ponudniki osnovnega zdravstvenega varstva kažejo na večjo učinkovitost zasebnega sektorja, ki deluje profitno. Za javni zdravstveni sektor je značilno, da v primerjavi z zasebnim slabo gospodari s sredstvi, ima manjšo donosnost, ekonomičnost in produktivnost. Razlogi za to so v lastništvu javnega zdravstva, ki je pod okriljem države. Izgube javnih zdravstvenih ustanov se prenašajo v blagajno Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) in iz te blagajne v državni proračun (Tajnikar & Došenović Bonča, 2005, str. 16 – 17).

Došenović Bonča (2004) ugotavlja, da so povprečni stroški nižji pri javnih zavodih na primarni ravni, kar kaže na določene prednosti ekonomije obsega. Prav tako zdravstveni domovi s povečevanjem dejavnosti znižujejo povprečne stroške. Zaradi tega bi bilo, kot ugotavlja Došenović Bonča (2004), smiselno združevanje javnih zdravstvenih domov z namenom doseganja optimalne velikosti in ekonomike skupne dejavnosti.

Stariha (2010, str. 86) prihaja do podobnih zaključkov, saj ugotavlja, da je Slovenija zelo dobro pokrita z bolnišničnimi zmogljivostmi za akutno obravnavo bolnikov. Tako smo imeli v letu 2009 v slovenskih bolnišnicah na voljo 9.239 bolnišničnih postelj. Povprečna zasedenost postelj je bila 72 %.

Došenović Bonča (2004) ugotavlja, da je financiranje iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja v javnih zavodih primarnega varstva doseglo 96,8 %, pri analiziranih zasebnikih pa 90,8 %. Vendar pa je dostopnost do zdravstvenih storitev, kljub obveznemu zdravstvenemu zavarovanju pogojena s tako velikimi doplačili, da je »prostovoljno« zavarovanih 95 % prebivalstva. Prav tako so premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje enotne, ne glede na višino dohodka zavarovanca, kar zmanjšuje solidarnost v zdravstvenem sistemu.

ZZZS plačuje izvajalce na podlagi realizacije v naprej določenih programov. Pri večini storitev je realizacija v letu 2010 preseгла plan. Čakalne dobe za programe in storitve, ki jih ZZZS spremlja, so se v letu 2010 pri 15 programih skrajšale, pri 12 programih pa podaljšale glede na leto 2009. Čakalne dobe so najdaljše v ortodontiji ter na področju ortopedije. Da bi državljanom omogočili dostop do zdravstvenih storitev znotraj najdaljših dopustnih čakalnih dob, bi v letu 2011 samo za ortopedske operacije potrebovali 28 milijonov evrov, za radiološke specialistične storitve in preglede 0,6 milijona evrov dodatnih sredstev (Ministrstvo za zdravje RS, 2011, str. 10; ZZZS, 2011).

V preteklosti se je kot problematično izkazalo področje delovnih obveznosti ter količina dela zdravstvenih delavcev v javnih zdravstvenih zavodih. Zaradi plačne uravnilovke, sistem ne nagraduje zdravstvenih delavcev glede na njihovo produktivnost oziroma odpravljanje bolezenskih stanj potrošnikov. Tako lahko pričakujemo velika nihanja v produktivnosti med posameznimi bolnišnicami, oddelki in zdravstvenimi delavci (Pezdir, 2008). Prav tako se slovensko zdravstvo sooča s kadrovskim deficitom, organizacijo in plačilom neprekinjenega zdravstvenega varstva, soglasji za delo pri drugem delodajalcu, razmejitvi zasebnega in javnega ter neobstoju delovnih normativov (Ministrstvo za zdravje, 2011, str. 10).

1.2 Organizacija dela zdravstvene nege

Zdravstvena nega je del organizirane celotne zdravstvene dejavnosti, ki z ustrezno organizacijo in izvajalci zagotavlja neprekinjeno nudenje kakovostnih, individualno usmerjenih ter učinkovitih storitev za bolnike. V bolnišnicah predstavlja največje področje delovanja, saj zaposluje največjo poklicno skupino. Evropsko primerljivi podatki kažejo, da znašajo kumulativni stroški zdravstvene nege približno 50 % proračuna bolnišničnih institucij (Brumen, 2001, str. 81).

Sistemi delitve dela v zdravstveni negi so teoretični pristopi v managementu zdravstvene nege, ki razlagajo na kakšen način z različno strukturo negovalnega kadra dosežemo ustrezno kakovost izvajanja storitev zdravstvene nege, pričakovano zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih v zdravstveni negi, vlogo vodilne medicinske sestre in najboljše rezultate ter ekonomsko učinkovitost za delovno organizacijo (Šmitek, 2000, str. 177).

V literaturi je opisanih več tradicionalnih in alternativnih sistemov delitve dela v zdravstveni negi :

Tradicionalni sistemi so:

- **Sistem zdravstvene nege posameznega varovanca ali dodelitev določenega števila bolnikov.** Omenjeni sistem delitve dela predstavlja najstarejši sistem delitve dela v zdravstveni negi. Predstavlja dodelitev ene medicinske sestre k enemu ali več bolnikom, pri katerih izvaja celotno zdravstveno nego. Takšna delitev dela je pogosto uporabljena v enotah intenzivne terapije (Šmitek, 2000, str. 178, 179).

- **Funkcionalni sistem:** V funkcionalnem sistemu so okvirne delovne naloge razdrobljene v posamezna opravila, ki so razdrobljena med različno strokovno usposobljene kadre. Dodelitev nalog temelji na kriteriju učinkovitosti in se odlično uporablja v katastrofalnih pogojih, kot so nesreče ali vojne zaradi pomanjkanja kadra. Slabost sistema se izraža v nezadovoljstvu bolnikov in medicinskih sester. Zdravstvena nega je razdrobljena na posamezne naloge tako ni nobena medicinska sestra odgovorna za celovito oskrbo bolnika (Šmitek, 2000, str. 178, 179).

- **Timski sistem dela:** Temelji na predpostavki, da manjša skupina medicinskih sester, ki dela skupaj in jih usmerja vodja, lahko zagotovi boljšo oskrbo kot v primeru, če bi delale kot posamične izvajalke. Na dogovorjen način je timu dodeljeno določeno število bolnikov. Glavna prednost timskega sistema dela je manjša razdrobljenost zdravstvene nege in boljša kakovost dela, vendar le zaradi večjih komunikacijskih in obsežnih koordinacijskih prizadevanj vodje tima. Velikost in sestava timov sta odvisna od zahtevnosti področja zdravstvene nege bolnikov (kirurgija, intenzivna terapija, diagnostični oddelki...) (Šmitek, 2000, str. 178, 179). Seveda se pri timskem delu lahko pojavi tudi vrsta slabosti. Tim lahko popolnoma izgubi sposobnost kritične presoje, ker je preveč enoten v razmišljanju. Ob pritiskih skupine lahko posameznik popolnoma spremeni svoje mišljenje, kar je dokazal Ashev eksperiment. Možni so konflikti med člani tima, kar zmanjšuje učinkovitost tima. Nevarno je teženje posameznikov, da si prilastijo rezultate timskega dela. Pri timskem delu tudi niso jasno razdeljene odgovornosti, kdo mora kaj storiti in kdaj (Zupan, str. 118, 119).

- **Sistem primarne zdravstvene nege:** Sistem primarne zdravstvene nege vključuje individualizirano, k bolniku usmerjeno zdravstveno nego. Primarna zdravstvena nega je organizirana tako, da je za celotno oskrbo posameznega bolnika odgovorna ena medicinska sestra. Primarna medicinska sestra oskrbuje določeno število bolnikov ves čas njihove hospitalizacije, da zagotovi kontinuiteto zdravstvene nege in nadzoruje doseganje ciljev. Pridružene medicinske sestre se lahko vključijo v izvajanje zdravstvene nege po navodilih primarne medicinske sestre. Primarna zdravstvena nega omogoča boljši nadzor in sledenje okrevanja bolnikov, kar je bistvenega pomena za bolnike na zahtevnejših področjih zdravstvene nege (kirurgija, intenzivna terapija in nega) (Šmitek, 2000, str. 178, 179).

Alternativni sistemi uporabljajo najboljše značilnosti tradicionalnih sistemov in se usmerjajo v klinično kakovostno in cenovno učinkovito zdravstveno nego:

- **Vodenje posameznih tipičnih primerov (case management):** Je najpogosteje uporabljen alternativni sistem delitve dela v zdravstveni negi. Zdravstvena nega je le partner v natančno načrtovani celoviti bolnišnični oskrbi bolnika. Predstavlja klinični sistem, ki je usmerjen v pristojnosti posameznika ali skupine za izvajanje bolnikove oskrbe. Sistem temelji na sistemu primarne zdravstvene nege. Medicinska sestra je običajno zadolžena za 10-15 bolnikov od sprejema do odpusta. Za neposredno zdravstveno nego ima na voljo negovalni tim, delovanje sistema in spremljanje odstopanj, usklajuje koordinatorka vodenja tipičnega primera (Šmitek, 2000, str. 181, 182).

2 OBREMENJENOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

Besedi obremenjenost lahko pripišemo dva različna, čeprav med seboj povezana pomena. V širšem smislu so obremenitve na delovnem mestu vsi stresorji, ki se odražajo v spremenjeno duševno stanje ali vedenje delavca. V ožjem smislu, razumemo delovne obremenitve kot količino oziroma obseg dela, za katerega se pričakuje, da bo opravljen s strani delavca, v določenem časovnem terminu. Slednji koncept je v Sloveniji pogosto vključen v idejo kadrovskih in delovnih normativov, ki predstavljajo standard za količino dela, ki jo pričakujemo od zaposlenega ter število zaposlenih, ki jih potrebujemo, glede na pričakovani obseg dela (Edwardson & Giovannetti, 1994, str. 96; Mesti, Poldrugovac & Strauch, 2009, str. 68).

V publikaciji »Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu« (Robida, 2006, str. 4) sta med temeljna načela navedena učinkovitost in uspešnost. Pravilno ocenjevanje kadrovskih potreb in sledenje delovnim obremenitvam se lahko odraža v večji učinkovitosti poslovanja. Slednje se kaže na številu nadur in odstotkih bolniškega staleža. Merjenje delovnih obremenitev je pomembno za projekcijo o potrebnem številu zaposlenih (Mesti, Poldrugovac & Strauch, 2009, str. 68).

Sisteme za ugotavljanje obremenjenosti medicinskih sester lahko uvrstimo v 3 široke kategorije (Edwardson & Giovannetti, 1994, str. 100 – 102; Mesti, Poldrugovac & Strauch, 2009, str. 69):

1. Sistemi osredotočeni na profile pacientov: Sistemi vrednotenja delovnih obremenitev, ki spadajo v to skupino kategorizirajo zdravstvena stanja pacientov, tako da njihova prepoznavna omogoči oceno potreb po negovalnem osebju. Sistem skupine primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP) predstavlja primer takšnega pristopa, čeprav ni namenjen ocenjevanju delovnih obremenitev osebja.
2. Sistemi osredotočeni na kritične kazalce oskrbe: Druga kategorija predvideva klasifikacijo kadrovskih potreb na osnovi prepoznave ključnih aspektov zdravstvenega stanja pacienta (na primer potreba po prehranjevanju po nazogastrični sondi in nepokretnost). Vsak izmed teh aspektov, pogosto imenovani faktorji, pogojuje potrebo po skupku negovalnih aktivnosti, katerih časovna komponenta je ocenjena v modelu. Takšen primer je slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (v nadaljevanju SKZBZN).

3. Sistemi osredotočeni na dokumentaciji negovalnih aktivnosti: Tretja kategorija je osnovana na beleženju posameznih negovalnih aktivnosti, pogosto razvrščene po medicinskih specialnostih, ob opredelitvi standardnega časa, potrebnega za izvedbo vsake izmed njih.

Bregar in Klančnik Gruden (2011, str. 244) sta v svoji raziskavi o obremenjenosti medicinskih sester uporabila metodo SKZBZN. V raziskavo sta vključila splošne, specialne in psihiatrične bolnišnice. Ugotovila sta, da v slovenskih bolnišnicah v povprečju zdravimo 37 % pacientov, ki so pretežno samostojni pri izvajanju življenjskih aktivnosti, 34 % pacientov, ki potrebujejo pomoč pri izvajanju, 27 % pacientov, ki so popolnoma odvisni pri izvajanju življenjskih aktivnosti ter 1,5 % pacientov, ki so popolnoma odvisni ter vitalno ogroženi. Od leta 2007 do 2009 je razviden trend naraščanja deleža druge in tretje kategorije in upad deleža pacientov prve kategorije. Raziskava prikaže, da izvajalcev zdravstvene nege glede na kategorizacijo bolnikov primanjkuje za 19-22 %. Zanimive so ugotovitve Ontarijskega Ministrstva za zdravje v Kanadi, ki kažejo, da se kadrovska podhranjenost, ki presega 20 % priporočenega obsega, odraža v 30 % povečanju števila zdravstvenih zapletov (Mesti, Poldrugovac & Strauch, 2009, str. 68).

Tuje raziskave kažejo, da se pri kadrovskem pomanjkanju v bolnišnicah izvajajo le nujne aktivnosti, poveča se število neželenih izidov povezanih z zdravstveno nego, kot so: preležanine, pljučnice in sepse. Med vzroki za strokovne napake v zdravstveni negi prevladujeta pomanjkanje kadra in posledično prevelika količina dela, sledijo pa še naslednji vzroki: pomanjkanje izobraževanj, časa za malico in kosilo, konflikti v timu in pomanjkanje podpore tima (Aiken., Clarke., Sloane., Sochalski & Silber, 2011; Kane et al., 2001 cit. po Bregar & Klančnik, 2011 str. 245; Fošnarič, 2011. str. 158 – 162).

2.1 Opredelitev stresa

Kanadski endokrinolog Hans Selye je pred več kot petdesetimi leti označil stres kot odgovor telesnega prilagajanja na dražljaje, ki podirajo osebno ravnotežje (Schmidt, 2001, str. 7). Kaže se kot mehanizem vpliva duševnosti na telo, s katerim človek reagira na napore, utrujenost, razočaranje, jezo ali pa se uporablja za uravnavanje in uravnoteženje napetosti (Schmidt, 2001, str. 7). Stres je biološki pojav, ki se ga lahko naučimo zmanjšati ali obvladovati in je odgovor na vsakdanje življenjske zahteve. Te zahteve so stresorji oziroma dražljaji, njihov akutni vpliv na naše telo pa je stres.

Telesni in duševni odgovor na vsak stresor poteka v treh zaporednih fazah (Černigoj Sadar, 2002, str. 83; Cohen, 2001, str. 9; Košmrlj, 2004, str. 5):

1. **Faza alarma oziroma klic pripravljenosti:** Telo je pripravljeno na aktivnost, zato se v telesu začnejo odvijati alarmne reakcije, ki jih povzročijo avtonomni živčni sistem. Začetno akcijo organizma razdelimo na psihično raven (povečana pozornost, strah ali groza, priprava na boj ali beg), telesno ali somatsko raven (drgetanje, trepetanje in potenje) in fiziološko raven (pospešen pulz, povišan krvni tlak, pospešeno dihanje in dilatiranje

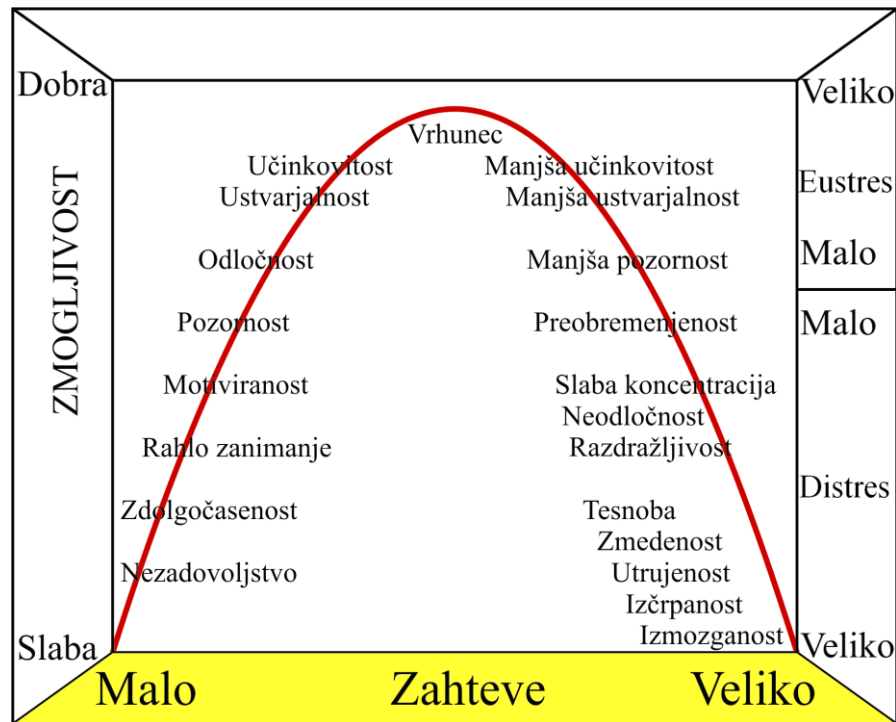
zenic). Če je bil boj s stresom uspešen, se v telesu ponovno vzpostavi homeostaza. Če telo v fazi alarma ni bilo učinkovito, ostane v stanju vznburjenosti in sledi naslednja faza.

- 2. Faza odpora ali prilagoditve:** Po končanem srečanju telesa s stresorjem poskuša organizem umiriti stresno reakcijo. Zato se umiri dihanje, bitje srca, zniža se telesna temperatura. Vendar le v primeru, da začne grožnja pojemati. V nasprotnem primeru se telo pomakne v zadnjo fazo izčrpanosti oziroma izgorelosti.
- 3. Faza izgorelosti:** V fazi izgorelosti se, izčrpajo prilagoditveni mehanizmi. Posledica podaljšanega stresa je telesna utrujenost in izguba prožnosti, ki je potrebna za obvladanje napetih situacij.

Individualna stresna reakcija je odvisna od tega, kako človek interpretira in oceni (zavedno ali nezavedno) dogodek kot zastrašujoč ali izzivajoč. Zato se stres deli na pozitivni stres ali eustres in negativni stres ali distres. Eustres pomeni tisto jakost stresa, ki ustreza posamezniku, odvisna pa je tudi od njegove ravni energije, praga odzivnosti in temperamenta. Določena mera stresa opozarja na nevarnost, potiska človeka v aktivnost in po potrebi mobilizira njegove obrambne sile. Tako nekateri dojemajo obremenilne situacije kot izziv, zato opisujejo stres kot vznemirljivo, spodbudno ali navdušujoče občutje. Za večino ljudi pomeni stres nekaj slabega, izkušnja, ki je nastala zaradi pretirane ali premajhne obremenjenosti (Černigoj Sadar, 2002, str. 85).

Delovna organizacija mora vzpodbujati in vzdrževati optimalni nivo stresa. Stres je treba vzpodbuditi, če ga je premalo in omejiti, če ga je preveč. Zaposleni potrebujejo stres v smislu spodbude, da dajo več od sebe in so bolj učinkoviti (roki, pričakovanja, zahteve). Če so zahteve nizke, bo tudi obremenitev nizka. Z naraščajočimi zahtevami pa zaposleni počasi dosežejo točko preko katere čutijo, da trpijo za prevelikimi obremenitvami (Nose, 2009, str. 3,4). Stres na delovnem mestu, ki traja dalj časa, privede do izčrpanja energije za delovanje in je tako eden najpomembnejših povzročiteljev izgorelosti (Evans & Russel, 1992, str. 109 – 111). Slika 1 prikazuje kako vplivajo stres in zahteve na delovnem mestu na zmogljivost zaposlenih.

Slika 1: Vpliv stresa in zahtev na zmogljivost zaposlenih



Vir: O., Gregson, T., Looker, 1993, str .85.

Med najpogostejšimi razlogi za stres pri delu medicinskih sester so (Department of Health and Human Services, 2008):

- prevelika količina dela,
- pomanjkanje časa,
- slaba podpora s strani vodstva,
- nevarnost okužb,
- možnost poškodb na delovnem mestu – vbodi z ostrimi predmeti,
- nasilni bolniki,
- pomanjkanje spanca,
- kadrovske pomanjkanje,
- razvoj kariere,
- umirajoči bolniki.

Najbolj učinkoviti načini zmanjševanja stresa zdravstvenih delavcev v bolnišničnih ustanovah, so organizacijske spremembe dela. Zdravstvene organizacije bi tako morale upoštevati zmožnosti bolnišnic glede na kapacitete in kadrovske zasedbe ter opredeliti razmejitev del in nalog zdravstvenih delavcev. Pomembno vlogo ima tudi izboljšanje komunikacije v zdravstvenem timu, možnosti napredovanja in izobraževanja. Pri organizaciji dela se zagovarja predvsem timska organizacija dela, ki zmanjšuje pojav sindroma izgorevanja. Pomembno vlogo ima tudi multidisciplinarna obravnava bolnikov, ki povečuje učinkovitost zdravljenja (Department of Health and Human Services, 2008).

2.2 Vpliv stresa na delovno učinkovitost

Delo je eden izmed največjih povzročiteljev stresa. Pojavi se, ko zahteve delovnega okolja presegajo sposobnost zaposlenih, da jih izpolnijo ali obvladajo. Stres je neskladje med zahtevami delovnega mesta, zmogljivostmi, sposobnostmi in znanjem zaposlenega, kot tudi vsemi vlogami, ki jih mora v življenju igrati. Stres na delovnem mestu postaja čedalje večji problem, saj vodi v zdravstvene težave, povzroča motnje v storilnosti, kreativnosti in konkurenčnosti. Stresa ne moremo obravnavati samo z vidika dela, ampak moramo v obravnavo stresa na delovnem mestu vključiti tudi komponente izven dela in v zasebnem življenju (Božič, 2003, str. 13 – 16).

Kadar so zaposleni v stresu, se čutijo ogrožene in v svojem delovnem okolju zaznavajo različna tveganja. To pomeni, da zaposleni takrat, ko so pod stresom, sprejmejo in obdelajo le 20 % informacij (Drevenšček, 2003, str. 48). Zmogljivost zaposlenih za sprejemanje informacij pade za 80 %. Prav tako so pogostejše delovne nesreče, organiziranje stavk, apatija in dezorganizacija (Johnson, 1995, str. 7). Kot najhujša posledica prevelike izpostavljenosti stresu je pojav izgorelosti.

Stres ne prizadene le posameznikov ampak tudi celotno delovno organizacijo. Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu navaja naslednje simptome stresa na nivoju delovne organizacije, ki imajo vpliv na sodelovanje, uspešnost in stroške ter kažejo na možnost prisotnosti problema stresa (Košmrlj, 2004, str. 14):

Vpliv na sodelovanje: izostajanje z dela, fluktuacije zaposlenih, zamujanje, disciplinske težave, trpinčenje, agresivno komuniciranje, konflikti med vodstvom in zaposlenimi, izolacija.

Vpliv na uspešnost: zmanjšana storilnost ali kakovost izdelka ali storitve, nezgode, slabo odločanje, napake.

Vpliv na stroške: povečani stroški za nadomestila, povečani stroški zdravstvenega varstva, napotitve na zdravstvene storitve.

