

**ALMA MATER EUROPAEA  
EVROPSKI CENTER, MARIBOR  
Socialna gerontologija**

**DOKTORSKA DISERTACIJA**

**Nataša Štandeker**

**ALMA MATER EUROPAEA**

**Evropski center, Maribor**

Doktorska disertacija  
študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIALNA GERONTOLOGIJA

**SOCIALNOGERONTOLOŠKI MODEL  
PODALJŠANJA DELOVNE SPOSOBNOSTI  
ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM  
VARSTVU STAREJŠIH**

Mentorica: izr. prof. dr. Nadja Plazar

Kandidatka: Nataša Štandeker

Somentorica: izr. prof. dr. Bojana Filej

Maribor, november 2020

## ZAHVALA

*Za navdihujoče spremstvo in vodenje se zahvaljujem mentoriciizr. prof. dr. Nadji Plazar, spec. med. biokemije, saj je naše sodelovanje preseгло definicijo mentorstva in ponosna sem, da ste me sprejeli pod svoje okrilje. Prav tako se za vse nasvete vodenje, skupne poti in čas zahvaljujem somentoriciizr. prof. dr. Bojani Filej.*

*Draga Suzana Grobelšek, hvala, da sem smela spoznati tvojo učiteljsko potrpežljivost in natančnost pri popravljanju vseh mojih pravopisnih in slovničnih napak.*

*Spoštovani kolega Alen Župan, hvala za tvojo nesebično pomoč in angažma pri organizaciji in izvedbi raziskave v domovih starejših na Hrvaškem. Hvala tudi vsem ostalim kolegom na študiju, dokazali smo, da je pot tista, ki da cilju vrednost.*

*Zahvaljujem se vsem, ki so mi na kakršen koli način pomagali pri pripravi in izvedbi raziskave ter strokovnjakom, ki so zavzeto sodelovali v kvalitativnem delu raziskave .*

*Na poti do doktorata sem srečala mnoge ljudi, ki so v mojem življenju tako ali drugače pustili sledi. Nekateri so mi kazali pot, drugi so me naučili lekcij, nekatere vezi, ki so se stkale, bodo ostale za vedno. Hvaležna sem vsem in vsakemu, ki je kakor koli pripomogel k solzam žalosti in razočaranja, hvala, tako sem spoznala, kaj v resnici šteje. In hvala vsem vam, ki ste mi dneve naredili lepše, hvala za trenutke, v katerih mi je zastal dih ob dobrem ali slabem.*

*Za vso podporo in pomoč se zahvaljujem naši babici Ani, za vse, kar naredi za vse nas skozi vsa leta študija in v vsem našem času. In mojim staršem za podporo in pomoč, ko je bilo to potrebno.*

*Prababici, mami, dedeju, mojim trem stricem in sestri globoka zahvala za čudovito otroštvo na mali kmetiji v osrčju Slovenskih Goric, kjer se je v resnici začela ta pot.*

*Velika zahvala za dokončanje študija gre moji družini, mojima otrokoma Blažki in Jaki, ker sta to, kar sta, ker sta takšna kot sta, sta moj neskončni navdih in ponos.*

*... in tebi Berti, ker ti si moja pot in vse, kar bi napisala v teh vrsticah, bi bilo premalo, zato samo – hvala. Hvala, da si verjel, ko sama nisem, da si vztrajal, ko sem hotela obupati. Hvala za razumevanje in za čas, za to, da kljub vsemu, kar nama je stalo na poti, sva in da smo.*

## **POVZETEK**

**Uvod:** Delovna sposobnost je vsota dejavnikov, ki zaposlenim omogočajo izvedbo delovne naloge. V doktorski disertaciji odgovarjamo na vprašanje, kateri dejavniki vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in s katerimi ukrepi bi bilo mogoče vplivati na zmanjšanje zgodnjega upokojevanja, absentizma in zapuščanja poklicev. Z oblikovanim socialnogerontološkim modelom delovne sposobnosti smo prikazali povezave med dejavniki, ki vplivajo na delovno sposobnost, in ukrepi za izboljšanje delovne sposobnosti.

**Metode:** Teoretično izhodišče doktorski disertaciji predstavlja Ilmarinenov model delovne sposobnosti. Vzorec vključuje 490 zaposlenih iz poklicnih skupin tajnica/tajnik, snažilka/snažilec, negovalka/negovalec in diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik v institucionalnem varstvu starejših v Sloveniji, Avstriji in na Hrvaškem. Kvantitativni del raziskave smo izvedli s pomočjo standardiziranega vprašalnika, kvalitativno raziskavo smo izvedli z uporabo metodologije Delfi. V ekspertnem panelu je sodelovalo 12 priznanih strokovnjakov s področja managementa v institucionalnem varstvu starejših.

**Rezultati:** Izmed 47 proučevanih dejavnikov Ilmarinenovega modela delovne sposobnosti na delovno sposobnost anketiranih statistično značilno vpliva sedem dejavnikov, s katerimi lahko razložimo 42,6 % ocene trenutne delovne sposobnosti. Starost statistično značilno vpliva na oceno trenutne delovne sposobnosti v vzorcu. V kvalitativnem delu raziskave so strokovnjaki skupno predlagali 123 ukrepov za izboljšanje in podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih. V socialnogerontološki model delovne sposobnosti smo uvrstili 21 najvišje razvrščenih ukrepov. Ugotovili smo, v kakšnem odstotku bi lahko predvideni ukrepi vplivali na posamezne dejavnike delovne sposobnosti.

**Razprava in zaključek:** Socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših lahko predstavlja eno od možnosti na poti k izboljšanju razmer in zagotavljanju zadostnega števila zaposlenih.

**Ključne besede:** socialna gerontologija, zaposleni, institucionalno varstvo starejših, delovna sposobnost, konceptualni model.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Work ability is the unit of the factors that enable employees to perform a work task. In this study we want to answer the question which elements impact the work ability of the employees in the institutional care of the elderly and which measurements could help to improve their work ability and reduce their intentions for early retirement, absenteeism and leaving occupation.

**Methods:** Theoretical frame for the research represents Ilmarinen's Model of work ability. Research sample includes 490 employees (administrative workers, cleaners, nursing assistances and register nurses) from long-term care facilities of the elderly from Austria, Croatia and Slovenia. Qualitative survey was performed with standardized questionnaire. Methods of descriptive statistics and linear regression were used for data analysis. The Delphi method with 12 international experts from management of the institutional care of the elderly.

**Results:** With elements from Ilmarinen's Model of work ability we are able to explain 42,6 % of current working ability