3 OPREDELITEV SINDROMA IZGOREVANJA

Leta 1961 je pisatelj Greene izdal roman z naslovom 'A Burn – Out Case', s katerim je med ljudi ponesel prvo idejo o pojavu izgorelosti. Roman opisuje razočaranega in duhovno izmučenega arhitekta, ki pusti službo in se zateče k preprostejšemu življenju v afriško džunglo. Izgorelost so kasneje povzeli in opredelili mnogi znanstveni raziskovalci, večinoma sociologi, psihologi in socialni delavci (Bilban & Pšeničny, 2007, str. 23).

Izgorelost je leta 1970 preučeval Freudenberg, ko je delal kot neplačani psihiater v centru za zdravljenje odvisnikov (Schaufeli, 2007, str. 217). Ugotovil je, da so mladi, idealistično motivirani prostovoljci, pri svojem delu doživeli postopno upadanje energije in motivacije. Besedo *burnout* je Freudenberg vzel iz pogovornega jezika in pomeni uničujoče posledice kronične zlorabe drog, kar se kaže pri posamezniku z pomanjkanjem energije in motivacije.

Leta 1974 je Freudenberger prvi v znanstveno literaturo uvedel pojem *burnout*, kar v slovenščini imenujemo izgorelost. Približno ob istem času je Christina Maslach socialna psihologinja in raziskovalka spoznavala izgorelost pri zdravstvenem osebju bolnišnice v Kaliforniji. Skozi intervjuje je pri strokovnjakih v službah pomoči (zdravstvo, vzgoja in izobraževanje, šolstvo, socialne službe), ki so prizadevno opravljali svoje delo, ugotovila znake telesne, psihične in čustvene izčrpanosti (Schaufeli, 2007, str. 217). Christina Maslach, vodilna raziskovalka izgorelosti v svetu, je izgorelost opredelila kot psihološki sindrom, ki se izraža kot čustvena izčrpanost, depersonalizacija in zmanjšana učinkovitost ter je posledica kroničnih interpersonalnih stresorjev pri delu (Maslach, 1998).

Večina avtorjev si je enotna, da je izgorevanje prisotno predvsem v poklicih, v katerih posamezniki delajo z ljudmi. Zaposleni imajo tako pogosto visoka pričakovanja in se močno čustveno predajajo delu. Pozornost je pritegnila tudi ugotovitev, da »izgori« le tisti, ki je pred tem gorel z vso močjo in vnemo. Izgorelost je posledica frustracij, povezanih z delom, zlasti tistih, ki nastajajo ob dejansko ali navidez nerešljivih problemih. Sprejeti je potrebno dejstvo, da vsem ljudem ne moremo pomagati in da lahko mnogim pomagamo le delno in začasno. Poklicni ideal je nekaj, k čemur se le stremi, nikoli pa se ga v popolnosti ne doseže (Zdovc, 1998, str. 319).

3.1. Teoretična modela izgorelosti zaposlenih zdravstvu

Teoretični modeli izgorevanja temeljijo na opravljenih raziskavah in pojasnjujejo vzroke oziroma stresorje, ki pripomorejo k nastanku izgorelosti. Ugotovljeno je bilo, da obstajajo tri velike skupine faktorjev izgorevanja, in sicer; osebnostne značilnosti posameznika, vplivi družbe ter organizacijske značilnosti dela (McDonald Fletcher, 2008, str. 29).

3.1.1 Model lastne učinkovitosti

Zagovornik tega koncepta je Cherniss, ki je raziskoval povezavo med izgorelostjo in lastno učinkovitostjo (Zdovc, 1998, str. 319). Mnogi strokovnjaki, ki delajo v zdravstvu, so se pritoževali zaradi prevelike delovne obremenitve, pomanjkanja administrativne podpore in birokratskih ovir. Osnovni problem je bil, da se niso čutili uspešne in kompetentne, ne zaradi pomanjkanja znanja in učinkovitosti, ampak zaradi sistemskih faktorjev, ki so jim onemogočili uporabiti znanja na način, ki bi dal pričakovane rezultate. Zveza med samo učinkovitostjo in izgorelostjo je v tem, da sta delovna motivacija in zadovoljstvo povečana, če oseba doseže cilj, ki ima zanjo smisel. Tak dosežek pelje k psihološkemu uspehu, ki osebo opogumi, da postane še bolj zavzeta za delo, da si postavi še višje cilje in da s tem raste njeno samospoštovanje. Posamezni faktorji ali delovne situacije, ki povečujejo občutek uspeha in kompetence, zmanjšujejo izgorelost, medtem ko faktorji, ki povečujejo občutke neuspeha, povečujejo izgorelost (Zdovc, 1998, str. 321).

3.1.2 Bivanjski model izgorelosti

Avtorica tega modela Pines zagovarja, da izgorelost neposredno izhaja iz neuspeha in občutka nemoči (Zdovc, 1998, str. 319). Poudarja zvezo med doseganjem ciljev in izgorelostjo. Vsi cilji niso enako pomembni za preprečevanje izgorelosti, pomembni so za osebo smiselni cilji. Ljudje potrebujejo smisel oziroma poslanstvo v življenju. Izgorelost se pojavi pri ljudeh, ki vstopijo v poklic s pričakovanji, da bodo skrbeli za določeno skupino ljudi, da bodo njihova življenja spremenili na bolje in da jim bodo pomagali lepše živeti. Spoznanje, da tega ne morejo doseči, jih vodi v izgorelost. Bivanjski model izgorelosti je motivacijski. Njegova predpostavka je, da lahko izgorijo le zelo motivirane osebe. Ključni faktor za preprečevanje izgorelosti je podporno delovno okolje (Zdovc, 1998, str. 319).

3.2. Stopnje procesa izgorevanja

Stanje dobrega počutja in polnih energetskih rezerv imenujemo čilost. Ko porabimo del energije (telesne, kognitivne, čustvene), nastopi stanje utrujenosti. Nakopičeno utrujenost, posledico pomanjkanja počitka in okrevanja po naporu imenujemo preutrujenost. Odločitev, kako bomo ravnali v takem stanju, je lahko hkrati tudi izbira med zdravjem in boleznijo. »Kandidat« za izgorelost bo opozorilna znamenja svojega organizma o preutrujenosti spregledal in še povečal svojo aktivnost, delovati bo začel skrajno storilno. Z begom v delo opozorilni znaki, ki nam jih pošilja telo, poniknejo. Nadaljnje izčrpavanje vodi v izgorevanje (Strojnik et al., 2004. cit. po Pšeničny, 2006, str. 21). Slika 2 prikazuje stopnje izgorelosti.

Slika 2: Stopnje izgorelosti



Vir: A., Pšeničny, Recipročni model izgorelosti (RMI): prikaz povezave med interpersonalnimi in intrapersonalnimi dejavniki, 2006 str. 21.

Posledica izgorelosti je namreč funkcionalna sprememba v nevroendokrinem sistemu in se kaže kot motnja v delovanju hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi. Zaradi pritiskov, ki jih doživljamo v svojem življenjskem in delovnem okolju, ter zaradi notranjih konfliktov kronično povišan kortizol ves čas povratno stimulira nevrotransmitterje in vzpodbuja hipotalamus k vse večjemu stimuliranju osi. Končna posledica kronične hiperaktivnosti osi je zmanjšana odzivnost postsinaptičnih receptorjev. Kar pomeni, da se v hipotalamusu blokira zaznavanje povratnih signalov iz kortizola. Posledica je zmanjšano izločanje kortizola. Zvišanje kortizola, ki se pojavlja v izgorevanju pred adrenalnim zlomom, se lahko kaže kot hiperglikemija, evforija, povišana energija, vznemirjenost, povišanje želodčne kisline, povišan krvni tlak, pa tudi zmanjšanje mišične mase in prerazporeditev maščobe v telesu ali kot zmanjšan imunski odziv organizma. Pomanjkanje kortizola po adrenalnem zlomu se lahko odraža kot hipoglikemija, nemir, nespečnost, nesposobnost koncentracije, depresivnost, apatija, utrujenost, razdražljivost, negativizem, upad iniciativnosti ali socialna izolacija. Neposredno ali posredno pa vpliva tudi na delovanje vseh organov v telesu in na imunski sistem, zato se ob tem pojavi tudi vrsta telesnih znakov, kakršne opažajo pri sindromu izgorelosti: povečana kapilarna propustnost-otekanje, omotičnost, driska ali zaprtost, znižan krvni tlak ter ortostatična tahikardija. V stanju adrenalne izgorelosti se na nevrološki ravni pojavi motnja v delovanju prednjega možganskega režnja. To ima za posledico spremembe v presoji in obnašanju osebe, saj ta del možganov med drugim nadzira odločanje, socialno obnašanje, sposobnost presojanja in predvidevanja drugih, spomin in izražanje čustev (Pšeničny, 2006, str. 22 – 24).

Stopnje izgorevanja do končne adrenalne izgorelosti delimo na naslednje tri stopnje:

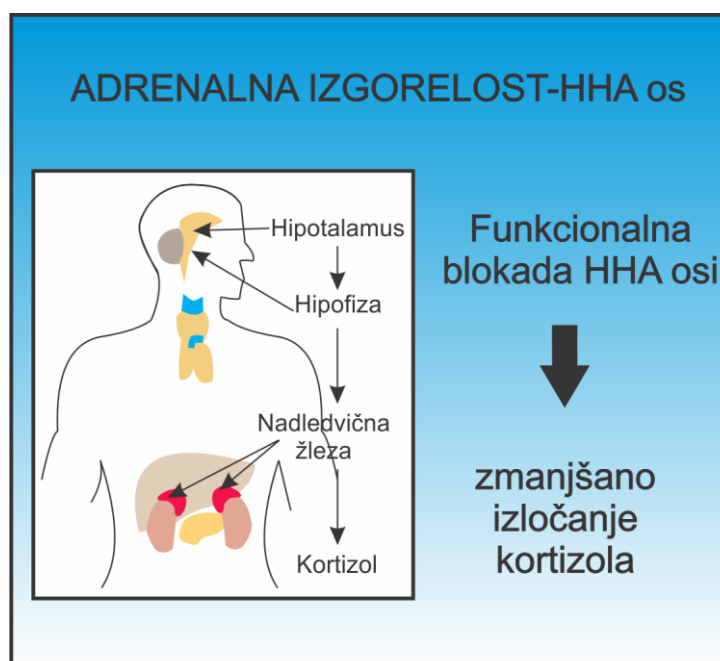
1. Stopnja izgorevanja - izčrpanost: Oseba ne priznava občutka kronične utrujenosti in ga presega z aktiviranjem vedno novih osebnostnih virov. To stanje se navzven kaže kot skrajno storilnostna usmerjenost (deloholizem). Značilen je občutek kronične utrujenosti, zmanjšanje prožnosti, odpornosti in zanikanje slabega počutja. Prva stopnja lahko traja tudi do 20 let (Pšeničny, 2006, str. 21).

2. Stopnja izgorevanja – ujetost: Oseba trpi za občutkom ujetosti v način življenja, dela in odnosov. To stanje spremlja preizčrpanost, na katero oseba pogosto reagira aktivno, z menjavo delovnega ali življenjskega okolja, vendar vanje prenaša svoje stare notranje prisile in s tem tudi vzroke za nadaljnje izgorevanje (Pšeničny, 2006, str. 21). Značilen je občutek ujetosti, pa tudi občutki krivde in upadanje samopodobe. Oseba postane cinična, zavzame hladen, odmaknjen odnos do dela in sodelavcev. Do skrajnosti zmanjša svoj prispevek k delu in se celo odreče idealom. Cinizem je poskus obvarovanja sebe pred izčrpanostjo in razočaranjem. Takšen negativen odnos lahko resno načne človekovo dobro počutje in zmožnost za učinkovito opravljanje dela (Maslach & Leiter, 2002 str. 17). Druga stopnja lahko traja tudi leto ali dve (Pšeničny, 2006, str. 21).

3. Stopnja izgorevanja – sindrom adrenalne izgorelosti: V tretjo stopnjo uvrščamo stanje tik pred adrenalnim zlomom, ko so vsi simptomi na višku, kar prikazuje Slika 3. Oseba se kljub temu trudi, da bi bila še naprej videti aktivna, vendar se ne more več prilagajati

spremembam okoliščin. To stanje lahko traja nekaj mesecev. Adrenalni zlom je skoraj popolna izguba energije, velik psihofizičen in nevrološki zlom se zelo pogosto manifestira kot psihična motnja, ponavadi v obliki hudih depresivnih in/ali anksioznih simptomov. Stanje adrenalnega zloma lahko traja od nekaj tednov do treh mesecev. V tretje obdobje spada tudi obdobje intenzivnih vpogledov, sprememba vrednostnega sistema in transformacija osebnostnih lastnosti. Občutke jeze in besa, ki se pojavijo ob zlomu lahko posameznik obrne navzven (sovražni občutki do drugih, še posebej do najbližjega okolja) ali pa navznoter (občutek krivde in jeze nase zaradi nemoči, ki se lahko stopnjuje do avtoagresivnih dejanj – samomora). Odpravljanje posledic adrenalne izgorelosti traja v povprečju od 2 do 4 let, lahko pa tudi do 6 let (Pšeničny, 2006, str. 22).

Slika 3: Adrenalna izgorelost



Vir: A., Pšeničny, Recipročni model izgorelosti (RMI): prikaz povezave med interpersonalnimi in intrapersonalnimi dejavniki, 2006.

4 VZROKI IZGOREVANJA

Izgorelost je psihološki sindrom, ki je posledica dolgotrajnega delovanja čustvenih in medosebnih stresorjev. Pojav izgorelosti je produkt več dejavnikov, zato je potrebno upoštevati povezanost med osebnostnimi lastnostmi posameznika, domom, družabnim življenjem in delom.

4.1 Posameznik in njegove lastnosti

Telesna konstitucija in osebnostne značilnosti oblikujejo delovno učinkovitost posameznika, zlasti glede njegovega načina odzivanja na stresne situacije. Delo medicinske sestre zahteva

telesno in duševno zdrave ter odločne ljudi s trdno voljo, veliko mero potrpežljivosti, optimizma in ljubezni do bližnjega (Ovsenik, 2005, str. 14).

Raziskave vpliva starosti posameznika na izgorevanje niso enotne. Nekatere raziskave so ugotavljale, da je več izgorelih posameznikov med mlajšimi, starimi med 30 in 40 let, druge raziskave spet, da jih je več med starejšimi od 40 let. Te rezultate je potrebno vrednotiti tudi z vidika možne pristranskosti, namreč tisti, ki izgorijo zgodaj zapustijo poklic in ostanejo le tisti, ki so manj nagnjeni k izgorelosti (Selič, Stepanović & Kersnik, 2009). Vloga spola je prav tako nejasna. Nekateri ugotavljajo, da so k izgorevanju podvržene predvsem ženske zaradi prepletanja družinskih in službenih obveznosti, drugi ugotavljajo obratno za moške (Vachon, 1982, str. 1571).

Pri osebnostnih lastnostih posameznika so kot vzročni dejavniki za nastanek poklicne izgorelosti predvsem pomembne lastnosti: poklicna neizkušenos, pretirana občutljivost, čezmerna identifikacija s težavami, ki jih rešuje in odsotnost podpornih povezav (Brejc, 1994).

K izgorevanju se tako bolj nagibajo posamezniki, ki so občutljivi, z veliko mero empatije, topli in zavzeti v odnosih do drugih, k ljudem orientirani idealisti, toda obenem notranje negotovi, z večjo mero anksioznosti, introvertiranosti, pretiranim entuziazmom in s težnjo k čezmerni identifikaciji z drugimi. Mnogi gradijo podobo o sebi predvsem na doseganju nerealistično zastavljenih poklicnih ciljev, kar pelje v razočaranje in neugodno samopodobo. Pomembno vlogo ima tudi samospoštovanje. Posledica šibkega samospoštovanja je močna občutljivost za mnenje drugih, ki povzroča konformistično obnašanje. Osebe z več samospoštovanja so bolj samozavestne, niso toliko odvisne od okolice in aktivneje iščejo rešitve (Zdovc, 1998, str. 322). Izgorevanju so nagnjeni tudi strokovnjaki, ki so nekoliko bolj agresivni, tekmovalni, intenzivni in aktivne osebnosti. Težko prenašajo stres in frustracije, so jezavi, razburljivi, ne prenesejo kritike svojega dela, močno reagirajo, če jih okolica ne ceni in časti, ali če je delo, ki ga opravljajo, nad ali pod njihovimi sposobnostmi (Bilban & Pšeničny, 2007, str. 24.).

4.2 Socialno okolje

Na pojav izgorevanja vplivajo tudi spremembe v življenju posameznika. Spremembe so lahko bolj ali manj prijetne, npr. bolezen, razveza, ponovna poroka, smrt ljubljene osebe, ugodna ali neugodna menjava delovnega mesta, rojstvo otroka v srednjih letih, samotno življenje... (Bilban & Pšeničny, 2007, str. 24.). Raziskave niso enotne glede pojava izgorevanja in zakonskega statusa. Taycan (2006, str. 105) ugotavlja, da se čustvena izčrpanost pogosteje pojavlja med samskimi medicinskimi sestrami kot poročenimi. Gulalp (2008, str. 3) v svoji raziskavi med zdravstvenimi delavci urgentne enote, ne zazna korelacij med posameznimi dimenzijami izgorevanja in zakonskim statusom ali številom otrok. Raziskave kažejo, da se izgorevanje pojavlja pogosteje med bolj izobraženimi posamezniki, za razliko od manj izobraženih. Razlog je predvsem v nerealnih željah po službenem napredovanju. Nižja stopnja

izobrazbe in nizek socialni status poveča tveganje za izgorevanje žensk, medtem ko zakonski stan (neporočen, vdovec, ločen) poveča tveganje za moške (Maslach, 2003).

4.3 Delovno okolje

Za večino del v zdravstvu je značilen dolg in naporen urnik. Sem sodi izmensko delo, delo preko polnega delovnega časa, nočno delo, delo v pripravljenosti, zaradi obširnega dela in delovnih zahtev pa tudi nadurno delo. Na zaposlene delujejo negativno predvsem delovna mesta s pomanjkljivim opisom del in nalog ter neustrezni delovni prostori s pomanjkljivo opremo. Pomembno vlogo ima tudi organizacijska klima, slog vodenja, obeti kariere, nadlegovanje in nasilje na delovnem mestu (Ovsenik, 2005, str. 15; Meško et al., 2010 str. 152).

Delovno okolje demoralizira in demotivira zaposlene na naslednje načine (Maslach & Leiter, 2002, str. 39):

- preobremenjenost z delom,
- pomanjkanje avtonomije,
- neustrezno nagrajevanje,
- razpad delovne skupnosti,
- pomanjkanje poštenosti,
- nasprotujoče si vrednote.

4.3.1 Preobremenjenost z delom

Preobremenjenost z delom je ključna razsežnost organizacijskega življenja. Gledano s perspektive organizacije, se obremenjenost z delom enači s produktivnostjo. Gledano z delavčeve perspektive, je obremenjenost čas in energija. Najti kompromis med obema perspektivama, je temeljni izziv za ohranjanje uravnoteženega odnosa do dela. Delovne organizacije v pehanju za povečanjem produktivnosti ženejo ljudi onkraj meja njihove vzdržljivosti. Trenutno stanje na delovnem mestu vpliva na obremenjenost z delom na tri načine (Maslach & Leiter, 2002, str. 39 – 42) :

1. Delo je bolj intenzivno. Namen organizacijskega zmanjšanja in drugih strategij za povečanje produktivnosti je, da manj ljudi opravi več dela. Medicinske sestre so tako odgovorne za več bolnikov. Če bi organizacije delo boljše načrtovale, če bi delo bolj gladko potekalo in če bi skrčili zamudna opravila, bi manjši delovni sili omogočili, da postane bolj produktivna. Toda ta cilj se redko doseže. Povečanje produktivnosti se najpogosteje doseže zato, ker zaposleni delajo bolj in dlje (Maslach & Leiter, 2002, str. 39 – 42). Ugotovljeno je bilo, da se stopnja izgorevanja pri medicinskih sestrah poveča za 23 % pri vsakem dodatnem bolniku (Aiken et. al, 2002).

Svetlik in Ilič (2004) ugotavljata, da so bili za Slovenijo, ugodni gospodarski rezultati v letih 1993 – 2001, doseženi predvsem s povečevanjem intenzivnosti dela in zaposlenim manj

prijaznih oblik prožnega zaposlovanja (Svetlik, 2009, str. 351). Indeks intenzivnosti dela je tako v Sloveniji najvišji med vsemi članicami Evropske Unije (v nadaljevanju EU) in znaša 54 v primerjavi z povprečjem EU, ki je 44 (Svetlik, 2009, str. 352).

2. Delo zahteva več časa. Podaljševanje delovnega tedna je izčrpavajoče in nakopičene delovne zahteve, zahtevajo tudi delo doma. To velja predvsem za vodstvene kadre. Slovenija v primerjavi s 27 državami EU še posebej izstopa po dolžini celotnega (formalnega in neformalnega) delovnega časa, ki dosega 65 ur tedensko v primerjavi z 58 urami v EU, po precej nadpovprečnih deležih delavcev, ki delajo ob sobotah, nedeljah in v izmenah, po tem, da ima le 22 % zaposlenih možnost izbirati delovni čas, da le 21 % zaposlenih ustreza ravnotežje med delovnim in zasebnim življenjem, v EU pa 26 % (Svetlik, 2009, str. 352).

3. Delo je bolj zapleteno. Delo postaja vedno bolj zapleteno, ker ljudje opravljajo več delovnih nalog hkrati. Ker so bili posegi za zmanjšanje stroškov usmerjeni v prvi vrsti na srednji menedžment, se je delo teh delavcev porazdelilo po vsej organizaciji in vsem naložilo več obrazcev, ki jih je treba opraviti in več sestankov, ki se jih je treba udeležiti. Medicinske sestre imajo tako vedno več administrativnega dela (Maslach & Leiter, 2002, str. 39 – 42).

4.3.2 Pomanjkanje avtonomije

Ljudje se vključujejo v organizacije, da bi lažje zadovoljili svoje potrebe oziroma ker teh brez sodelovanja v organizacijah pogosto sploh ne morejo zadovoljiti. Alderfer je potrebe podobno kot Maslow, opredelil na materialne, socialne in osebne (Svetlik, 2002, str. 102).

Organizacija zaposlenim omogoča neposredno zadovoljevanje materialnih in nematerialnih potreb (Svetlik, 2002, str. 102):

- Materialne potrebe: plača, dodatki k plači.
- Potrebe po varnosti: zdravo in varno delovno mesto, stalnost zaposlitve in plačevanje prispevkov za različna zavarovanja.
- Socialne potrebe: vključevanje posameznika v delovne skupine, dobri delovni odnosi s sodelavci, nadrejenimi in s strankami.
- Osebne potrebe: izobraževanje in usposabljanje, omogočanje izpopolnjevanja pri delu, dodeljevanja dela, pri katerem lahko uporabimo svoje znanje, razvoj kariere in napredovanje, vključevanje v odločanje in **avtonomijo** pri delu.

Avtonomija je zmožnost, da posameznik v vsakodnevnem opravljanju dela določi, kaj je najbolj pomembno, da izbere pravi pristop k delu in se odloči, kako bo uporabil razpoložljive vire. Organizacijska politika, ki se vmešava v to zmožnost, zmanjšuje avtonomijo posameznika in njegovo povezanost s delom (Maslach & Leiter, 2002, str. 43).

Avtonomnost pri delu ima prednosti in slabosti. Povečana avtonomija pri delu povzroči pri zaposlenem občutek večje odgovornosti za rezultate dela in povečano delovno motivacijo. Preveč avtonomije lahko vodi do nezadovoljstva zaposlenih. Sploh, če zaposleni nimajo

dovolj znanja, delovnih izkušenj in se počutijo neprijetno zaradi povečane odgovornosti, kar občutijo kot napor (Encyclopedia of Business, 2012).

Avtonomija dela medicinskih sester sestoji iz dveh dimenzij in sicer organizacijske ter klinične avtonomije. Organizacijska avtonomija se nanaša na samostojno delo vodij, timskih in nadzornih medicinskih sester, ki so zadolžene za organizacijo dela medicinskih sester na posameznih enotah. Klinična avtonomija se pojavlja v okolju klinične prakse. Organizacijsko in klinično avtonomijo medicinskih sester določajo zakonsko odobrene pravice do stroke v okviru zdravstvenega varstva (McGillis, 2005, str. 141).

4.3.3 Neustrezno nagrajevanje

Raziskave kažejo, da zaposleni od svojih delodajalcev pričakujejo, da jim v okviru zaposlitvenega odnosa ponujajo več kot zgolj plačo. Ta sklop pričakovanj s skupnim izrazom imenujemo psihološka pogodba (Zupan, 2009, str. 529). Pojem psihološke pogodbe pomeni vključitev materialnih (plača in ugodnosti) in nematerialnih dejavnikov (odnos delodajalca do zaposlenega, občutek varnosti zaposlitve). Pri posamezniku jo sestavljajo različna pričakovanja o tem, kaj mora delodajalec delavcu ponuditi v zameno za njegovo delo. Pričakovanja so odvisna od posameznikovih vrednot, potreb, želja in možnosti, zato lahko enako ponudbo delodajalca različni zaposleni povsem drugače dojemajo. Če menijo, da je psihološka pogodba prekršena, bo sledil padec motiviranosti, nezadovoljstvo, povečala se bo tudi odsotnost z dela (Zupan, 2001, str. 60).

Nagrade in priznanja za dobro opravljeno delo pomembno dopolnijo celotni sistem plač in nagrajevanja. Čeprav ni nujno, da je z njimi povezana denarna vrednost, v sebi nosijo sporočilo, da vodja, sodelavci in organizacija cenijo delo in dosežek posameznika ali skupine. Načinov oziroma programov podeljevanj priznanj in nagrad je veliko. Razlikujemo formalne programe, pri katerih so pravila vnaprej določena in so običajno tudi vrednosti nagrad večje in neformalne, to je spontano priznanje in nagrade, ki so povezane z majhnimi stroški, zahtevajo malo načrtovanja in truda ter jih lahko uporabljajo vodje povsem po svoji presoji (Zupan, 2009, str. 559). Tudi ustna pohvala spodbuja k boljšemu delu. Nekoliko večji učinek imajo pisne pohvale in pisma z zahvalo za dobro opravljeno delo. Čeprav nematerialne nagrade dokazano dobro vplivajo na spodbujanje in zadovoljstvo zaposlenih, seveda dolgoročno pohvale brez vidnega učinka pri plači (denarju) ne bodo naletele na dober odziv. Zato je smiselno vse nagrade in priznanja sestaviti v zaokroženo celoto s plačilnim sistemom in drugimi vrstami nagrajevanja (Zupan, 2009, str. 561).

Trenutna kriza v delovnem okolju zmanjšuje zmožnosti organizacij, da smotrno nagrajujejo ljudi. Ljudje pričakujejo, da jim bo delo prineslo materialne nagrade v obliki denarja, ugleda in varnosti. Še učinkovitejši dejavnik v pojavu izgorevanja na delovnem mestu je izguba notranje nagrade v obliki zadoščanja, da opravljamo delo, ki nam je v veselje in da izpopolnjujemo strokovno znanje s sodelavci, ki jih spoštujemo. Takšna sestavljena izguba zunanega in notranjega nagrajevanja zmanjšuje možnosti, da bi bil človek predan delu, ki ga opravlja (Maslach & Leiter, 2002, str. 45 – 49).

4.3.4 Razpad delovne skupnosti

Organizacijsko klimo opredelimo kot vzdušje v organizaciji, ki je posledica različnih znanih in neznanih dejavnikov. Takšno vzdušje vpliva na obnašanje ljudi in na porabo ne le človeških, temveč vseh zmogljivosti v organizaciji (Lipičnik, 1998, str. 198). Organizacijsko klimo oziroma vzdušje v delovni organizaciji tvorijo dimenzije, kot so odnosi med vodstvom in zaposlenimi, odnosi med zaposlenimi, zadovoljstvo z delom ter s plačo in nagradami, informiranost, reševanje konfliktov ipd. (Zupan, 2007, str. 137).

Delovno skupnost medicinskih sester tvorijo naslednje dimenzije (Lori, 2009, str. 13): odnos vodstva, medosebni odnosi: bolnik – medicinska sestra, medicinska sestra – medicinska sestra ter zdravnik – medicinska sestra. Varovalni dejavnik pred izgorevanjem medicinskih sester je sodelovanje in medsebojna podpora medicinskih sester samih (Jenkins & Elliot, 2004). Izguba skupnosti je očitna v naraščanju sporov med ljudmi, upadanju podpore in spoštovanja ter v naraščajočem občutku izoliranosti. Občutek pripadnosti izginja, če ljudje delajo sami zase namesto skupaj (Maslach & Leiter, 2002, str. 45 – 52).

4.3.5 Pomanjkanje poštenosti

Delovno mesto se ocenjuje kot pošteno, če so navzoči trije ključni elementi: zaupanje, odkritost in spoštovanje. Kadar je v organizaciji navzoč občutek skupnosti, si ljudje zaupajo, da so zmožni izpolniti vsak svojo vlogo v skupnih projektih, odkrito se pogovarjajo o svojih namenih in si izkazujejo medsebojno spoštovanje. Kadar organizacija deluje pošteno, zna ceniti vsakega posameznika, ki prispeva k njenemu uspehu in tako ustvarja občutek, da je pomemben (Maslach & Leiter, 2002, str. 53 – 55).

Menedžment mora zato v organizaciji ustvariti ozračje, v katerem vsakogar obravnavajo kot strokovnjaka za njegovo delo. Temu ustrezna so tudi pričakovanja do posameznikov, ki si jih prizadevajo izpolniti. Vendar pa je dolgoročno storilnost zaposlenega možno povečevati le z dvigom kakovosti delovnega življenja (Svetlik, 2009, str. 350). Dessler (1988, cit. po Svetlik, 2009, str. 350 – 351) meni, da je kakovost delovnega življenja v organizaciji določena z naslednjimi dejavniki :

- pravično, enakopravno obravnavanje zaposlenih,
- z možnostmi vseh zaposlenih, da čim bolj uporabijo svoje sposobnosti in dosežejo največjo mero samouresničitve,
- odkrito in zaupljivo komuniciranje med vsemi zaposlenimi,
- z dejavno vlogo vseh zaposlenih pri sprejemanju pomembnih odločitev, ki zadevajo njihovo delo,
- ustrezno in pravično nagrajevanje in
- z varnim in zdravim delovnim okoljem.

4.3.6 Nasprotujoče si vrednote

Poslovno etiko lahko opredelimo kot zbir moralnih načel in vrednot, ki usmerjajo vedenje posameznika ali skupine z obzirom na to, kaj je prav in kaj narobe. Etično ravnanje v organizacijah je odvisno od različnih dejavnikov. Pomembna je osebna etika članov organizacije (njihove osebne vrednote, prepričanja, okvir etičnega delovanja). Razvoj skupnih vrednot organizacije kaže organizacijska kultura (organizacijska struktura, pravila, sistem nagrajevanja, kodeksi obnašanja), ki vpliva na etično ravnanje posameznika. Organizacije ravna tudi glede na pričakovanje interesnih skupin (na primer lastnikov, vlade) (Zupan, 2007, str. 132, 133).

Hkrati je z etičnostjo pomembna tudi družbena odgovornost, ko organizacije prispevajo k dobrobiti širše družbene skupnosti (Zupan, 2007, str. 132). Sistem vrednotenja, ki temelji na kratkoročnih ciljih, kako preživeti in ustvariti dobiček, je v nasprotju z vrednotami, ki jih pri svojem delu cenijo najbolj predani delavci. Ljudi zlasti razdraži dejstvo, da organizacija pogosto povečuje sposobnost zaposlenih za izjemno produktivnost, medtem ko z upravljanjem škodi kakovosti dela (Maslach & Leiter, 2002, str. 53 – 56).

Posameznikovo zaznavanje trenutnih razmer in primerjava s svojimi vrednotami se izraža v zadovoljstvu z delom. Uspešnost pri delu vodi do večjega zadovoljstva, ki potem v povratni zvezi spet vpliva na večjo uspešnost delovne organizacije (Zupan, 2001, str. 105).

5 POSLEDICE IZGOREVANJA

Posledice izgorevanja se nanašajo na psihološke dejavnike posameznika ter ekonomske dejavnike za delovno organizacijo (Lori, 2009, str. 15).

5.1 Psihološki dejavniki izgorevanja za posameznika

Izgorevanje poteka v treh stopnjah. Za prvo stopnjo je značilna izčrpanost, za drugo stopnjo ujetost in odmaknjen odnos do dela, tretjo stopnjo razdelimo na obdobje pred adrenalnim zlomom, adrenalni zlom in na obdobje po adrenalnem zlomu, kar prikazuje Tabela 2.

Tabela 2: Posledice izgorevanja za posameznika

1. Stopnja izgorevanja – izčrpanost	
- deloholizem	- napadi hitrega utripanja srca
- občutek, da ga vsi potrebujejo in so odvisni od njega	- gastroenterološke težave
- občutek kronične utrujenosti	- motnje spanja, nespečnost
- zanikanje slabega počutja	- žalost depresivni občutki
	- občutek razočaranja
	- povečana aktivnost
2. Stopnja izgorevanja – ujetost	

<ul style="list-style-type: none"> - močan občutek ujetosti in nemoči - občutki krivde - cinizem in jeza - grobost - upadi psihofizične energije - odtujevanje - preizčrpanost 		<ul style="list-style-type: none"> - slabše delovanje imunskega sistema - glavoboli - motnje koncentracije in spomina - zanikanje lastnih potreb - potreba po umiku iz delovnega in življenjskega okolja - nezmožnost obvladovanja lastnih čustev 	
3. Stopnja izgorevanja – sindrom adrenalne izgorelosti			
Pred adrenalnim zlomom		Adrenalni zlom	
Po adrenalnem zlomu			
<ul style="list-style-type: none"> - odsotnost pobud - prekinitve socialnih stikov - nezmožnost odločanja in načrtovanja - odsotnost pobud - napadi besa in joka - močne motnje spanja 	<ul style="list-style-type: none"> - nezmožnost koncentracije - nezmožnost odločanja - občutek skrajne ranljivosti in nezaščitenosti - močan upad telesne energije - padec imunskega sistema - infarkt, možganska kap - akutne gastroenterološke motnje 	<ul style="list-style-type: none"> - močan in dolgotrajen upad delovnih sposobnosti - spreminjanje samopodobe - spremembe vrednostnega sistema - osebne spremembe - izrazit odpor do prejšnjih življenjskih in delovnih situacij 	

Vir: A., Pšeničny, Razvoj Vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti (SAI) in preverjanje izhodišča recipročnega modela izgorelosti, 2007, 47 – 80; A., Pšeničny, Recipročni model izgorelosti (RMI): prikaz povezave med interpersonalnimi in intrapersonalnimi dejavniki, 2006, 19 – 36.

Izgoreli posameznik postane pri delu neučinkovit, nekreativen, počasen, ciničen, raztresen, len, pesimističen, nevljuden, površen in konflikten v odnosu do sodelavcev in strank (Bilban & Pšeničny, 2007, str. 22 – 30). Ob prisotnosti poklicne izgorelosti lahko posameznik oblikuje različne oblike reagiranja, katerih značilnosti lahko razpoznamo po **stilih delovnega obnašanja** (Brejc, 1994):

Opustitveni stil – prepoznamo pri osebah, ki se umikajo ali pa so se že umaknile s svojega strokovnega področja. Zanje je značilno razmišljanje: »To delo ni zame«. Gre za psihološko opustitev prizadevanj z dosego poklicnih ciljev, kar se izraža v konformizmu, racionalizaciji in zanikanju.

Izčrpan delovni stil – kažejo tisti, ki so bistveno znižali svoje poklicne in delovne cilje. Izogibajo se problemom in jih preusmerjajo k sodelavcem. Ta vedenjski stil vključuje dve izpeljanki. Po prvi izpeljanki se strokovni delavec povsem podredi načelom, postopkom in politiki ustanove, kjer je zaposlen. Postal je »človek hiše«, le če se na teh področjih kaj spremeni, je pripravljen spremeniti svoje ravnanje. Po drugi postane človek »predpisov«, saj vlaga večino svojih delovnih naporov v vzdrževanje videza formalnosti in spoštovanja načel

in postopkov, pri katerih se izgublja osebni stik z delom in še zlasti z ljudmi, ki bi jim lahko pomagal.

Nevrastenični stil – občutke poklicne izčrpanosti, torej težave duševnega značaja, začnejo spremljati telesne težave kot so: glavobol, motnje spanja, zvišan krvni pritisk in težave s srcem.

Navedene tri oblike poklicne izgorelosti so strategija umika ali bega posameznika v spopadu med poklicnimi nalogami in možnostmi za njihovo uspešno izpolnjevanje. Takšna strategija, lahko pripelje do popolnega razvrednotenja posameznikovega dela, kot tudi dela sodelavcev in celotne ustanove (Brejc, 1994).

5.2 Ekonomski dejavniki izgorevanja z vidika delovne organizacije

Najpogostejše in za delovne organizacije najbolj problematične oblike izražanja nezadovoljstva zaposlenih so naslednje:

Absentizem oziroma izostajanje z dela. Razlogi zanj so lahko zakonsko dovoljena odsotnost, na primer zaradi bolezni, za varstvo bolnega družinskega člana ali s pravili organizacije spodbujena odsotnost z namenom izobraževanja delavca. Najbolj problematična je tako imenovana bolniška odsotnost, na katero ne vplivajo zgolj fiziološki dejavniki zaposlenih temveč pogosto prav neugodne delovne razmere, premajhna skrb za preprečevanje obolenj in nesreč pri delu, slabi odnosi zaposlenega s sodelavci ali vodji, prevelike delovne obremenitve, neustrezna podpora vodij in sodelavcev pri premagovanju težav (Svetlik, 2009, str. 346). V slovenskih organizacijah je ta problem še posebej pereč, saj je letni izračun bolniške odsotnosti na delavca 8,7 dni, povprečje 27 držav EU pa je 4,5 dni. Na račun absentizma se organizacijam povečujejo stroški in težave pri organizaciji dela (Svetlik 2009).

Fluktuacija oziroma zapuščanje organizacij je gibanje nezadovoljnih kadrov iz ene organizacije v drugo. Preveliko število odhodov povečuje stroške kadrovanja, vpliva na zmanjšanje produktivnosti, znižuje delovno moralo in razkraja socialno tkivo organizacije (Svetlik, 2009, str. 346, 347). O potencialni fluktuaciji lahko sklepamo po zadovoljstvu zaposlenih z delom. V 27 državah EU je 81 % ljudi zadovoljnih z delom, v Sloveniji pa le 71 % (Svetlik 2009).

Nezaželeno oziroma deviantno vedenje se pojavlja v različnih oblikah, kot so manjša delovna vnema, vse do upočasnitve dela, napake in napačne odločitve, bolniški izostanki, širjenje nezadovoljstva med sodelavci in sabotaje. Delavci nezadovoljstvo delno izražajo v okviru dopustnih meja in predvsem zmanjšujejo delovno uspešnost, lahko pa celo kršijo organizacijska pravila oziroma delovne pogodbe in povzročajo disciplinske prekrške (Svetlik, 2009, str. 347). Možna je tudi izguba ugleda organizacije zaradi neželenih dogodkov, nesreč, šikaniranj in nadlegovanj.

Kolektivne zahteve, protesti in stavke se pojavijo, ko nezadovoljstvo preseže individualno raven (Svetlik, 2009, str. 347).

Aparicio (2002, str. 14 – 15) v svoji raziskavi, ki je zajela 147 milijona vprašanih delojemalcev v Evropi ugotavlja, da jih ena tretjina ne organizira svojega dela, več kot četrtnina pa jih ne sme sodelovati pri razporejanju svojega dela. Kar 45 % vprašanih je zatrdilo, da opravljajo monotono delo, 50 % da izvajajo kratka, ponavljajoča se rutinska dela. Zanimiva je tudi statistika bolnih delojemalcev, 13 % jih toži o glavobolih, 17 % o bolečinah v mišicah, 30 % o bolečinah v hrbtenici, 20 % o zaspanosti in 28 % o stresu.

5.3 Ekonomski dejavniki izgorevanja z vidika države

V zadnjih 30 letih je bilo o sindromu izgorelosti po vsem svetu objavljenih več kot 6000 raziskav. Svetovna zdravstvena organizacija je že 1999 leta opozorila, naj države sprejmejo ukrepe za preprečevanje stresa in izgorelosti na delovnem mestu (Pšeničny, 2006, str. 22). Po podatkih Mednarodne organizacije za delo lahko neučinkovitost, ki izhaja iz stresa na delovnem mestu, stane tudi do 10 % bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BDP) neke države (Le Fevre, Mathney & Kolt, 2003, str. 726). Po podatkih štajerske gospodarske zbornice so skupni letni stroški delodajalcev in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije zaradi zdravstvenega absentizma ocenjeni na 750 do 800 milijonov evrov, od tega znašajo nadomestila plač v breme delodajalcev od 235 do 250 milijonov evrov.

6 RAZISKAVA PSIHOLOŠKIH IN EKONOMSKIH DEJAVNIKOV PRI IZGORELOSTI MEDICINSKIH SESTER

Prisotnost izgorevanja se pojavlja tudi med medicinskimi sestrami in ima negativne posledice na posameznika in delovno organizacijo. Zaznavanje izgorevanja kažejo psihološki dejavniki in sicer čustvena izgorelost, depersonalizacija in osebna izpolnitev. Največji povzročitelji izgorevanja so stresorji, ki izhajajo iz delovnega okolja. V kolikor delovno okolje ne motivira in nudi podpore posameznikovim naporom, prihaja do razhajanj med pričakovanji delavca in dela samega. Takšni občutki vodijo do nezadovoljstva z delom, kar se kaže z nizko delovno moralo, izgubo idealov in spremenjenim obnašanjem. V zdravstvenih timih, kjer je prisotno izgorevanje je lahko zdravstvena nega nezadostna in hladna, več je bolniške odsotnosti in prej motivirane medicinske sestre zapuščajo delovne organizacije (Magnusson & Gooding, 2000, str. 67).

6.1 Namen, cilji in hipoteze raziskave

Namen raziskave je ugotavljanje vpliva delovnega okolja dveh skupin medicinskih sester na zaznavanje dimenzij izgorevanja in zadovoljstva z delom ter opredelitev ekonomskih dejavnikov (podatki realiziranega programa ZZZS, poslovni izidi Interne in Kirurške Klinike, bolniška odsotnost medicinskih sester). Skupina MS1 so medicinske sestre zaposlene na

Kliničnem oddelku (KO) za anestezijo UKC Ljubljana, medtem ko so MS2 medicinske sestre, ki so zaposlene na oddelku Gastroenterološke interne klinike UKC Ljubljana.

Razlike med obema skupinama medicinskih sester so:

1. Prepoznavnost medicinskih sester; delo medicinske sestre pri anesteziji je v javnosti še vedno neznano, kar lahko vpliva na zadovoljstvo pri delu (Meeusen in sod., 2011, str. 63).
2. Odnos medicinska sestra – medicinska sestra; medicinske sestre pri anesteziji svoje delo opravljajo v različnih operacijskih dvoranah, zato nimajo toliko stikov s svojimi kolegicami za razliko od medicinskih sester na oddelkih (Meeusen et al., 2011, str. 64).
3. Dostopnost do informacij glede okrevanja bolnikov: medicinske sestre pri anesteziji niso deležne informacij glede okrevanja bolnikov, za razliko od medicinskih sester, ki delo opravljajo na oddelku. Pri ugodnih izidih zdravljenja bolnikov to služi kot potrditev dobro opravljenega dela, kar znižuje raven stresa (Meeusen et al., 2011, str. 64).
4. Odnos medicinska sestra – bolnik; Bolniki zaradi anestezije spijo, komunikacija z njimi je kratka in jedrnata. Capuzzo (2007) ugotavlja, da je čas preživet z zavestnim bolnikom najkrajši ravno pri anestezijskih timih.

MS 1: V prvi skupini je 60 medicinskih sester, ki so zaposlene na KO za anestezijo UKC Ljubljana. Delo anestezijske medicinske sestre poteka v operacijski dvorani v timu z zdravnikom anesteziologom, zbujevalnici, urgentnem operacijskem bloku, anesteziološki ambulanti in terapiji bolečine. Delovišč, kjer medicinske sestre opravljajo svoje delo, je veliko. Delo obsega pripravo anestezijskih zdravil, pooperativne analgezije, skrb za številne monitorje, infuzijske črpalke, varčevalce eritrocitov, anestezijske aparate... Zaradi narave dela je potrebno nenehno izobraževanje glede tehničnih izboljšav v medicinski opremi, uporabi anestezijskih zdravil in postopkih oživljanja. Komunikacija z bolniki je kratka in jedrnata. Poleg rednega dela poteka delo v obliki popoldanske izmene, dela preko rednega delovnega časa in pripravljenosti.

MS 2: V drugi skupini je 40 medicinskih sester, ki so zaposlene na oddelku Gastroenterološke interne klinike UKC Ljubljana. Delo oddelčne medicinske sestre zahteva znanje o kroničnih boleznih, spremljanje novosti na področju zdravljenja in v zdravstveni negi. Pri svojem delu se srečuje s bolnikovimi svojci, lahko je soočena tudi s socialnimi problemi bolnikov. Poleg oddelčnega dela, poteka delo tudi v ambulantah za ultrazvok in endoskopije. V enoti za intenzivno nego in terapijo opravljajo medicinske sestre troizmensko delo, medtem ko v enoti za ultrazvok enoizmensko in v enoti za endoskopijo dvoizmensko delo.

Glavni cilj magistrskega dela je s teoretičnim in empiričnim raziskovalnim pristopom opredeliti psihološke in ekonomske dejavnike izgorevanja medicinskih sester.

Odgovoriti želim na naslednje domneve:

- Domneva 1: Zaznati je razlike v doživljanju izgorelosti, med prvo in drugo skupino medicinskih sester. Predvidevam, da bodo dimenzije izgorevanja višje v skupini MS1, zaradi številnih stresorjev iz delovnega okolja (sodelovanje pri reanimacijah, pomanjkanje druženja s kolegi, nepredvidljivi operativni posegi) (Meeusen et al., 2011, str. 64).
- Domneva 2: Zaznati je razlike v doživljanju izgorelosti glede na delovno dobo pod 10 let, med prvo in drugo skupino medicinskih sester. Predvidevam, da bodo medicinske sestre v skupini MS1 ki imajo do 10 let delovne dobe, kazale višje povprečne vrednosti v doživljanju izgorelosti. Za pojav izgorevanja je značilno, da se pojavi pri mladih zaposlenih (Lori, 2009, str. 5).
- Domneva 3: Zaznati je razlike v doživljanju zadovoljstva s svojim delom, med prvo in drugo skupino medicinskih sester. Predvidevam, da bo imela skupina MS2 višje povprečje zadovoljstva s svojim delo. Predvsem zato, ker so v stalnem stiku z bolniki in imajo veliko informacij glede bolnikov in njihovega okrevanja.
- Domneva 4: Zaznati je razlike v doživljanju zadovoljstva z napredovanjem med prvo in drugo skupino medicinskih sester. Predvidevam, da so z možnostmi napredovanja v povprečju bolj zadovoljne medicinske sestre v skupini MS2. Medicinske sestre pri anesteziji se zelo težko zaradi narave dela v operacijskih dvoranah udeležujejo izobraževanj.
- Domneva 5: Zaznati je razlike v doživljanju izgorelosti glede na bolniško odsotnost kadra, med prvo in drugo skupino medicinskih sester. Predvidevam, da imajo v skupini MS1 višje povprečne vrednosti izgorevanja, kot v MS2 glede na bolniško odsotnost.

6.2 Metodologija raziskave

Pri pisanju magistrske naloge je uporabljena deskriptivna metoda dela. Za določanje psiholoških dejavnikov sta bila uporabljena dva vprašalnika zaprtega tipa in sicer: Maslachin anketni vprašalnik, ki vsebuje 22 vprašanj in določa stopnjo izgorevanja ter vprašalnik metode opisnih indeksov dela, za določanje zadovoljstva zaposlenih z delovnim okoljem JDI (angl. The Job Descriptive Index) (Priloga 1).

Rezultati, ki se nanašajo na psihološke dejavnike so obdelani s programskim paketom SPSS. Uporabljeni so osnovni statistični testi: Kolmogorov-Smirnov test, dvostranski t- test, dvostranski neparametrični Mann-Whitney U preizkus ter faktorska analiza.

Podatki, ki se nanašajo na ekonomske dejavnike so vzeti iz letnega poročila UKC Ljubljana za leto 2010 in so obdelani s računalniškim programom Microsoft Excel.

6.2.1 Predstavitev vprašalnika

Maslachin anketni vprašalnik je sestavljen iz 22 vprašanj. Vprašanja od 1 do 9 se nanašajo na prvo dimenzijo izgorelosti. Opredeljujejo čustveno izčrpanost, utrujenost in pomanjkanje energije. Vprašanja od 10 do 14 se nanašajo na pojav razosebljanja. Vprašanja od 15 do 22 kažejo osebne dosežke pri delu z bolniki. Vprašanja se nanašajo na trditve, ki jih posameznik

oceni z mersko lestvico. Ocena 0 pomeni, da trditve ne drži, ocena od 1 do 6 se nanaša na pogostost izkustva posamezne trditve. Pred Maslachinim anketnim vprašalnikom sem sestavila šest osnovnih vprašanj, ki se nanašajo na spol, starost, zakonski stan, stopnjo izobrazbe, število let delovne dobe in absentizem medicinskih sester. V tretjem delu ankete je uporabljen vprašalnik za določanje zadovoljstva zaposlenih JDI vprašalnik. Anketa vsebuje 106 vprašanj, ki se nanašajo na pet področij in sicer; na zadovoljstvo pri delu, z neposrednim vodjo, s sodelavci, s plačo ter možnostmi za napredovanje. Posameznik oceni trditve z DA, NE in ?. Višje vrednosti kažejo na večje zadovoljstvo posameznika z delom, vodjo, sodelavci, plačo in napredovanjem.

6.2.2 Zbiranje podatkov

Anketa za skupino MS1 je bila opravljena v mesecu juniju 2011, za skupino MS2 pa meseca septembra 2011. Razdeljenih je bilo 143 vprašalnikov (MBI ter JDI), od tega 63 vprašalnikov na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok in 80 na Internem oddelku za gastroenterologijo. Vrnjenih je bilo 104 vprašalnikov, 4 vprašalniki niso bili izpolnjeni do konca. V raziskavo je bilo vključenih 60 medicinskih sester zaposlenih na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, ter 40 medicinskih sester zaposlenih na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo. Odzivnost anketirancev je bila 70 %.

7 PREDSTAVITEV REZULTATOV RAZISKAVE

Rezultati raziskave zajemajo ekonomske dejavnike Interne in Kirurške klinike, ki se nanašajo na poslovne izide, podatke realiziranih programov ter bolniške odsotnosti medicinskih sester. V nadaljevanju so povzete značilnosti in povprečne vrednosti dimenzij izgorevanja in zadovoljstva z delom, obeh vzorčnih skupin medicinskih sester MS1 in MS2. V nadaljevanju so predstavljeni rezultati testiranja postavljenih domnev.

7.1 Ekonomski dejavniki Interne in Kirurške klinike

Podatki o realiziranem programu ZZZS po posameznih klinikah za leto 2010 kažejo, da ima Interna klinika največje število presežnih bolnikov in sicer 1470 bolnikov, kar predstavlja 79 % celotnega preseganja (Tabela 3). Razlogi za preseganje načrtovanega števila bolnikov so: rast števila internističnih bolnikov za 3 – 5 % na letnem nivoju, večji prilivi bolnikov iz regij izven Ljubljane ter povečan pritisk bolnikov na Internistično prvo pomoč. Kirurška klinika ima presežek števila bolnikov in sicer 423 bolnikov za leto 2010.

Tabela 3: Bolniki ZZZS – akutna bolnišnična obravnava po klinikah (realizacija in plan)

SPSS bolniki	Plan 2010	Realizacija 2009	Realizacija 2010	% R/P	10:09
Interna klinika	19.722	20.635	21.192	107.5	102.7
Kirurška klinika	25.248	26.376	25.671	101.7	97.3
Nevrološka klinika	2.923	3.04	3.318	113.5	109.0
Ginekološka klinika	18.612	20.387	18.270	98.2	89.6
Pediatrična klinika	10.590	10.566	10.129	95.6	95.9
Dermatološka klinika	1.689	1.626	1.858	110.0	114.3
Klinika za infekcijske bolezni in vroč. stanja	7.787	8.183	7.781	99.9	95.1
Očesna klinika	3.340	4.005	3.532	105.7	88.2
Ortopedska klinika	3.074	3.857	3.153	102.6	81.7
Klinika za orl in cervikalno krg.	3.786	3.842	3.721	98.3	96.9
Klinika za nuklearno medicino	429	428	436	101.6	101.9
UKC Ljubljana	97.200	102.949	99.061	101.9	96.2

Vir: UKCL. Letno poročilo UKCL za leto 2010, str. 25.

Poslovni izid za leto 2010 izkazuje pozitiven poslovni izid – presežek prihodkov nad odhodki v višini 2.274.715 za Interno kliniko ter 976.847 za Kirurško kliniko, kar je razvidno iz Tabele 4.

Tabela 4: Poslovanje klinik UKC Ljubljana v letu 2010

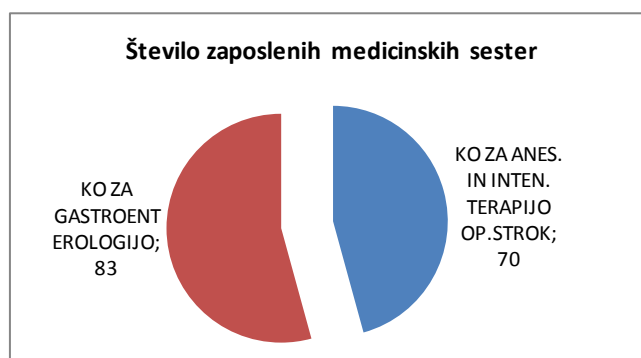
	Prihodki plan	Prihodki realizacija	Odhodki plan	Odhodki realizacija	Prihodki /Odhodki plan	Prihodki/Odhodki realizacija
UKC	440.235.000	443.537.026	440.235.000	443.926.461	0	-389.435
Interna klinika	117.287.100	122.264.036	117.287.100	119.989.321	0	2.274.715
Kirurška klinika	140.517.620	147.335.099	140.517.620	146.358.252	0	976.847

Vir: UKCL. Letno poročilo UKCL za leto 2010, str. 101.

7.1.1 Bolniška odsotnost medicinskih sester zaposlenih na KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok in KO za gastroenterologijo

V letu 2010 je bilo na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok zaposlenih 70 medicinskih sester in sicer 62 diplomiranih medicinskih sester (v nadaljevanju DMS) in 8 srednjih medicinskih sester (v nadaljevanju SMS). Na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo je bilo zaposlenih 83 medicinskih sester, in sicer 23 diplomiranih medicinskih sester in 60 srednjih medicinskih sester (Slika 4).

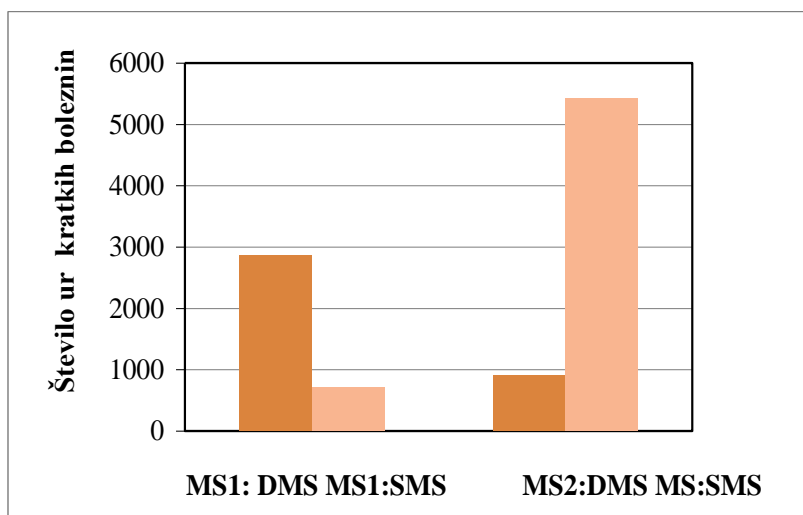
Slika 4: Število zaposlenih medicinskih sester



Vir: UKCL. Podatki o številu medicinskih sester in boleznin, 2011, str.1.

Iz števila ur kratkih boleznin, ki so bile v breme UKCL (do 30 dni) je razvidno, da je bilo leta 2010 na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok obračunanih 3.585 ur (DMS: 2.873 ur, SMS: 712 ur) kratkih boleznin, na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo pa 6.326 ur (DMS: 900 ur, SMS: 5.426 ur) (Slika 5). Kar pomeni, da je v letu 2010 zaradi kratkih boleznin na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok zmanjkalo 1,72 medicinske sestre na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo pa 3,03 medicinske sestre.

Slika 5: Število ur kratkih boleznin



Vir: UKCL. Podatki o številu medicinskih sester in boleznin , 2011, str.2.

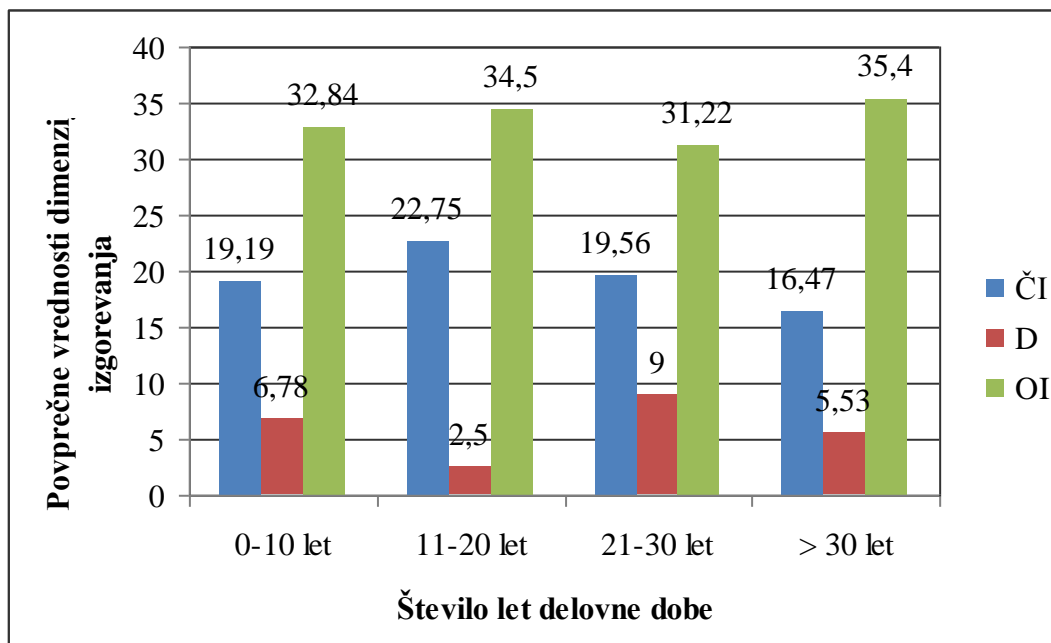
7.2 Značilnosti skupine MS1

V skupini MS1 je bilo med 60 anketiranih, 13 moških (22 %) ter 47 žensk (78 %). Med 60 anketiranih jih ima 6 (10 %) srednješolsko in 54 (90 %) visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo. Za socialni status jih je 21 (35 %) označilo samski, 26 (43 %) poročen in za izven zakonsko skupnost 13 (22 %). Največ anketiranih in sicer 23 (38 %) ima med 20 – 30 let, 15 (25 %) ima nad 51 let, 13 (22 %) ima med 31 – 40 let ter 9 (15 %) anketiranih je starih med 41 – 50 let.

Največ, in sicer 32 medicinskih sester ima od 0 do 10 let delovne dobe, 4 medicinske sestre imajo od 11 do 20 let delovne dobe, 9 medicinskih sester ima od 21 do 30 let delovne dobe ter 15 medicinskih sester ima več kot 30 let delovne dobe.

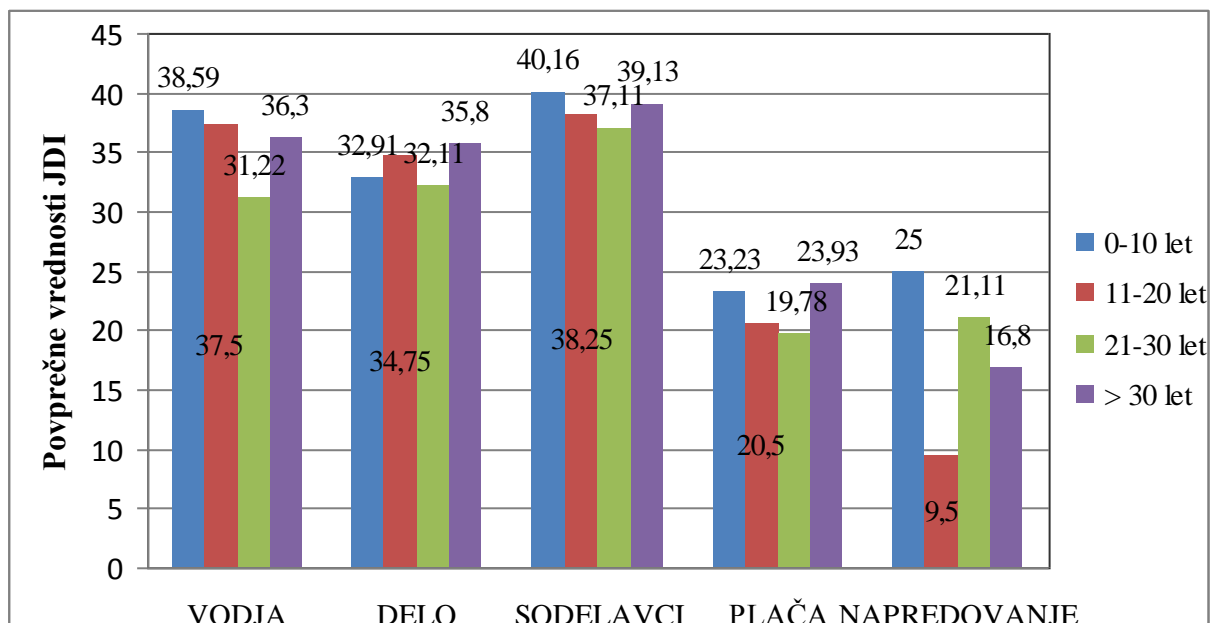
Povprečne vrednosti čustvene izčrpanosti in osebne izpolnitve kažejo na zmerno stopnjo in so prisotne pri vseh štirih skupinah medicinskih sester, glede na število let zaposlitve. Medicinske sestre, ki imajo od 21 do 30 let delovne dobe imajo najvišjo povprečno vrednost depersonalizacije, najnižje povprečje depersonalizacije je prisotno pri zaposlenih od 11 do 20 let, kar je razvidno iz Slike 6.

Slika 6: Dimenzije izgorevanja glede na leta delovne dobe MSI



Povprečne vrednosti zadovoljstva z vodjo in delom kažejo, v vseh štirih kategorijah let delovne dobe, srednje zadovoljstvo. S sodelavci so zelo zadovoljni zaposleni od 0 do 10 let delovne dobe. S plačo in napredovanjem so srednje nezadovoljni v vseh štirih kategorijah. Le zaposleni od 11 do 20 let so zelo nezadovoljni z napredovanjem (Slika 7).

Slika 7: Zadovoljstvo s delovnim okoljem glede na leta delovne dobe MSI

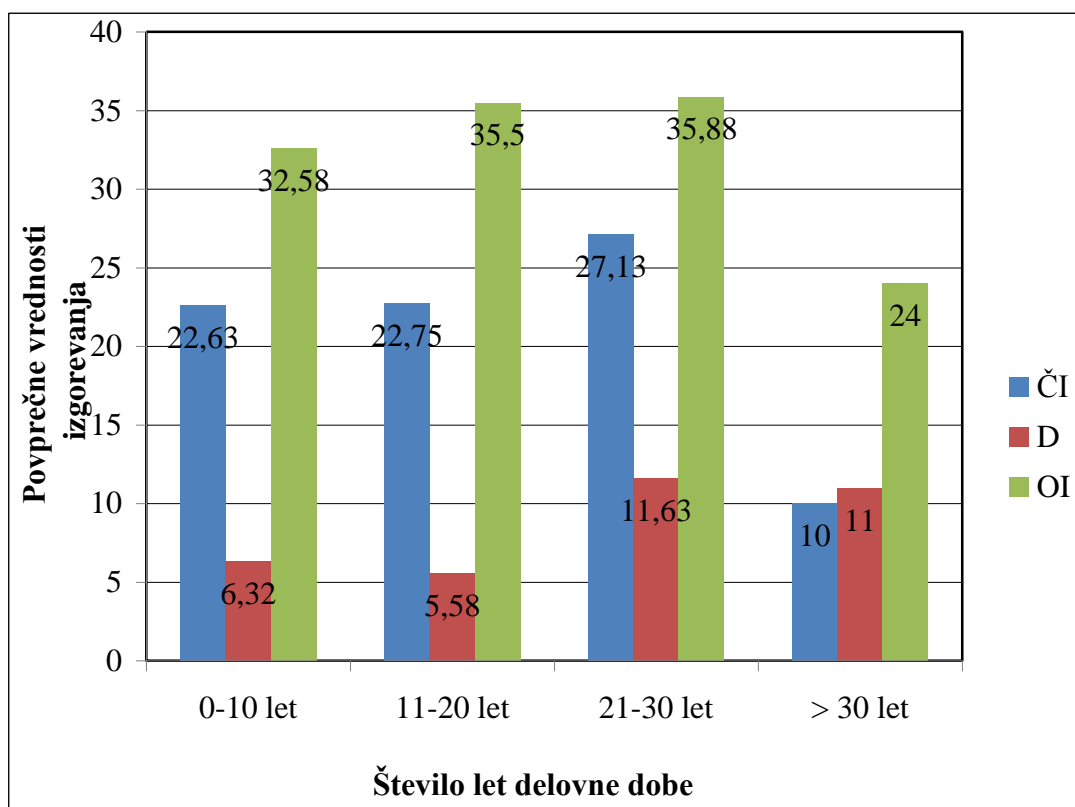


7.3 Značilnosti skupine MS2

V skupini MS2 je bilo 40 anketiranih, 4 (10 %) moški ter 36 (90 %) žensk. Med 40 anketiranih jih ima 17 (43 %) srednješolsko, 20 (50 %) visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo, 2 (5 %) podiplomsko izobrazbo in 1 (2 %) se je označil za študenta. Za socialni status jih je 12 (30 %) označilo samski, 18 (45 %) poročen in za izven zakonsko skupnost 10 (25 %). Največ anketiranih, in sicer 17 (43 %) ima med 31 – 40 let, 12 (30 %) jih ima med 20 – 30 let, 9 (22 %) je starih med 41 – 50 let ter 2 (5 %) sta starejša od 51 let.

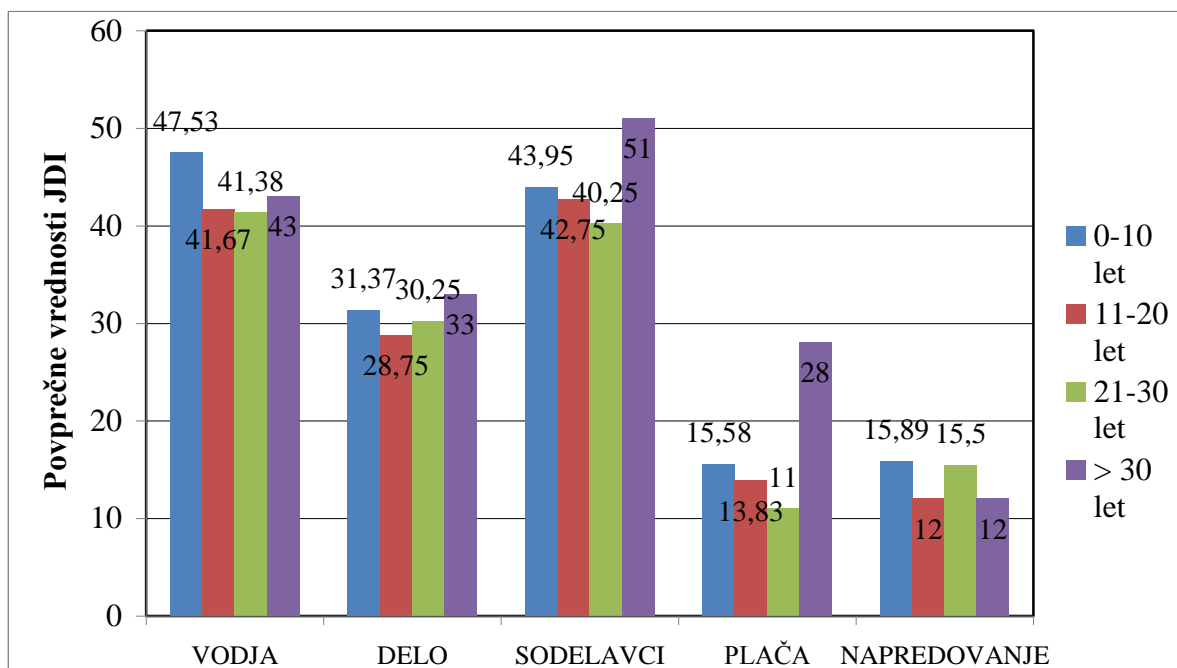
Največ, in sicer 19 medicinskih sester ima od 0 do 10 let delovne dobe, 12 medicinskih sester ima od 11 do 20 let, 8 medicinskih sester ima od 21 – 30 let in 1 ima več kot > 30 let delovne dobe. Za skupino zaposlenih, ki imajo od 21 do 30 let delovne dobe je značilna najvišja povprečna vrednost depersonalizacije in čustvene izčrpanosti (Slika 8).

Slika 8: Dimenzije izgorevanja glede na leta delovne dobe MS2



Medicinske sestre so zelo zadovoljne z vodjo in sodelavci v vseh štirih skupinah glede na leta delovne dobe. Povprečne vrednosti zadovoljstva z delom, kažejo na srednje zadovoljstvo v vseh štirih skupinah. Najnižje povprečje zavzema visoka stopnja nezadovoljstva s plačo v skupini zaposlenih od 21 do 30 let ter visoko stopnjo nezadovoljstva z napredovanji za skupino zaposlenih od 11 do 20 let in > 30 let (Slika 9).

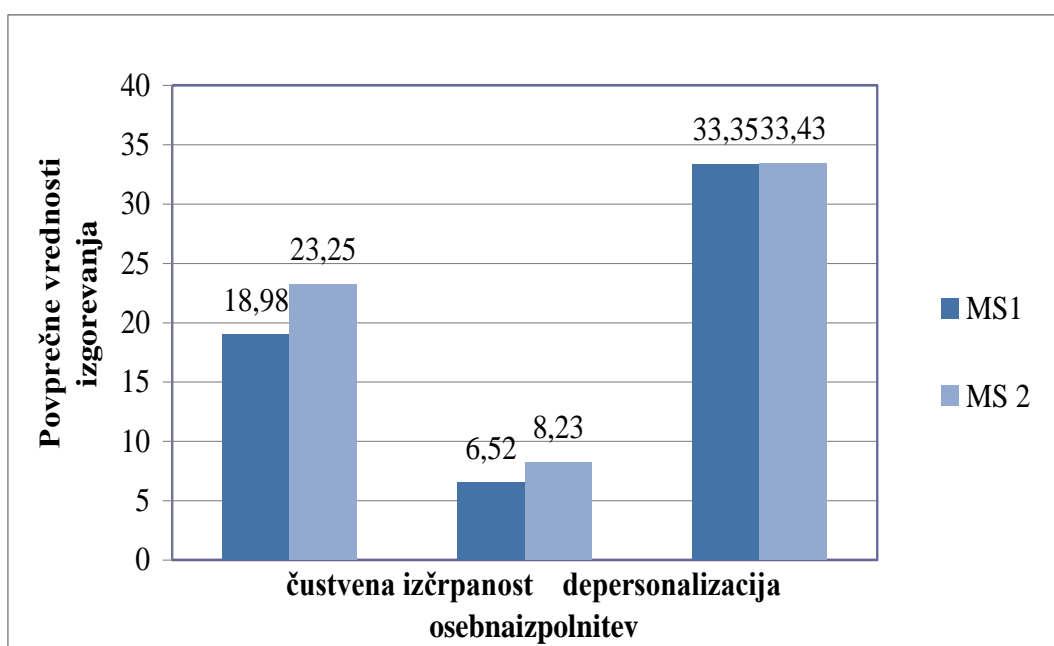
Slika 9: Zadovoljstvo s delovnim okoljem glede na leta delovne dobe MS 2



7.4 Primerjava stopnje izgorevanja in zadovoljstva z delovnim okoljem med skupinama medicinskih sester MS1 in MS2

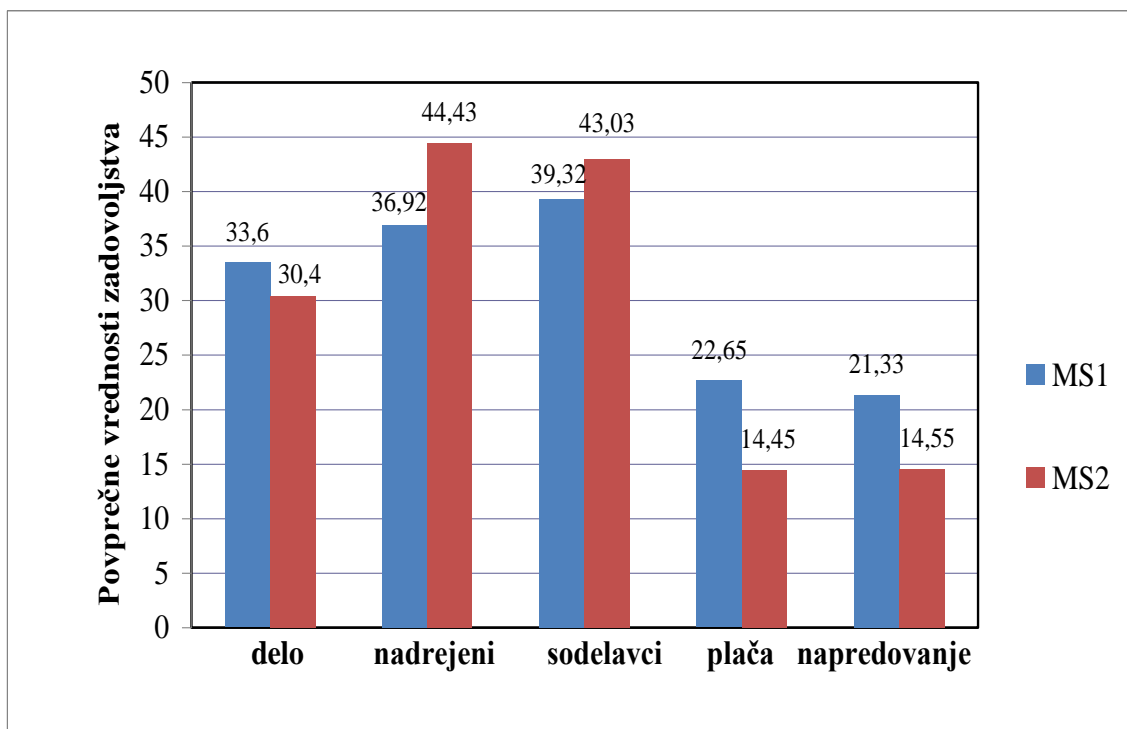
Srednje vrednosti dimenzij izgorevanja pri skupini MS1 pomenijo zmerno vrednost čustvene izčrpanosti (18,98), depersonalizacije (6,52) ter osebne izpolnitve (33,35). Pri skupini MS2 pomenijo srednje vrednosti: visoko stopnjo čustvene izčrpanosti (23,25), visoko stopnjo depersonalizacije (8,23) ter zmerno stopnjo osebne izpolnitve (33,43), kar je razvidno iz slike 10.

Slika 10: Stopnje izgorevanja med skupinama MS1 in MS2



V vprašalniku JDI je opredeljenih 5 področij zadovoljstva na delovnem mestu in sicer; delo, nadrejeni, sodelavci, plača in napredovanje. Povprečne vrednosti v skupini MS1 pomenijo srednje zadovoljstvo z delom (33,60), nadrejenim (36,92), sodelavci (39,32), srednje nezadovoljstvo s plačo (22,65) in napredovanjem (21,33). V skupini MS 2 pomenijo srednje vrednosti; srednje zadovoljstvo z delom (30,4); veliko zadovoljstvo z vodjo (44,43) in sodelavci (43,03) ter srednje nezadovoljstvo s plačo (14,45) in napredovanjem (14,55), kar je razvidno iz Slike 11.

Slika11: Zadovoljstvo zaposlenih s delovnim okoljem med skupinama MS1 in MS2

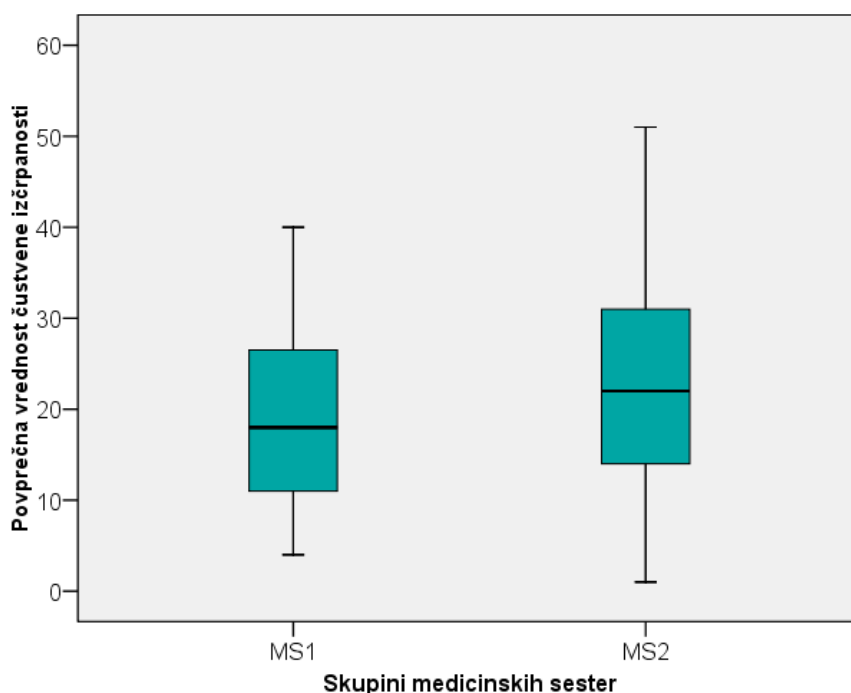


7.5 Domneva 1: razlika v doživljanju izgorelosti med MS1 in MS2

Domneva 1: Zaznati je razlike v doživljanju izgorelosti, med prvo in drugo skupino medicinskih sester.

Pogoj o normalni porazdelitvi spremenljivk dimenzij izgorevanja je izpolnjen (Priloga 2). Aritmetična sredina čustvene izčrpanosti se pri skupini MS2 in MS1 statistično razlikuje ($t = -2,140$; $P = 0,035$). Iz Tabele 5 je razvidno, da je povprečje čustvene izčrpanosti pri MS2 višje in sicer za 4,45 od povprečja čustvene izčrpanosti pri MS1. Višja vrednost čustvene izčrpanosti je značilna za MS2, kar prikazuje Slika 12.

Slika 12: Povprečna vrednost čustvene izčrpanosti med skupinama MS1 in MS2



Razlika med aritmetičnima sredinama depersonalizacije ($t = -1,471; P = 0,146$) in osebne izpolnitve ($t = -0,54; P = 0,957$) med skupinama MS1 in MS2 ni statistično značilna – dvostranski t-test (Priloga 2).

Tabela 5: Povprečne vrednosti in standardni odkloni za dimenzije izgorevanja

Skupini	N	Povprečje	Standardni odlon
Čustvena izčrpanost MS1	60	18,80	9,15
Čustvena izčrpanost MS2	40	23,25	11,57
Depersonalizacija MS1	60	6,52	4,66
Depersonalizacija MS2	40	8,23	6,27
Osebna izpolnitev M1	60	33,35	7,24
Osebna izpolnitev MS2	40	33,42	6,14

7.5.1 Faktorska analiza izgorevanje medicinskih sester MS1

Vrednost Kaiser-Meyer-Olkinov (v nadaljevanju KMO) kazalca za skupino MS1 je večja od 0,5 in s tveganjem manjšim od 0,05 kaže na smiselnost uporabe faktorjske analize (Priloga 3). S sedmimi faktorji je pojasnjene 73,3 % celotne variance (Priloga 3). Zaradi rotacije faktorjev se spremenijo lastne vrednosti in delež s posameznim faktorjem pojasnjene celotne variance, ne spremeni pa se delež celotne variance. F1 pojasni 21,9 %, F2 pojasni 12,3 %, F3 pojasni 10,3 %, F4 pojasni 9,6 %, F5 pojasni 6,6 %, F6 pojasni 6,2 % in F7 pojasni 6,0 % celotne variance, kar prikazuje Tabela 6.

Tabela 6: Lastne vrednosti in pojasnjene variance po rotaciji

Komponente	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1 – čustvena izčrpanost	4,838	21,990	21,990
2 – sproščeno obravnavanje strank	2,719	12,361	34,350
3 – osebna izpolnitev	2,272	10,329	44,680
4 – čustveno otrdevanje	2,134	9,699	54,379
5 – neoseben odnos do strank	1,466	6,665	61,045
6 – otopelost	1,380	6,273	67,318
7 – pretirana odgovornost	1,321	6,006	73,324

Varimax metoda omogoča vsebinsko pojasnitev posameznih faktorjev in enostavnejšo strukturo.

Tabela 7: Faktorske uteži dobljene z varimax metodo

	Komponente						
	1	2	3	4	5	6	7
V8	0,886	- 0,121	- 0,111	0,109	0,106	- 0,039	0,052
V1	0,863	- 0,011	- 0,158	0,011	- 0,003	0,022	0,048
V3	0,842	0,05	- 0,042	0,158	- 0,061	- 0,073	- 0,117
V2	0,823	- 0,126	- 0,044	0,02	- 0,214	0,121	0,094
V13	0,710	- 0,221	- 0,014	0,183	0,175	0,117	- 0,059
V14	0,658	0,103	0,065	- 0,093	0,454	- 0,077	- 0,011
V20	0,585	- 0,242	- 0,01	0,225	0,108	0,469	- 0,059
V18	- 0,124	0,875	0,201	- 0,161	0,013	- 0,03	- 0,103
V17	- 0,147	0,869	0,151	- 0,041	0,037	0,057	- 0,103
V4	0,286	0,536	0,039	- 0,153	- 0,321	0,041	0,502
V12	- 0,327	0,517	0,394	- 0,125	- 0,132	0,096	- 0,026
V9	0,002	0,248	0,814	0,111	- 0,119	- 0,107	- 0,062
V19	- 0,066	0,142	0,798	- 0,286	0,042	0,034	0,090
V6	0,431	- 0,018	- 0,520	0,448	0,088	0,128	0,021
V10	- 0,022	- 0,049	- 0,139	0,787	- 0,006	0,011	0,01
V11	0,329	- 0,211	0,045	0,731	0,188	- 0,054	0,029
V16	0,283	- 0,288	- 0,381	0,423	0,090	0,181	0,332
V5	0,101	0,012	- 0,113	0,411	0,746	0,117	0,263
V7	- 1,200	0,399	0,447	0,299	- 0,502	- 0,013	0,115
V21	- 0,040	0,286	0,064	- 0,151	- 0,177	0,753	- 0,111
V15	0,092	- 0,110	- 0,230	0,153	0,319	0,676	0,152
V22	- 0,130	- 0,169	0,011	0,076	0,164	- 0,032	0,877

Legenda:

- V1. Počutim se čustveno izčrpan(a) zaradi svojega dela.
- V2. Počutim se izrabljen(a) ob koncu delovnega dneva.
- V3. Počutim se utrujen(a), ko zjutraj vstanem in se moram soočiti z novim delovnim dnevom.
- V4. Brez težav lahko razumem občutja svojih strank.
- V5. Čutim, da ravnam z nekaterimi strankami neosebno, kot z objekti.
- V6. Delo z ljudmi vsak dan je zame resnično naporno.
- V7. Zelo učinkovito se ukvarjam s problemi svojih strank.
- V8. Počutim se izgorel(a) zaradi svojega dela.
- V9. Čutim, da s svojim delom pozitivno vplivam na življenje drugih ljudi.
- V10. Postal(a) sem bolj neobčutljiv(a) do ljudi, odkar sem sprejel(a) to delo.
- V11. Skrbi me, da zaradi svoje službe čustveno otrdevam.
- V12. Počutim se poln(a) energije.
- V13. Moja služba me spravlja v duševno stisko.
- V14. Imam občutek, da v službi pretrdo delam.
- V15. Ni mi dosti mar, kaj se dogaja nekaterim strankam.
- V16. Neposredno delo z ljudmi je zame preveč obremenjujoče.
- V17. S svojimi strankami z lahkoto vzpostavim sproščeno vzdušje.
- V18. Delo s strankami me poživlja.
- V19. Pri svojem delu sem naredil(a) že mnogo koristnega.
- V20. Počutim se, kot da sem na koncu svojih moči.
- V21. Pri svojem delu zelo umirjeno rešujem čustvene probleme.
- V22. Čutim, da me stranke krivijo za nekatere od svojih problemov.

Pri skupini medicinskih sester MS1, F1 (čustvena izčrpanost) pojasni 21,9 % variance, F2 (sproščeno obravnavanje strank) pojasni 12,3 % variance, F3 (osebna izpolnitev) pojasni 10,3 % variance, F4 (čustveno otrdevanje) pojasni 9,6 % variance, F5 (neoseben odnos do strank) pojasni 6,6 % variance, F6 (otopelost) pojasni 6,2% variance ter F7 (pretirana odgovornost) 6,0 % celotne variance, kar je razvidno iz Tabele 7.

7.5.2 Faktorska analiza izgorevanje medicinskih sester MS2

Vrednost KMO kazalca za skupino MS2 je večja od 0,5 in s tveganjem manjšim od 0,05 kaže na smiselnost uporabe faktorjske analize (Priloga 4). S sedmimi faktorji je pojasnjene 72,6 % celotne variance (Priloga 4). Varimax metoda omogoča vsebinsko pojasnitev posameznih faktorjev in enostavnejšo strukturo. Zaradi rotacije faktorjev se spremenijo lastne vrednosti in delež s posameznim faktorjem pojasnjene celotne variance, ne spremeni pa se delež celotne variance. F1 pojasni 39,3 %, F2 pojasni 12,5 %, F3 pojasni 8,6 %, F4 pojasni 6,4 % in F5 pojasni 5,4 % celotne variance, kar prikazuje Tabela 8.

Tabela 8: Lastne vrednosti in pojasnjene variance po rotaciji

Komponente	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1 – čustvena izčrpanost	8,653	39,333	39,333
2 – pretirana odgovornost	2,756	12,525	51,858
3 – delovna učinkovitost	1,893	8,606	60,465
4 – koristnost	1,421	6,457	66,922
5 – čustvena stabilnost	1,194	5,429	72,351

Pri skupini medicinskih sester MS2, F1 (čustvena izčrpanost) pojasni 39,3 % variance, F2 (pretirana odgovornost) pojasni 12,5 % variance, F3 (delovna učinkovitost) pojasni 8,6 % variance, F4 (koristnost) pojasni 6,4 % variance ter F5 (čustvena stabilnost) pojasni 5,4 % celotne variance, kar prikazuje Tabela 9.

Tabela 9: Faktorske uteži dobljene z varimax metodo

	Komponente				
	1	2	3	4	5
V20	0,863	0,003	- 0,187	- 0,222	0,045
V2	0,851	0,238	0,075	- 0,125	- 0,077
V14	0,818	0,104	- 0,033	0,134	- 0,096
V13	0,803	0,195	- 0,037	0,048	- 0,034
V1	0,791	0,200	0,202	- 0,285	- 0,085
V8	0,778	0,287	0,050	- 0,322	0,162
V12	- 0,658	0,011	0,273	0,368	0,073
V11	0,619	0,598	- 0,148	0,026	- 0,224
V16	0,618	0,475	- 0,164	- 0,148	0,007
V3	0,519	0,406	- 0,069	- 0,327	0,247
V6	0,491	0,431	0,100	- 0,488	0,222
V22	0,119	0,779	0,254	0,070	0,107
V5	0,286	0,745	- 0,074	- 0,355	- 0,067
V15	0,127	0,693	- 0,287	0,071	- 0,391
V10	0,544	0,572	- 0,010	- 0,114	- 0,263
V7	0,105	- 0,123	0,849	0,016	0,08
V4	- 0,030	0,110	0,790	0,069	0,128
V9	- 0,259	- 0,049	0,750	0,222	0,195
V19	- 0,093	0,098	0,220	0,764	- 0,060
V18	- 0,175	- 0,209	0,038	0,678	0,339
V21	0,047	- 0,019	0,195	- 0,055	0,843
V17	- 0,159	- 0,189	0,091	0,462	0,660

Legenda:

- V1. Počutim se čustveno izčrpan(a) zaradi svojega dela.
- V2. Počutim se izrabljen(a) ob koncu delovnega dneva.
- V3. Počutim se utrujen(a), ko zjutraj vstanem in se moram soočiti z novim delovnim dnevom.
- V4. Brez težav lahko razumem občutja svojih strank.
- V5. Čutim, da ravnam z nekaterimi strankami neosebno, kot z objekti.
- V6. Delo z ljudmi vsak dan je zame resnično naporno.
- V7. Zelo učinkovito se ukvarjam s problemi svojih strank.
- V8. Počutim se izgorel(a) zaradi svojega dela.
- V9. Čutim, da s svojim delom pozitivno vplivam na življenje drugih ljudi.
- V10. Postal(a) sem bolj neobčutljiv(a) do ljudi, odkar sem sprejel(a) to delo.
- V11. Skrbi me, da zaradi svoje službe čustveno otrdevam.
- V12. Počutim se poln(a) energije.
- V13. Moja služba me spravlja v duševno stisko.
- V14. Imam občutek, da v službi pretrdo delam.
- V15. Ni mi dosti mar, kaj se dogaja nekaterim strankam.
- V16. Neposredno delo z ljudmi je zame preveč obremenjujoče.
- V17. S svojimi strankami z lahkoto vzpostavim sproščeno vzdušje.
- V18. Delo s strankami me poživlja.
- V19. Pri svojem delu sem naredil(a) že mnogo koristnega.
- V20. Počutim se, kot da sem na koncu svojih moči.
- V21. Pri svojem delu zelo umirjeno rešujem čustvene probleme.
- V22. Čutim, da me stranke krivijo za nekatere od svojih problemov.

F1 (čustvena izčrpanost) pojasni pri MS1 21,9 % variance, pri MS2 pa 39,3 % variance in zaseda največ latentnega prostora pri obeh skupinah medicinskih sester, največ pri skupini MS2, kjer je čustvena izčrpanost tudi bolj izražena (39,3 % variance). Fizična utrujenost in čustvena izčrpanost, sta posledici neuspešnih poskusov aktivnega spoprijemanja z obremenjujočimi zahtevami delovnih situacij. F2 je izražena pri MS1 kot sproščeno obravnavanje strank in pojasni 12,3 % variance. MS1 svoje delo podpirajo z doživljanjem lastne koristnosti kar deluje motivirajoče. Pri MS 2 je F2 izražena kot pretirana odgovornost in pojasni 12,5 % variance. Pretirana odgovornost je povezana s občutki krivde. F3 je pri MS1 izražena kot osebna izpolnitev in pojasni 10,3 % variance, pri MS2 pa kot delovna učinkovitost ter pojasni 8,6 % variance. Osebna izpolnitev pomeni učinkovito, uspešno in iz tega izvirajočo osebno izpolnjenost. Delovna učinkovitost se navezuje na čustveno umirjeno in učinkovito reševanje problemov. F4 je izražena pri MS1 kot čustveno otrdevanje ter pojasni 9,6 % variance. MS1 pri svojem delu občutijo manjšo občutljivost, upad empatije, čustveno otrdevanje ter izčrpanost. Morda zaradi narave dela, kamor sodi tudi sodelovanje pri reanimacijah ter urgentnih operativnih posegih. F4 je izražena pri MS2 kot F4 koristnost ter pojasni 6,4 % variance. Koristnost pomeni opravljanje dela, ki poživlja in ga dojemamo kot koristnega za stranke. F5 je izražena pri MS1 kot neoseben odnos do strank ter pojasni 6,6 % variance. Neoseben odnos do strank kaže znake depersonalizacije v povezavi s cinizmom, s katerim poskuša posameznik reagirati na stresne in obremenjujoče situacije. F5 je izražena pri

MS2 kot čustvena stabilnost pojasni 5,4 % celotne variance. Umirjeno reševanje čustvenih problemov in vzdrževanje sproščene vzdušja pomenijo čustveno stabilnost. Pri MS1 je bilo možno določiti F6 in F7. F6 je izražena kot otopelost in pojasni 6,2 % variance ter F7 pretirana odgovornost ter pojasni 6,0 % celotne variance.

Pri skupini MS1: Čustvena izčrpanost pojasni 21,9 % variance (F1), F2 in F3 so nasičeni s funkcionalnim in konstruktivnim odnosom do dela (sproščeno obravnavanje strank, osebna izpolnitev) in delujejo osebno-izpolnitveno, pojasnijo pa 22,6 % variance. F4, F5, F6 in F7 imajo negativno konotacijo (čustveno otrdevanje, neoseben odnos do strank, otopelost in pretirana odgovornost) pojasnijo 28,4 % variance. Komponente čustvene izčrpanosti in depersonalizacije zajemajo 50,3 % latentnega prostora.

V skupini MS2 so pozitivno konotirani F3, F4 in F5 (delovna učinkovitost, koristnost in čustvena stabilnost) delujejo osebno izpolnitveno in pojasnijo 20,4 % variance. F2 (pretirana odgovornost) pojasni 12,5 % variance in ima negativno konotacijo depersonalizacije. Komponente čustvene izčrpanosti (F1) in depersonalizacije zajemajo 51,8 % latentnega prostora, kar je podobno kot pri MS1.

7.6 Domneva 2: razlike v doživljanju izgorelosti med MS1 in MS2 glede na delovno dobo

Domneva 2: Zaznati je razlike v doživljanju izgorelosti glede na delovno dobo pod 10 let, med prvo in drugo skupino medicinskih sester.

Pogoj o normalni porazdelitvi spremenljivk dimenzij izgorevanja je izpolnjen. V Shapiro-Wilkovem testu in Kolmogorov-Smirnov testu je $p > 0,05$ (Priloga 5).

Razlike med aritmetičnimi sredinami čustvene izčrpanosti ($t = -1,208; P = 0,233$), depersonalizacije ($t = 0,745; P = 0,460$) in osebne izpolnitve ($t = -1,018; P = 0,314$) med skupinama medicinskih sester MS1 in MS2 niso statistično značilne – dvostranski-t test .

Tabela 10: Povprečne vrednosti in standardni odklon

Skupini	N	Povprečje	Standardni odklon
Čustvena izčrpanost MS1	32	19,19	8,604
Čustvena izčrpanost MS2	19	22,63	11,672
Depersonalizacija MS1	32	6,78	5,848
Depersonalizacija MS2	19	8,32	5,891
Osebna izpolnitev M1	32	32,84	4,528
Osebna izpolnitev MS2	19	31,58	6,201

7.7 Domneva 3: razlike v doživljanju zadovoljstva z delom med MS1 in MS2

Domneva 3: Zaznati je razlike v doživljanju zadovoljstva s svojim delom, med MS1 in MS2.

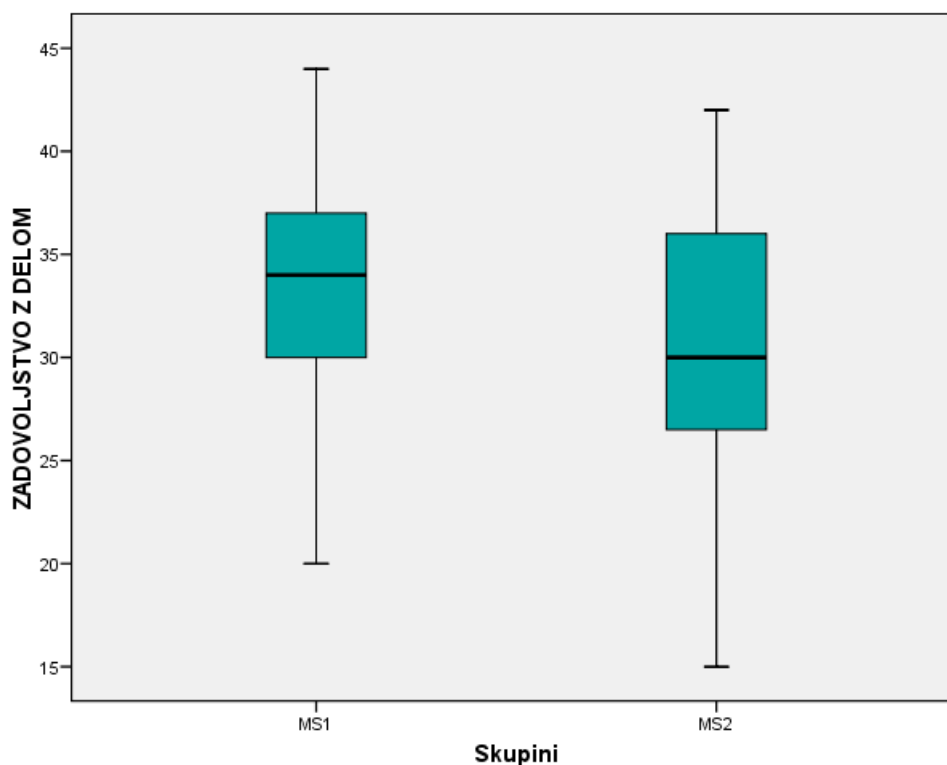
Pogoj o normalni porazdelitvi spremenljivke zadovoljstvo z delom ni izpolnjen, zato sem uporabila neparametrični dvostranski Mann-Whitneyev U-test (Priloga 6). Iz Tabele 11 je razvidno, da je povprečje zadovoljstva z delom višje pri skupini MS1, in sicer za 3,23 od povprečja zadovoljstva z delom pri MS2.

Tabela 11: Osnovne lastnosti vrednosti zadovoljstva z delom MS1 in MS2

Skupini	N	Povprečna vrednost	Mediana	Standardni odklon	Najmanjša vrednost	Največja vrednost
MS1	60	33,63	34	5,612	20	44
MS2	40	30,40	30	7,557	15	42

Dvostranski Mann-Whitneyev U-test je pokazal statistično značilnost razlik v povprečni vrednosti zadovoljstva z delom med MS1 in MS2 ($U = 909,50$, $z = -2,051$, $p = 0,040$), kar je razvidno iz priloge 6. Višjo povprečno vrednost zadovoljstva z delom dosega skupina MS1 (slika 13).

Slika 13: Povprečna vrednost zadovoljstva z delom med skupinama MS1 in MS2



7.7.1 Faktorska analiza zadovoljstva z delom skupina MS1

Vrednost KMO kazalca za skupino MS1 je večja od 0,5 in s tveganjem manjšim od 0,05 kaže na smiselnost uporabe faktorjske analize. S sedmimi faktorji je pojasnjene 67,774 % celotne variance (Priloga 7).

Varimax metoda omogoča vsebinsko pojasnitev posameznih faktorjev in enostavnejšo strukturo. Zaradi rotacije faktorjev se spremenijo lastne vrednosti in delež s posameznim faktorjem pojasnjene celotne variance, ne spremeni pa se delež celotne variance. Spremenjene so vrednosti komponente 1, 3, 5, 6 in 7 (Tabela 12).

Tabela 12: Lastne vrednosti in pojasnjene variance po rotaciji

Komponente	Skupaj	% Varaince	Kumulativni %
1 – delo, ki nudi zadovoljstvo	2,994	16,631	16,631
2 – koristno delo	2,110	11,724	28,355
3 – privlačno delo	1,683	9,353	37,707
4 – uporabno delo	1,546	8,591	46,299
5 – dolgočasno delo	1,331	7,393	53,692
6 – rutinsko delo	1,283	7,126	60,818
7 – utrudljivo delo	1,252	6,956	67,774

Pri skupini medicinskih sester MS1, F1 (delo, ki nudi zadovoljstvo) pojasni 16,6 % variance, F2 (koristno delo) pojasni 11,7 % variance, F3 (privlačno delo) pojasni 9,3 % variance, F4 (uporabo delo) pojasni 8,5 % variance, F5 (dolgočasno delo) pojasni 7,3 % variance, F6 (rutinsko delo) pojasni 7,1 % variance, ter F7 (utrudljivo delo) pojasni 6,9 % variance (Tabela 12 in 13).

Tabela 13: Faktorske uteži dobljene z varimax metodo

	Komponente						
	1	2	3	4	5	6	7
prijetno	0,791	- 0,139					0,126
nudi zadovoljstvo	0,706	0,219	0,125		0,222		- 0,109
spoštovano	0,657	0,218				- 0,196	0,148
izziv	0,566			0,188	- 0,537		- 0,185
ustvarjalno	0,542	0,243	-0,399	- 0,105	- 0,135	0,365	0,146
lepo	- 0,525	- 0,266	- 0,301		- 0,369		0,221
napeto		- 0,852		- 0,173	0,173		
daje občutek da nekaj naredim	0,127	0,830	0,166		0,185	- 0,156	0,113
brez konca		0,212	0,746			- 0,107	0,129
privlačno	0,353	- 0,177	0,585	- 0,179	0,314		- 0,362

dobro	0,148	- 0,107	0,504	- 0,136	- 0,269	0,152	
zdravo	0,405		0,421	0,366		- 0,273	- 0,268
enostavno	- 0,165			0,803			- 0,149
uporabno	0,208	0,292		0,685		0,146	0,153
dolgočasno	0,238		- 0,188		0,760	- 0,105	
samostojno	- 0,149	- 0,298				0,801	
po istem kopitu	0,231	0,425		0,399		0,535	- 0,180
utrudljivo			0,101				0,881

7.7.2 Faktorska analiza zadovoljstva z delom skupina MS2

Vrednost KMO kazalca za skupino MS2 je večja od 0,5 in s tveganjem manjšim od 0,05 kaže na smiselnost uporabe faktorjske analize (Priloga 8). Varimax metoda omogoča vsebinsko pojasnitev posameznih faktorjev in enostavnejšo strukturo. Zaradi rotacije faktorjev se spremenijo lastne vrednosti in delež s posameznim faktorjem pojasnjene celotne variance, ne spremeni pa se delež celotne variance. Spremenjene so vrednosti komponente 1, 2, 3, 4, 5, 6 in 7 (Tabela 14).

Tabela 14: Lastne vrednosti in pojasnjene variance po rotaciji

Komponente	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1 – privlačno delo	2,817	15,648	15,648
2 – delo, ki nudi zadovoljstvo	2,438	13,545	29,193
3 – uporabno delo	2,143	11,903	41,096
4 – koristno delo	1,831	10,175	51,271
5 – napeto delo	1,626	9,032	60,303
6 – utrudljivo delo	1,381	7,675	67,987
7 – dolgočasno delo	1,359	7,551	75,529

Pri skupini medicinskih sester MS2, F1 (privlačno delo) pojasni 15,6 % variance, F2 (delo, ki nudi zadovoljstvo) pojasni 13,5 % variance, F3 (uporabno delo) pojasni 11,9 % variance, F4 (koristno delo) pojasni 10,1 % variance, F5 (napeto delo) pojasni 9,0 % variance, F6 (utrudljivo delo) pojasni 7,6 % variance, ter F7 (dolgočasno delo) pojasni 7,5 % variance (Tabeli 14 in 15).

Tabela 15: Faktorske uteži dobljene z varimax metodo

	Komponente						
	1	2	3	4	5	6	7
lepo prijetno	- 0,881		0,110	- 0,123			
privlačno	0,649		0,259		0,234	0,172	0,210
ustvarjalno	0,582	0,545	0,253		- 0,147	0,214	

po istem kopitu	0,572	0,323	0,517	0,161	0,191	0,150	
brez konca	0,513	0,426	-0,144		0,333		
samostojno	- 0,157	- 0,810					- 0,306
spoštovano	0,173	0,564	0,280	0,178		0,421	- 0,135
nudi zadovoljstvo	0,247	0,554		0,525	0,282		- 0,14
uporabno		- 0,111	0,839			- 0,304	- 0,170
daje občutek da nekaj naredim		0,151	0,757	0,286	0,124	0,129	0,159
izziv	0,321	0,338	0,529		- 0,111	0,145	0,454
dobro	0,122	0,226	0,201	0,709	0,218		0,380
prijetno	0,564			0,681	- 0,136	- 0,193	
zdravo	- 0,143	- 0,136		0,620	- 0,280		
napeto		0,146			0,839		
enostavno	- 0,276	0,555			- 0,662	0,866	
utrudljivo	0,166	0,106					
dolgočasno				0,166			0,864

7.8 Domneva 4: razlike v doživljanju zadovoljstva z možnostmi napredovanja med MS1 in MS2

Domneva 4: Zaznati je razlike v doživljanju zadovoljstva z možnostmi napredovanja med MS1 in MS2.

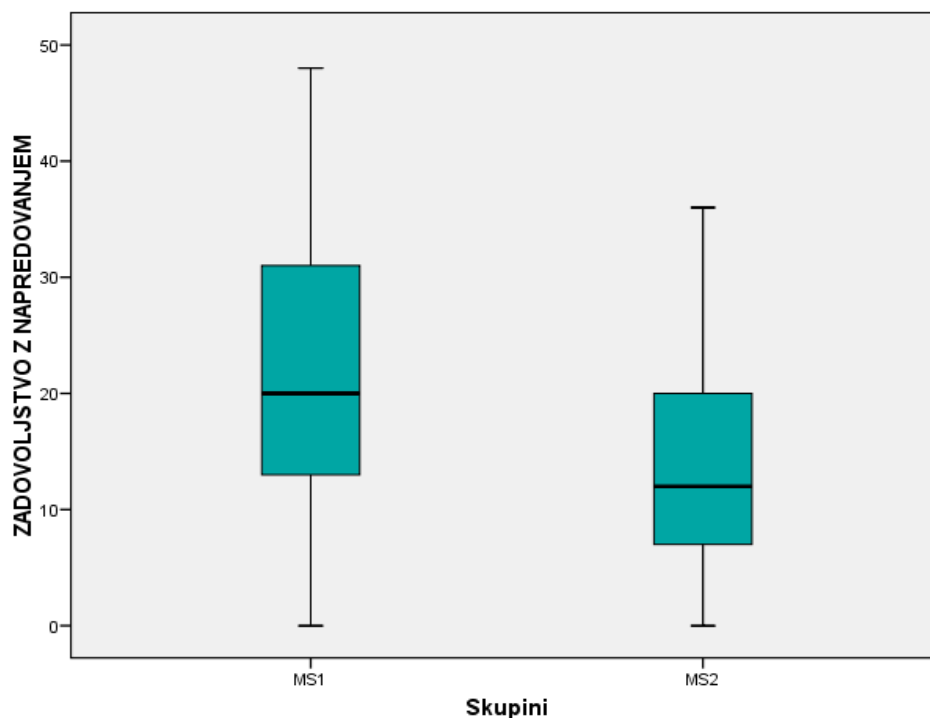
Pogoj o normalni porazdelitvi spremenljivke napredovanje ni izpolnjen, zato sem uporabila neparametrični dvostranski Mann-Whitneyev U-test (Priloga 9). Iz Tabele 16 je razvidno, da je povprečje zadovoljstva z napredovanjem višje pri MS1 in sicer za 6,78 od povprečja zadovoljstva z napredovanjem pri MS2.

Tabela 16: Osnovne lastnosti vrednosti zadovoljstva z napredovanjem MS1 in MS2

Skupini	N	Povprečna vrednost	Mediana	Standardni odklon	Najmanjša vrednost	Največja vrednost
MS1	60	21,33	20	12,310	0	48
MS2	40	14,55	12	9,85003	0	44

Dvostranski Mann-Whitneyev U-test je pokazal statistično značilnost razlik v povprečni vrednosti zadovoljstva z napredovanjem med MS1 in MS2 ($U = 802$, $z = -2,810$, $p = 0,005$). Višjo povprečno vrednost zadovoljstva z napredovanjem dosega skupina MS1 (Slika 14).

Slika14: Povprečna vrednost zadovoljstva z napredovanjem med skupinama MS1 in MS2



7.9 Domneva 5: razlike v doživljanju izgorelosti glede na bolniško odsotnost med MS1 in MS2

Domneva 5: Zaznati je razlike v doživljanju izgorelosti glede na bolniško odsotnost kadra, med prvo in drugo skupino medicinskih sester.

Pogoj o normalni porazdelitvi spremenljivk dimenzij izgorevanja je izpolnjen. V Shapiro-Wilkovem testu in Kolmogorov-Smirnov testu je $p > 0,05$ (Priloga 10).

Primerjava med medicinskimi sestrami MS1 in MS2, ki so označile nič dni bolniške odsotnosti: Na podlagi vzorčnih podatkov zavrnem ničelno domnevo pri točni stopnji značilnosti ($t = -2,266; P = 0,031$), da ni razlik v povprečni vrednosti čustvene izčrpanosti med MS1 in MS2. MS2, ki niso bile bolniško odsotne imajo višjo povprečno vrednost čustvene izčrpanosti in sicer za 8,18 od povprečja, izmerjenega pri MS1 (Tabela 17).

Pri točni stopnji značilnosti ($t = -2,493; P = 0,017$), zavrnem ničelno hipotezo in sprejem sklep, da so razlike v povprečni vrednosti depersonalizacije med skupinama MS1 in MS2, ki niso bile bolniško odsotne. MS2 imajo višjo povprečno vrednost depersonalizacije kot MS1 in sicer za 4,26 točki (Tabela 17).

Pri doživljanju osebne izpolnitve ni statistično značilnih razlik v povprečju ($t = 0,355; P = 0,725$), kar pomeni, da ne morem zavrniti ničelne hipoteze, da ni razlik v povprečni vrednosti osebne izpolnitve med MS1 in MS2, ki niso bile bolniško odsotne.

Tabela 17: Povprečna vrednost in standardni odklon

Skupini	N	Povprečje	Standardni odklon
Čustvena izčrpanost MS1	20	15,65	8,493
Čustvena izčrpanost MS2	18	23,83	13,035
Depersonalizacija MS1	20	4,80	4,641
Depersonalizacija MS2	18	9,06	5,866
Osebna izpolnitev M1	20	34,75	8,239
Osebna izpolnitev MS2	18	33,89	6,516

8 RAZPRAVA O REZULTATIH RAZISKAVE TER PRIPOROČILA ZA ODPRAVO IZGOREVNJA

Izgorevanje medicinskih sester je sindrom čustvene izčrpanosti, depersonalizacije in zmanjšane osebne izpolnitve. Ključnega pomena za nastanek izgorelosti so stresorji, ki izhajajo iz dela. Nezadovoljstvo z delom medicinskih sester izhaja iz povečanih delovnih obremenitev, pomanjkanja avtonomije, razpada delovnih skupin in nezadostnega nagrajevanja.

Izgoreli posameznik postane pri delu neučinkovit, nekreativen, počasen, ciničen, raztresen, len, pesimističen, nevljuden, površen in konflikten v odnosu do sodelavcev in strank (Bilban & Pšeničny, 2007, str. 22-30). V delovnih organizacijah prihaja do absentizma, zapuščanj organizacij – fluktuacije, deviantnega vedenja, protestov in kolektivnih zahtev.

Namen magistrske naloge je bil raziskati vpliv delovnega okolja dveh skupin medicinskih sester na zaznavanje dimenzij izgorevanja in zadovoljstva z delom ter opredelitev ekonomskih dejavnikov (podatki realiziranega programa ZZZS, poslovni izidi Interne in Kirurške Klinike ter podatki bolniške odsotnosti). Uporabljena sta bila dva anketna vprašalnika in sicer Maslachin anketni vprašalnik, ki vsebuje 22 vprašanj in določa stopnjo izgorevanja ter vprašalnik metode opisnih indeksov dela, za določanje zadovoljstva zaposlenih z delovnim okoljem JDI (angl. The Job Descriptive Index).

V skupini MS1 so bile medicinske sestre zaposlene na Kliničnem oddelku (KO) za anestezijo UKCL (Kirurška klinika), medtem ko so bile v skupini MS2 medicinske sestre, zaposlene na oddelku Gastroenterološke Interne klinike UKCL. Poslovni izid za leto 2010 izkazuje pozitiven poslovni izid – presežek prihodkov nad odhodki tako za Interno kliniko, kot tudi za Kirurško kliniko. Interna klinika je imela v letu 2010 največje število presežnih bolnikov.

Primerjava stopenj izgorevanja med obema skupinama medicinskih sester kaže na zmerno vrednost čustvene izčrpanosti, depersonalizacije ter osebne izpolnitve pri medicinskih sestrah v skupini MS1. Pri skupini MS2 pomenijo srednje vrednosti: visoko stopnjo čustvene izčrpanosti, visoko stopnjo depersonalizacije ter zmerno stopnjo osebne izpolnitve. Glede na Kanterjevo teorijo imajo medicinske sestre, ki delajo na delovnih področjih z več stresa, večjo

priložnost za razvoj svojega znanja, spretnosti, so bolj dovzetne za razvoj hkrati pa razvijejo v takšnem okolju obrambne mehanizme proti izgorevanju (Hall, str. 19, 20).

Čustvena izčrpanost je najpomembnejša dimenzija izgorelosti in pomeni občutek preobremenjenosti in izčrpanosti lastnih psihofizičnih virov ter manjše avtonomnosti pri delu (Selič, Rus Makovec & Petek, 2008, str. 21). Rezultati faktorске analize prikažejo, da prvi faktor F1 čustvena izčrpanost pojasni pri MS1 21,9 % celotne variance, pri MS2 pa 39,3 % celotne variance in zaseda največ latentnega prostora pri obeh skupinah medicinskih sester, največ pri skupini MS2.

Posledica dimenzije izgorevanja čustvene izčrpanosti je bolniška odsotnost zaposlenih (Maslach, 2003). Podatki Inštituta za varovanje zdravja RS kažejo, da je odstotek bolniškega staleža v UKCL višji od panoge in tudi višji od slovenskega povprečja. Po vzrokih za bolniški stalež v UKCL prevladujejo kostno-mišične bolezni, sledijo bolezni v zvezi z nosečnostjo, poškodbe zunaj dela ter duševne in vedenjske motnje (Dodič Fikfak, 2011, str. 21). Zanimivo je, da je pojavnost števila ur kratkih boleznin, ki so bile v breme UKCL v letu 2010, višja na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo. Razlog zato bi bil lahko v višjem številu presežnih bolnikov, katerega imajo ravno Interne klinike. Aiken s sodelavci (2002) ugotavlja, da je vsak dodatni bolnik na medicinsko sestro povezan s 15 % povečanjem vrednosti nezadovoljstva z delom in z 23 % povečanjem vrednosti izgorevanja. Zanimivo je tudi to, da se višji povprečni vrednosti čustvene izčrpanosti in depersonalizacije pojavljata med medicinskimi sestrami ki so označile v anketi 0 dni bolniške odsotnosti v skupini MS2. Zelo verjetno gre za zaposlene, ki hodijo v službo kljub temu, da so bolni. Škerjanc (2011, str. 15) ugotavlja, da je v UKC Ljubljana, kar 57 % zaposlenih prezentistov in prihajajo na delo, tudi če so bolni. Pogosteje so prezentisti tisti, ki svoje delo glede fizičnih in psihičnih zahtev doživljajo kot zelo obremenjujoče. Nočno delo in delo preko rednega polnega delovnega časa prav tako vodi v prezentizem. Podobni dejavniki tveganja so kot ugotavlja Škerjanc (2011, str. 16) tudi časovni pritiski, ki se kažejo kot pomanjkanje časa za malico, neodložljive obveznosti in delo, ki vedno počaka določenega delavca in ga nihče ne opravi ob njegovi odsotnosti.

Depersonalizacija ali cinizem je medosebna komponenta izgorelosti; gre za negativen neobčutljiv, otrdel odnos do dela, sodelavcev in strank (Buunk in sod., 2001 cit. po Selič, Rus Makovec & Petek, 2008, str. 21). S faktorško analizo dobljeni faktorji opišejo obrambne mehanizme, katere razvije posameznik, da bi zaščitil sebe pred stresnimi situacijami. Pri skupini MS1 so ti (F4, F5, F6 in F7) čustveno otrdevanje, neoseben odnos do strank, otopelost in pretirana odgovornost ter pojasnijo 28,4 % celotne variance. Navedene faktorje lahko pojasni delo medicinske sestre pri anesteziji, kamor sodi tudi sodelovanje pri reanimacijah z različnimi izidi. Pri MS2 se kaže depersonalizacija kot faktor F2 (pretirana odgovornost) in pojasni 12,5 % celotne variance. Pretirana odgovornost pomeni prevzemanje odgovornosti za probleme bolnikov nase.

Najmanjše vrednosti dosega osebna izpolnitev, pri MS1 pojasni 22,6 %, pri MS 2 pojasni 20,4 % celotne variance. Osebna izpolnitev pomeni sproščeno obravnavanje strank ter funkcionalni

in konstruktiven odnos do dela. Pri obeh skupinah medicinskih sester pomeni povprečna vrednost zmerno stopnjo osebne izpolnitve.

Povprečne vrednosti zadovoljstva z delom med MS1 in MS2 pomenijo srednje zadovoljstvo. Zanimivo je, da višjo povprečno vrednost zadovoljstva z delom dosega skupina MS1 ($U = 909,50, z = -2,051, p = 0,040$). Med medicinskimi sestrami v ZDA so med najbolj zadovoljnimi s svojim delom na prvem mestu medicinske sestre – babice, sledijo pa jim anestezijske medicinske sestre (Lafer, Moss, Kirtner & Reeves, 2011). Poleg tega zadovoljstvo z delom deluje preventivno proti izgorelosti. Kalliath in Morris (2002, str. 652) v svoji raziskavi prikažeta, da lahko v stresnih delovnih okoljih višja stopnja zadovoljstva z delom zniža vrednosti izgorevanja.

Za ocene zadovoljstva z delom je bilo za skupino MS1 s faktorsko analizo ugotovljeno, da so F1, F2, F3 in F4 nasičeni s funkcionalnim in konstruktivnim odnosom do dela (delo, ki nudi zadovoljstvo, je koristno, privlačno in uporabno) in delujejo osebno-izpolnitveno, pojasnijo pa 45,8 % celotne variance. F5, F6 in F7 imajo negativno konotacijo (dolgočasno, rutinsko in utrudljivo delo) pojasnijo 21,3 % celotne variance. Pri skupini MS2 pridemo do podobnih rezultatov F1, F2, F3 in F4 so nasičeni s funkcionalnim in konstruktivnim odnosom do dela (delo je privlačno, ki nudi zadovoljstvo, je uporabno in koristno) in delujejo osebno-izpolnitveno, pojasnijo pa 51,1 % celotne variance. F5, F6 in F7 imajo negativno konotacijo (napeto, utrudljivo in dolgočasno delo) pojasnijo 24,1 % celotne variance.

Viri nezadovoljstva z delom medicinskih sester so: pomanjkanje kadra, možnosti za odločanje, premalo podpore vodstva, slabi odnosi v timu ter nezadostno plačilo (Malsch, 2003). Ugotovljeno je bilo, da imajo najmanjši občutek priznanja oziroma nagrajenosti med različnimi poklici ravno medicinske sestre (Lafer, Moss, Kirtner & Reeves, 2011). V skupinah MS1 in MS2 dosejata najnižje povprečne vrednosti ravno nezadovoljstvo s plačo in možnostmi za napredovanja. Med skupinama MS1 in MS2 obstaja statistično značilna razlika v povprečni vrednosti zadovoljstva z napredovanjem ($U = 802, z = -2,810, p = 0,005$). Višjo povprečno vrednost zadovoljstva z napredovanjem dosega skupina MS1 in sicer za 6,78. Vendar pomeni povprečna vrednost srednje nezadovoljstvo z napredovanjem. Zaradi recesije so zaustavljene možnosti za napredovanja in s tem posledično izboljšanje plače, kar lahko vpliva na zadovoljstvo in izgorevanje zaposlenih.

Pred statistično obdelavo podatkov so bila moja pričakovanja glede rezultatov analize drugačna. Zaradi narave dela medicinskih sester pri anesteziji (urgentni kirurški posegi, sodelovanje pri neuspešnih reanimacijah) sem pričakovala višje vrednosti dimenzij izgorevanja. Deloma je to možno razložiti z realnimi pričakovanji mladih, ki se v času študija seznanijo z delom, ki je na nek način bolj avtonomno. Deloma jih je mogoče razložiti tudi z nekoliko drugačnim odnosom bolnik – medicinska sestra. Bolniki so pripravljeni sodelovati pri pripravi na anestezijo in nam pogostokrat povedo, da nam zaupajo. Komunikacija z bolniki je kratka in jedrnata, veliko je dela z aparaturami in pripravo potrebnih zdravil za anestezijo. Menjavanje delovišč je stalnica. Zaradi stresnih situacij medicinske sestre razvijajo

obrambne mehanizme, kar vodi v depersonalizacijo. Vendar kljub temu skupina MS1 dosega višjo povprečno vrednost zadovoljstva z delom kot skupina MS2.

Delo medicinske sestre na oddelku je drugačno, ker dodobra spozna bolnike in njihove socialne okoliščine. Seznaní se tudi z bolnikovimi svojci in opravlja zdravstveno vzgojno delo. Poleg vodenja dnevnih terapij bolnikov, sodelovanja pri dnevnih vizitah, zdravstveni negi in administrativnem delu je komunikacija s bolniki in njihovimi svojci ključnega pomena. Kljub temu, da imajo medicinske sestre v skupini MS2 višje povprečne vrednosti zadovoljstva s sodelavci in vodjo dosejajo statistično značilno višjo vrednost dimenzije izgorevanja čustveno izčrpanost in posledično tudi višje vrednosti kratkih bolezni. Za delo na Interni kliniki je značilno tudi to, da ima največje število presežnih bolnikov, kar dodatno povečuje obremenjenost medicinskih sester.

8.1 Priporočila za odpravo izgorevanja

Preventivno delovanje proti izgorevanju lahko posameznik doseže z zdravo in redno prehrano, zadovoljivo količino spanja, fizično aktivnostjo, vzpostavitvijo podporne mreže družine in prijateljev. Pomembno je prenehanje z nezdravimi razvadami, kot je na primer kajenje, pitje alkohola,... (Lori, 2009, str. 17, 18). Posameznik naj bi delu in družini namenil enaki prioriteti, kar pomeni, da dela ne prinašamo s seboj domov in imamo razmejeno delo in družinsko življenje (Lori, 2009, str. 19).

Na podlagi deskriptivne analize in analize podatkov raziskave ugotavljam, da je potrebno pri vodenju v zdravstveni negi izgorevanju posvetiti veliko pozornost. Z delovanjem na preventivnem področju, tj. z ustreznim načrtovanjem in delom s kadri se je mogoče izogniti škodljivim posledicam izgorelosti. V ta namen bi bilo dobro preučiti sistematizacijo delovnih mest, ter ob upoštevanju presežka števila bolnikov zaposliti nove medicinske sestre, kar bi zmanjšalo delovno obremenjenost že zaposlenih medicinskih sester. Raziskava delovnih procesov bi pripomogla k odpravi dela medicinskih sester, ki se podvaja ter izboljšanju delovanja podpornih služb. S delovnim kroženjem medicinskih sester na različnih deloviščih (gre za sklop različnih vendar v osnovi podobnih del) preprečujemo rutinsko delo, dolgočasje ter povečujemo izzive na delovnem mestu. Istočasno preprečujemo izgorevanje saj se medicinske sestre na zelo stresnih deloviščih izmenjujejo.

Ugotovljeno je bilo, da so k izgorevanju bolj nagnjene tiste medicinske sestre, ki v sebi zadržujejo čustva ob izgubi bolnikov (Erickson & Grove, 2007). Zato je izrednega pomena omogočiti pogovor znotraj zdravstvenega tima in izpostaviti pomembne aktivnosti kot je na primer lajšanje bolečine in ostalih simptomov pri umrlem bolniku (Lori, 2009, str. 20).

Pri razvoju kariere medicinskih sester je potrebno zagotoviti realistična pričakovanja glede dela in napredovanj. V ta namen je modro vključevanje mladih v delovne procese že v času študija, ker se na ta način dodobra spoznajo z delom in imajo realne predstave glede nadaljnjih zaposlitve. Vsekakor je v prihodnje potrebno zagotoviti in izdelati delokroge zdravstvenih

delavcev na podlagi katerih bi bila omogočena horizontalno širjenje nalog dela ter vertikalne obremenitve.

Plača in nagrajevanje zaposlenih sta pomembna motivacijska dejavnika, ki spodbujata k boljšemu delu in izboljšujeta motivacijsko klimo v ozračju delovnih organizacij. V času recesije bi bilo potrebno posvetiti pozornost nematerialnem nagrajevanju medicinskih sester. Priznanje ali pohvale za dobro opravljeno delo bi lahko temeljile na pohvalah bolnikov, sodelavcev ali študentov, ki so vključeni v delovni proces tekom študija.

Kot preventiva so smiselna tudi izobraževanja zaposlenih za lažje soočanje s stresom in izgorevanjem. Pomembno je tudi pridobivanje znanja iz komuniciranja in reševanja konfliktov znotraj tima. Pri tem želim poudariti pomen podporne delovne klime, ki ima varovalne učinke proti stresu in izgorevanju. V gospodarskih panogah imajo organizirane tako imenovane »team buildinge«, s katerimi se omogoča spoznavanje novih članov tima ter krepitev medsebojnega zaupanja. V takšne namene se organizira športne dogodke, piknike, izlete... Tudi Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana ima organizirane številne aktivnosti, kot so na primer pohodništvo, likovna in pevska dejavnost, joga ter številna predavanja in izobraževanja na različne aktualne teme.

SKLEP

Izgorelost je psihološki sindrom, ki je posledica dolgotrajnega delovanja čustvenih in medosebnih stresorjev. Pojav izgorelosti je produkt več dejavnikov, zato je potrebno upoštevati povezanost med osebnostnimi lastnostmi posameznika, domom, družabnim življenjem in delom. Izgorelost pušča posledice na posamezniku in delovni organizaciji. V delovnih okoljih, kjer je izgorelost premagala zdravstveni tim, je lahko zdravstvena nega hladna in nezadostna.

Raziskava pojavnosti izgorevanja medicinskih sester zaposlenih na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo ter Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, kaže na zmerne do visoke stopnje povprečij posameznih dimenzij izgorevanja. Interna klinika je imela v letu 2010 največje število presežnih bolnikov. Rezultat slednjega bi lahko imelo vpliv na pojav čustvene izčrpanosti, ki je statistično značilno višja pri medicinskih sestrah zaposlenih na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo. Posledica čustvene izčrpanosti se kaže tudi v višjem deležu pojavnosti števila ur kratkih boleznin. Povprečje zadovoljstva z delom višje za medicinske sestre pri anesteziji. Najnižje vrednosti povprečij dosega zadovoljstvo s plačo in možnostmi za napredovanje pri obeh skupinah medicinskih sester.

Zaradi pojava recesije bi bilo potrebno posvetiti večji pomen podpornemu okolju tako doma kot v službi. Pomemben motivacijski dejavnik, ki spodbuja boljše delo in motivacijsko klimo je nagrajevanje. V času recesije bi lahko posvetili večjo pozornost nematerialnem nagrajevanju medicinskih sester.

V prihodnje bi bilo potrebno opravljati letne raziskave na temo izgorevanja med medicinskimi sestrami ter primerjati podatke na nacionalnem nivoju. Potrebno pa bi bilo opraviti tudi analize stroškov in koristi delovnega okolja (angl. cost – benefit analize).

LITERATURA IN VIRI

1. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-93.
2. Alfonso, A., Schuknecht, L., Tanzi, V. (2006). Public Sector Efficiency; Evidence for New EU Members States and Emerging Markets. Najdeno 10. julija 2011 na spletnem naslovu <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2131/1/ecbwp581.pdf>
3. Aparicio, J.C. (2002). Stress am Arbeitsplatz – ein wachsendes Problem. *Magazine*, 5, 14 – 15.
4. Bilban, M., & Pšeničny, A. (2007). Izgorelost. *Delo in varnost (ZVD)*, 52(1), 23 – 29.
5. Božič, M. (2003). *Stres pri delu: Priročnik za prepoznavanje in odpravljanje stresa pri delu poslovnih sekretarjev*. Ljubljana: GV Izobraževanje.
6. Bregar, B., & Klančnik Gruden, M. (2011). Zahtevnost zdravstvene nege in kader v slovenskih bolnišnicah. V T.Štemberger Kolnik., S.Dvoršak Majcen & D.Klemenc. (ur.), *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov*. Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije (str. 244 – 248). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
7. Brejc, T. (1994). *Poklicna izgorelost delavcev v službah za zaposlovanje*. *Socialno delo*, 33(5), 373 – 379.
8. Brumen, M. (2001). Upravljanje virov na ravni politike in strategije razvoja Službe zdravstvene nege Splošne bolnišnice Maribor. V T. Štemberger Kolnik, S. Dvoršak Majcen, D. Klemenc. (ur.), *Zbornik predavanj in posterjev 3. kongresa zdravstvene nege Zdravstvena nega – okolje in viri* (str. 83 – 86). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
9. Capuzzo, M., Gilli, G., Paparella, L., Griti, G., Gambi, M., Bianconi M., Giunta, F., Buccoliero, C., & Alvisi, R. (2007). Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Anesthesia and Analgesia*, 105(2), 435 – 442.
10. Cohen, M. (2001). *Identifying, understanding and solutions to stress*. London: Caxton Edition.
11. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.

12. Černigoj Sadar, N. (2002). *Stres na delovnem mestu. Teorija in praksa*, 39(1), 81 – 102.
13. Department of health and human services, Center for Disease Control and Prevention. Exposure to stress. (2008) Occupational hazards in hospitals. National Institute for Occupational Safety and Health. Najdeno 15. julija 2011 na spletnem naslovu <http://www.cdc.gov/niosh/doca/2008-136/pdfs/2008-136.pdf>
14. Dodič Fikfak, M. (2011) Bolniški stalež in delovna invalidnost v UKCL visoka. *Interno glasilo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana*, 1, 21.
15. Došenović Bonča, P. (2004). *Cost efficiency of basic health care providers in Slovenia: master's thesis*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
16. Drevenšek, M. (2003). Zaupanje ublaži občutek tveganja. *Manager* 12, 48 – 51.
17. Edwardson, R. & Giovannetti, B. (1994). Nursing Workload Measurement System. *Annual Review of Nursing Research*, 12(95), 124.
18. Encyclopedia of Business 2nd ed. Autonomy. Najdeno na spletnem naslovu 22.2.2012. <http://www.referenceforbusiness.com/management/A-Bud/Autonomy.html>
19. Evans, R., & Russell, P. (1992). *Ustvarjalni manager*. Ljubljana: Alpha Center.
20. Fošnarič L. (2011). Strokovna napaka v zdravstveni negi. V T. Štemberger Kolnik, S. Dvoršak Majcen, D. Klemenc (ur.), *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov*. (str. 158 – 162). Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
21. Gregson, O., & Looker, T. (1993). *Obvladajmo stres*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
22. Gulalp, B., Karzioglu, O., Sari, A., & Koseoglu, Z. (2008). Burnout: need help? *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 3(32), 1 – 5.
23. Hall, E. (2004). Nurse burnout in a high stress health care environment: prognosis better than expected? Department of Management. School of Business. New Zealand. Najdeno 7. aprila 2012 na spletnem naslovu http://otago.ourarchive.ac.nz/bitstream/handle/10523/1581/Hall_working_paper2.pdf
24. Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support in acute mental health settings. *Journal Advanced Nursing*, 48(6), 622 – 631.

25. Johnson, D. (1995). Stress and stress management among owner managers of small and medium- sized enterprises. *Employee counselling today*, 7(5),14 – 19.
26. Kalliath, T., & Morris, R. (2002). Job satisfaction among nurses. *Journal of nursing administration*, 32(12), 648 – 654.
27. Kalčič, V. (2008, 12. april). Duševni infarkt na delovnem mestu ali kaj lahko storimo proti izgorevanju. *Dnevnik*, str. 24.
28. Kovač, S. (2009, 18. november). Public enemy: Javni sektor z nogami na mizi. *Finance*. Najdeno 4. aprila 2011 na spletnem naslovu <http://www.finance.si/263775/Public-enemy-Javni-sektor-z-nogami-na-mizi>
29. Košir F. (2005). Financiranje zdravstvenega varstva: javno-zasebno. *Zdravniški vestnik*, 7(8), 460 – 461.
30. Košmrlj, P. (2004). *Uravnavanje stresa na delovnem mestu* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
31. Lafer G., Moss H., Kirtner R., & Reeves, V. (2003). Solving the Nursing Shortage: A report prepared for the United Nurses of America. Najdeno 25. oktobra 2011 na spletnem naslovu <http://www.afscme.org/news/publications/health-care/solving-the-nursing-shortage>
32. Lipičnik, B. (1998). *Organizacija podjetja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
33. Lori, L.A. (2009). Burnout: Impact on Nursing. Northeastern University Boston. Najdeno 29. decembra 2011, na spletnem naslovu <http://www.netce.com/coursecontent.php?courseid=548>
34. Magnusson, A., & Gooding, S. (2000). *Varovanje zdravja negovalnega tima in varnost pri delu*. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
35. Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. Cambridge: Malor Books.
36. Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63 – 74.
37. Maslach, C., & Leiter, P.M. (2002). *Resnica o izgorevanju na delovnem mestu*. Ljubljana: Educy.
38. Mattina, T., Gunnarsson V. (2007). Budget Rigidity and Expenditure Efficiency in Slovenia. Najdeno 10. julija 2011 na spletnem naslovu : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp07131.pdf>

39. McDonald Fletcher, V.D. (2008). *The impact of stress and social support on burnout*. North Carolina: State University.
40. McGills, H.L. (2005). *Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety*. Toronto: Jones and Bartlett.
41. Mesti, T., Poldrugovac, M., & Strauch A. (2009). Obremenjenost zdravstvenih delavcev. V J.Kersnik, (ur.), *Vrednotenje kakovosti dela, organizacija dela in obremenjenost v zdravstvu 2009* (66 – 80). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
42. Meško, M., Videmšek, M., Štihec, J., Meško Štok, Z., & Karpljuk, D. (2010). Razlike med spoloma pri nekaterih simptomih stresa ter intenzivnost doživljanja stresnih simptomov. *Management*, 5(2), 149 – 161.
43. Meeusen, V.C.H., Dam, K., Brown Mahoney, C., Zundert, A.A., Knape, HT. (2011). Work Climate Related to Job Satisfaction Among Dutch Nurse Anesthetists. *AANA Journal* 79(1), 63 – 70.
44. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2007). Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva Delovno gradivo (2/2008). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
45. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2011, februar). *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
46. Normand, C., & Weber, A. (1994). *Social Health Insurance. A Guidebook for Planning*. Geneva: World Health Organization.
47. Nose, T. (2009). *Izgorelost na delovnem mestu: vzroki in posledice* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
48. Ovsenik, M. (2005). *Izgorevanje delavcev pri delu z osebami z različnimi motnjami v duševnem in telesnem razvoju* (diplomsko delo). Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
49. Premik, M. (2005). Vpogled v razvoj, funkcije in strukture javnega zdravja. V: *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja* (str. 7 – 12). Ljubljana: Medicinska fakulteta.
50. Pšeničny, A. (2006). Recipročni model izgorelosti (RMI): prikaz povezave med interpersonalnimi in intrapersonalnimi dejavniki. *Psihološka obzorja*, 15(3), 19 – 36.
51. Pšeničny, A. (2007). Razvoj Vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti (SAI) in preverjanje izhodišča recipročnega modela izgorelosti. *Psihološka obzorja*, 16(2), 47 – 81.

52. Robida, A. (2006). Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
53. Schmidt, A. (2001). *Najmanj kar bi morali vedeti o stresu*. Ljubljana: Narodna in Univerzitetna knjižnica.
54. Selič P., Rus Makovec, M., & Petek, D. (2008). Predstavitev rezultatov raziskave vedenja, odzivov in počutja pripadnikov slovenske vojske v mirnodobnih razmerah in na vojaških misijah z vidika stresa in izgorevanja. *Bilten slovenske vojske*, 10(2), 17 – 42.
55. Selič P., Stepanović A. & Kersnik J. (2009). *Izgorelost pri zdravnikih družinske medicine in zdravstvenem osebju v Sloveniji*. Ljubljana: Medicinska Fakulteta.
56. Setnikar Cankar S. & Seljak J. (2006). Ekonomika zdravstva: Izkušnje drugih držav in raziskava Fakulteta za upravo. V S. Setnikar Cankar. & M. Klun, (ur.). *Značilnosti javnega sektorja v Sloveniji in ugotavljanje njegove učinkovitosti*. (str. 147 – 194). Ljubljana: Fakulteta za upravo.
57. Schaufeli, W. B. (2007). Burnout in health care. V P. Carayon, (ur.). *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety* (str. 217 – 232). United States of America. CRC Press: Human factors and Ergonomics.
58. Stariha, J. (2010). Učinkovitost upravljanja in vodenja bolnišnic. V *Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu* (str. 81 – 91). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
59. Svetlik, I. (2009). Oblikovanje dela in kakovost delovnega življenja. V I. Svetlik., N. Zupan (ur.), *Menedžment človeških virov* (str. 337 – 380) Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
60. Svetlik, I. (2002). Analiza dela in določanje lastnosti delavcev. V S. Možina (ur.), *Management kadrovskih virov* (str. 101 – 130) Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
61. Škerjanc, A. (2012). Kateri zaposleni, ki se počutijo bolne (prezentisti), niso na bolniškem staležu, temveč delajo? *Interno glasilo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana*, 1, 15, 16.
62. Šmitek, J. (2000). Sistemi delitve dela v bolnišnični zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 34(5 – 6), 177 – 184.
63. Štajerska gospodarska zbornica. Časopis gospodarski izziv. (2010, marec) Zdravstveni absentizem težava vsakega delodajalca. Najdeno 30. oktobra 2010 na spletnem naslovu http://www.stajerskagz.si/userfiles/file/GospodarskiIzzivi/GI1_2010.pdf

64. Tavčar, M. (2005). *Strateški management nepridobitvenih organizacij*. Koper: Fakulteta za management Koper.
65. Tajnikar, M. (2006). *Mikroekonomija*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
66. Tajnikar, M. (2010). Slovensko zdravstvo – mesto zdravja ali afer? *Gospodarski izzivi*, 3(1), 3.
67. Tajnikar, M., & Došenović Bonča, P. (2005, 30. junij). Nastopajoči so že tu – odra pa še nismo postavili. *Dnevnik*, str. 27.
68. Taycan, O., Kutli, L., Cimen, S., & Aydyn, N. (2006). Relation between sociodemographic characteristics depression and burnout levels of nurse working in university hospital. *Anatolian Journal Psychiatry*, 7, 100 – 108.
69. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2010). Letno poročilo UKC Ljubljana za leto 2010. Najdeno 15. septembra 2011 na spletnem naslovu http://www4.kclj.si/admin/dokumenti/000003ee-00000335ž_poslovno_porocilo_2010_tretja.pdf
70. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2011). Podatki o številu medicinskih sester in bolezninah. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
71. Vachon M. L. S. (1982). Are your patients burning out? *Can. Fam. Physician* 28, 1570 – 1574.
72. Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I., & Premik, M. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
73. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS*. št. 9-460/1992.
74. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS*. št. 72/2006.
75. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2010) *Poslovno poročilo*. Najdeno 10. julija 2011 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/E89E07F4D96561DEC1257856003FD7A8?OpenDocument>
76. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Najdeno 11. februarja 2011 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/EE17AD1D28A89B2DC1256E8600348651>
77. Zdovc, A. (1998). Izgorelost strokovnjakov na Centrih za socialno delo. *Socialno delo*, 37(3 –5), 319-327.

78. Zupan, N. (2007). Povezovanje posameznikov v skupine in organizacijski procesi. V. *Organizacijsko vodenje. Zbirka tekstov za študij in gradiv za vaje* (str. 93 – 137). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

79. Zupan, N. (2001). *Nagradite uspešne: spodbujanje uspešnosti in sistemi nagrajevanja v slovenskih podjetjih*. Ljubljana: GV Založba.

80. Zupan, N. (2009). Plače in nagrajevanje zaposlenih. V I.Svetlik, N. Zupan (ur.), *Menedžment človeških virov* (str. 521 – 574). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

PRILOGE

Kazalo prilog

Priloga 1: Anketni vprašalnik	61
Priloga 2: Rezultati obdelave podatkov dimenzij izgorevanja medicinskih sester z analitičnim programskim paketom SPSS.....	67
Priloga 3: Rezultati obdelave podatkov faktorске analize dimenzij izgorevanja za skupino MS1 z analitičnim programskim paketom SPSS	67
Priloga 4: Rezultati obdelave podatkov faktorске analize dimenzij izgorevanja za skupino MS2 z analitičnim programskim paketom SPSS	68
Priloga 5: Rezultati obdelave podatkov dimenzij izgorevanja medicinskih sester glede na leta delovne dobe z analitičnim programskim paketom SPSS	69
Priloga 6: Rezultati obdelave podatkov zadovoljstva z delom medicinskih sester z analitičnim programskim paketom SPSS.....	70
Priloga 7: Rezultati obdelave podatkov faktorске analize zadovoljstva z delom za skupino MS1 z analitičnim programskim paketom SPSS	70
Priloga 8: Rezultati obdelave podatkov faktorске analize zadovoljstva z delom za skupino MS2 z analitičnim programskim paketom SPSS	71
Priloga 9: Rezultati obdelave podatkov zadovoljstva z možnostmi za napredovanje medicinskih sester z analitičnim programskim paketom SPSS	72
Priloga 10: Rezultati obdelave podatkov dimenzij izgorevanja medicinskih sester glede na bolniško odsotnost z analitičnim programskim paketom SPSS.....	73

Priloga 1: Anketni vprašalnik

VPRAŠALNIK UGOTAVLJANJA IZGORELOSTI IN ZADOVOLJSTVA PRI DELU

Spoštovani!

V okviru magistrske naloge želim opraviti krajšo raziskavo o pojavu izgorelosti med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami. V ta namen želim uporabiti dva vprašalnika. Prvi je Maslachin vprašalnik izgorelosti, drugi vprašalnik se nanaša za zadovoljstvo pri delu. Vljudno Vas prosim za čim bolj iskrene odgovore. Anketa je seveda anonimna.

Najlepše se Vam zahvaljujem za Vaš čas in odgovore!

Strauch Ana

A. SPLOŠNA VPRAŠANJA

Prosim, da obkrožite ustrezne odgovore.

1. Spol:

- a) ženski
- b) moški

2. Starost:

- a) 20-30 let,
- b) 31-40 let,
- c) 41-50 let,
- d) Nad 50 let

3. Stopnja izobrazbe:

- a) študent,
- b) srednješolska izobrazba,
- c) visokošolska, univerzitetna izobrazba,
- d) podiplomska izobrazba.

4. Vaš zakonski stan:

- a) samski
- b) poročen
- c) izven zakonska skupnost

5. Število let delovne dobe

- a) 0-10,
- b) 11-20,
- c) 21-30,
- d) >30,

6. Koliko dni ste bili prejšnje leto na bolniškem staležu?

- a) 1-5 dni

- b) 6-10 dni
- c) več kot 10 dni
- d) 0 dni

B. Maslachin vprašalnik izgorelosti (MBI: Maslach Burnout Inventory)

Pazljivo preberite vsako trditev in označite na lestvici od 1 do 6, kako pogosto velja posamezna trditev za vas. Če menite, da velja le nekajkrat na leto, označite številko 1, številko 6 pa, če velja vsak dan. Ocene 2, 3, 4 in 5 predstavljajo vmesne stopnje med obema skrajnima možnostima. Če stanja, ki ga opisuje posamezna trditev, niste nikoli izkusili, označite 0.

Prosim, da ocenite vse trditve.

	nikoli	nekajkrat na leto					vsak dan
1. Počutim se čustveno izčrpan(a) zaradi svojega dela.	0	1	2	3	4	5	6
2. Počutim se izrabljen(a) ob koncu delovnega dneva.	0	1	2	3	4	5	6
3. Počutim se utrujen(a), ko zjutraj vstanem in se moram soočiti z novim delovnim dnevom.	0	1	2	3	4	5	6
4. Brez težav lahko razumem občutja svojih strank.	0	1	2	3	4	5	6
5. Čutim, da ravnam z nekaterimi strankami neosebno, kot z objekti.	0	1	2	3	4	5	6
6. Delo z ljudmi vsak dan je zame resnično naporno.	0	1	2	3	4	5	6
7. Zelo učinkovito se ukvarjam s problemi svojih strank.	0	1	2	3	4	5	6
8. Počutim se izgorel(a) zaradi svojega dela.	0	1	2	3	4	5	6
9. Čutim, da s svojim delom pozitivno vplivam na življenje drugih ljudi.	0	1	2	3	4	5	6
10. Postala(a) sem bolj neobčutljiv(a) do ljudi, odkar sem sprejel(a) to delo.	0	1	2	3	4	5	6
11. Skrbi me, da zaradi svoje službe čustveno otrdevam.	0	1	2	3	4	5	6
12. Počutim se poln(a) energije.	0	1	2	3	4	5	6
13. Moja služba me spravlja v duševno stisko.	0	1	2	3	4	5	6
14. Imam občutek, da v službi pretrdo delam.	0	1	2	3	4	5	6
15. Ni mi dosti mar, kaj se dogaja nekaterim strankam.	0	1	2	3	4	5	6

16. Neposredno delo z ljudmi je zame preveč obremenjujoče.	0	1	2	3	4	5	6
17. S svojimi strankami z lahkoto vzpostavim sproščeno vzdušje.	0	1	2	3	4	5	6
18. Delo s strankami me poživlja.	0	1	2	3	4	5	6
19. Pri svojem delu sem naredil(a) že mnogo koristnega.	0	1	2	3	4	5	6
20. Počutim se, kot da sem na koncu svojih moči.	0	1	2	3	4	5	6
21. Pri svojem delu zelo umirjeno rešujem čustvene probleme.	0	1	2	3	4	5	6
22. Čutim, da me stranke krivijo za nekatere od svojih problemov.	0	1	2	3	4	5	6

VPRAŠALNIK ZA MERJENJE ZADOVOLJSTVA PRI DELU

NAVODILO

Obkrožite **DA**, če menite, da posamezna beseda dobro opisuje vašo delovno situacijo.
 Obkrožite **NE**, če menite, da posamezna beseda vaše delovne situacije ne opisuje dobro.
 Če se ne morete odločiti, obkrožite ?.

Kakšno je DELO, ki ga opravljate?

1.	privlačno	DA	?	NE
2.	nudi zadovoljstvo	DA	?	NE
3.	dolgočasno	DA	?	NE
4.	dobro	DA	?	NE
5.	ustvarjalno	DA	?	NE
6.	nezanimivo	DA	?	NE
7.	spoštovano	DA	?	NE
8.	razburljivo	DA	?	NE
9.	vedno po istem kopitu	DA	?	NE
10.	prijetno	DA	?	NE
11.	koristno	DA	?	NE
12.	utrudljivo	DA	?	NE
13.	zdravo	DA	?	NE
14.	živčno	DA	?	NE
15.	uporabno	DA	?	NE
16.	napeto	DA	?	NE
17.	samostojno	DA	?	NE
18.	enostavno	DA	?	NE
19.	ponavljajoče	DA	?	NE
20.	daje občutek, da nekaj naredim	DA	?	NE
21.	brez konca	DA	?	NE
22.	lepo	DA	?	NE
23.	zahtevno	DA	?	NE

Kakšen je vaš NEPOSREDNI VODJA?

24.	me vpraša za nasvet	DA	?	NE
25.	težko mu/ji je ustreči	DA	?	NE
26.	neprijazen(a)	DA	?	NE
27.	ceni dobro opravljeno delo	DA	?	NE
28.	obziren(a)	DA	?	NE
29.	simpatičen(a)	DA	?	NE
30.	domišljav(a)	DA	?	NE
31.	tovariški(a)	DA	?	NE

32.	vpliven(a)	DA	?	NE
33.	starokopiten(a)	DA	?	NE
34.	zadirčen(a)	DA	?	NE
35.	odločen(a)	DA	?	NE
36.	pošten(a)	DA	?	NE
37.	premalo se ukvarja z vodenjem	DA	?	NE
38.	nagle jeze	DA	?	NE
39.	mi pove, pri čem sem	DA	?	NE
40.	siten(a)	DA	?	NE
41.	trmast(a)	DA	?	NE
42.	dobro obvlada svoje delo	DA	?	NE
43.	slab(a)	DA	?	NE
44.	muhast(a)	DA	?	NE
45.	stremuški(a)	DA	?	NE
46.	bister(a)	DA	?	NE
47.	dopušča mi samostojnost	DA	?	NE
48.	vedno je poleg, ko je to potrebno	DA	?	NE
49.	len(a)	DA	?	NE
50.	hinavski(a)	DA	?	NE

Kakšni so vaši SODELAVCI?

51.	me navdušujejo	DA	?	NE
52.	dolgočasni	DA	?	NE
53.	počasni	DA	?	NE
54.	prizadevni	DA	?	NE
55.	nesramni	DA	?	NE
56.	prijateljski	DA	?	NE
57.	zabavni	DA	?	NE
58.	radi zafrkavajo	DA	?	NE
59.	podjetni	DA	?	NE
60.	neumni	DA	?	NE
61.	prijazni	DA	?	NE
62.	grobi	DA	?	NE
63.	zanesljivi	DA	?	NE
64.	urni	DA	?	NE
65.	inteligentni	DA	?	NE
66.	hitro zamerijo	DA	?	NE
67.	klepetavi	DA	?	NE
68.	domiselni	DA	?	NE
69.	leni	DA	?	NE
70.	zoprni	DA	?	NE
71.	ni jim mogoče zaupati	DA	?	NE
72.	aktivni	DA	?	NE

73.	važni	DA	?	NE
74.	ozkih interesov	DA	?	NE
75.	zvesti	DA	?	NE
76.	težko dostopni	DA	?	NE
77.	častihlepni	DA	?	NE
78.	potuhnjeni	DA	?	NE

Kakšna je vaša PLAČA?

79.	ustreza normalnim potrebam	DA	?	NE
80.	dohodek se ustrezno deli	DA	?	NE
81.	s plačo težko shajam	DA	?	NE
82.	slaba	DA	?	NE
83.	primerna delu	DA	?	NE
84.	vzpodbudna	DA	?	NE
85.	omogoča človeku, da si nekaj privošči	DA	?	NE
86.	negotova	DA	?	NE
87.	odvisna od pogojev dela	DA	?	NE
88.	se izplačuje redno	DA	?	NE
89.	manjša kot bi si zaslužil(a)	DA	?	NE
90.	sorazmerno visoka	DA	?	NE
91.	v primerjavi z drugimi prenizka	DA	?	NE
92.	pravična	DA	?	NE
93.	omogoča visok standard	DA	?	NE

Kakšne so vaše MOŽNOSTI ZA NAPREDOVANJE?

94.	ugodne	DA	?	NE
95.	omejene	DA	?	NE
96.	odvisne od sposobnosti	DA	?	NE
97.	napredovanje sploh ni mogoče	DA	?	NE
98.	odvisne od izkušenj	DA	?	NE
99.	napredovanje je zelo verjetno	DA	?	NE
100.	sistem napredovanja ni pravičen	DA	?	NE
101.	so zagotovljene	DA	?	NE
102.	so odvisne od uspeha pri delu	DA	?	NE
103.	so odvisne od zvez	DA	?	NE
104.	so odvisne od simpatij	DA	?	NE
105.	pogojene s strokovnim izpopolnjevanjem	DA	?	NE
106.	odvisne od prizadevnosti	DA	?	NE

Priloga 2: Rezultati obdelave podatkov dimenzij izgorevanja medicinskih sester z analitičnim programskim paketom SPSS

Tabela 1: Test normalne porazdelitve

		Tests of Normality					
VAR00008		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ČUSTVENA IZČR.	1,00	,079	60	,200*	,972	60	,174
	2,00	,115	40	,197	,979	40	,669

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 2: Dvostranski t- test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ČUSTVENA IZČR.	Equal variances assumed	2,961	,088	-2,140	98	,035	-4,450	2,080	-8,577	-,323
	Equal variances not assumed			-2,042	70,250	,045	-4,450	2,179	-8,795	-,105
DEPERSONALIZA.	Equal variances assumed	4,327	,040	-1,558	98	,122	-1,708	1,097	-3,884	,468
	Equal variances not assumed			-1,471	67,206	,146	-1,708	1,162	-4,027	,610
OSEBNA IZPOLNITEV	Equal variances assumed	1,412	,238	-,054	98	,957	-,075	1,394	-2,841	2,691
	Equal variances not assumed			-,056	92,370	,956	-,075	1,349	-2,753	2,603

Priloga 3: Rezultati obdelave podatkov faktorске analize dimenzij izgorevanja za skupino MS1 z analitičnim programskim paketom SPSS

Tabela 3: KMO in Bartletov test

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,721
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	648,126
	df	231
	Sig.	,000

Tabela 4: Lastne vrednosti in pojasnjena varianca.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,429	29,225	29,225	6,429	29,225	29,225
2	3,105	14,115	43,340	3,105	14,115	43,340
3	1,740	7,909	51,249	1,740	7,909	51,249
4	1,473	6,698	57,947	1,473	6,698	57,947
5	1,228	5,583	63,530	1,228	5,583	63,530
6	1,119	5,087	68,616	1,119	5,087	68,616
7	1,036	4,707	73,324	1,036	4,707	73,324
8	,918	4,174	77,498			
9	,768	3,492	80,990			
10	,635	2,885	83,876			
11	,533	2,421	86,297			
12	,485	2,203	88,501			
13	,465	2,116	90,616			
14	,395	1,795	92,411			
15	,364	1,654	94,065			
16	,290	1,317	95,382			
17	,246	1,119	96,501			
18	,219	,995	97,496			
19	,176	,800	98,296			
20	,142	,647	98,942			
21	,135	,615	99,557			
22	,097	,443	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Priloga 4: Rezultati obdelave podatkov factorske analize dimenzij izgorevanja za skupino MS2 z analitičnim programskim paketom SPSS

Tabela 5: KMO in Bartletov test

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,702
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	608,601
	df	231
	Sig.	,000

Tabela 6: Lastne vrednosti in pojasnjena varianca

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8,653	39,333	39,333	8,653	39,333	39,333
2	2,756	12,525	51,858	2,756	12,525	51,858
3	1,893	8,606	60,465	1,893	8,606	60,465
4	1,421	6,457	66,922	1,421	6,457	66,922
5	1,194	5,429	72,351	1,194	5,429	72,351
6	,875	3,978	76,330			
7	,854	3,880	80,210			
8	,740	3,363	83,573			
9	,641	2,913	86,486			
10	,562	2,556	89,042			
11	,439	1,996	91,038			
12	,394	1,790	92,828			
13	,333	1,513	94,341			
14	,295	1,343	95,684			
15	,255	1,160	96,844			
16	,163	,742	97,586			
17	,159	,724	98,310			
18	,104	,473	98,783			
19	,102	,462	99,245			
20	,075	,343	99,588			
21	,056	,253	99,841			
22	,035	,159	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Priloga 5: Rezultati obdelave podatkov dimenzij izgorevanja medicinskih sester glede na leta delovne dobe z analitičnim programskim paketom SPSS

Tabela 7: Test normalne porazdelitve

	VAR00002	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ČUSTVENA IZČR.	1,00	,108	32	,200*	,973	32	,596
	2,00	,138	19	,200*	,977	19	,907
DEPERSONALIZA.	1,00	,111	32	,200*	,948	32	,130
	2,00	,141	19	,200*	,929	19	,164
OSEBNA IZPOLNITEV	1,00	,124	32	,200*	,971	32	,531
	2,00	,145	19	,200*	,930	19	,174

Tabela 8: Dvostranski t-test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ČUSTVENA IZČR.	Equal variances assumed	1,042	,312	-1,208	49	,233	-3,444	2,851	-9,173	2,285
	Equal variances not assumed			-1,118	29,693	,272	-3,444	3,080	-9,736	2,848
OSEBNA IZPOLNITEV	Equal variances assumed	,177	,676	,745	49	,460	1,265	1,698	-2,148	4,678
	Equal variances not assumed			,743	37,728	,462	1,265	1,702	-2,181	4,710
DEPERSONALIZA.	Equal variances assumed	3,106	,084	-1,018	49	,314	-1,535	1,508	-4,564	1,495
	Equal variances not assumed			-,940	29,484	,355	-1,535	1,632	-4,871	1,801

Priloga 6: Rezultati obdelave podatkov zadovoljstva z delom medicinskih sester z analitičnim programskim paketom SPSS

Tabela 9: Mann-Whitneyev U-test

Test Statistics ^a		Ranks				
Mann-Whitney U	909,500	Skupini	N	Mean Rank	Sum of Ranks	
Wilcoxon W	1729,500	DELO	1,00	60	55,34	3320,50
Z	-2,051		2,00	40	43,24	1729,50
Asymp. Sig. (2-tailed)	,040	Total		100		
Exact Sig. (2-tailed)	,040					
Exact Sig. (1-tailed)	,020					
Point Probability	,000					

a. Grouping Variable: Skupini

Priloga 7: Rezultati obdelave podatkov faktorске analize zadovoljstva z delom za skupino MS1 z analitičnim programskim paketom SPSS

Tabela 10: KMO in Bartlettov test

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,601
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	278,736
	df	153
	Sig.	,000

Tabela 11: Lastne vrednosti in pojasnjena varianca

Total Variance Explained						
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,816	21,199	21,199	3,816	21,199	21,199
2	2,116	11,753	32,953	2,116	11,753	32,953
3	1,585	8,805	41,758	1,585	8,805	41,758
4	1,374	7,632	49,389	1,374	7,632	49,389
5	1,220	6,777	56,167	1,220	6,777	56,167
6	1,085	6,027	62,194	1,085	6,027	62,194
7	1,004	5,580	67,774	1,004	5,580	67,774
8	,939	5,215	72,989			
9	,816	4,534	77,523			
10	,769	4,271	81,794			
11	,646	3,589	85,383			
12	,587	3,261	88,644			
13	,555	3,085	91,729			
14	,455	2,528	94,257			
15	,350	1,945	96,202			
16	,301	1,672	97,874			
17	,238	1,324	99,198			
18	,144	,802	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Priloga 8: Rezultati obdelave podatkov faktorске analize zadovoljstva z delom za skupino MS2 z analitičnim programskim paketom SPSS

Tabela 12 : KMO test

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,630
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	275,078
	df	153
	Sig.	,000

Tabela 13 : Lastne vrednosti in pojasnjena varianca

Total Variance Explained						
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,219	28,995	28,995	5,219	28,995	28,995
2	1,849	10,270	39,266	1,849	10,270	39,266
3	1,723	9,574	48,839	1,723	9,574	48,839
4	1,516	8,424	57,263	1,516	8,424	57,263
5	1,179	6,551	63,814	1,179	6,551	63,814
6	1,096	6,091	69,905	1,096	6,091	69,905
7	1,012	5,624	75,529	1,012	5,624	75,529
8	,810	4,498	80,027			
9	,695	3,861	83,888			
10	,616	3,424	87,312			
11	,472	2,620	89,932			
12	,425	2,359	92,291			
13	,362	2,013	94,304			
14	,346	1,921	96,226			
15	,257	1,430	97,656			
16	,176	,977	98,633			
17	,140	,776	99,409			
18	,106	,591	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Priloga 9: Rezultati obdelave podatkov zadovoljstva z možnostmi za napredovanje medicinskih sester z analitičnim programskim paketom SPSS

Tabela 14: Mann-Whitneyev test

Test Statistics ^a		Ranks			
	NAPREDOVANJE	Skupini	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Mann-Whitney U	802,000	NAPREDOVANJE	1,00	57,13	3428,00
Wilcoxon W	1622,000		2,00	40,55	1622,00
Z	-2,810	Total	100		
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005				
Exact Sig. (2-tailed)	,005				
Exact Sig. (1-tailed)	,002				
Point Probability	,000				

a. Grouping Variable: Skupini

Priloga 10: Rezultati obdelave podatkov dimenzij izgorevanja medicinskih sester glede na bolniško odsotnost z analitičnim programskim paketom SPSS

Tabela 15: Shapiro-Wilkovem in Kolmogorov-Smirnov test.

Tests of Normality							
	Rangibolni	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ČUSTVENA IZČR.	1,00	,122	20	,200*	,945	20	,303
	2,00	,100	22	,200*	,961	22	,514
	4,00	,205	18	,044	,906	18	,073
	5,00	,154	18	,200*	,972	18	,840
	6,00	,134	15	,200*	,940	15	,386
	8,00	,215	7	,200*	,941	7	,644
DEPERSONALIZA.	1,00	,151	20	,200*	,868	20	,011
	2,00	,147	22	,200*	,929	22	,118
	4,00	,132	18	,200*	,931	18	,205
	5,00	,100	18	,200*	,959	18	,583
	6,00	,209	15	,078	,826	15	,008
	8,00	,247	7	,200*	,914	7	,421
OSEBNA IZPOLNITEV	1,00	,125	20	,200*	,960	20	,540
	2,00	,113	22	,200*	,949	22	,299
	4,00	,136	18	,200*	,971	18	,809
	5,00	,224	18	,018	,910	18	,086
	6,00	,200	15	,110	,908	15	,125
	8,00	,305	7	,049	,779	7	,025

Tabela 16: Dvostranski t-test.

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ČUSTVENA IZČR.	Equal variances assumed	4,544	,040	-2,316	36	,026	-8,183	3,534	-15,350	-1,016
	Equal variances not assumed			-2,266	28,721	,031	-8,183	3,612	-15,574	-,793
DEPERSONALIZA.	Equal variances assumed	1,323	,258	-2,493	36	,017	-4,256	1,707	-7,718	-,793
	Equal variances not assumed			-2,462	32,360	,019	-4,256	1,729	-7,775	-,736
OSEBNA IZPOLNITEV	Equal variances assumed	,994	,325	,355	36	,725	,861	2,429	-4,064	5,786
	Equal variances not assumed			,359	35,450	,722	,861	2,399	-4,006	5,728

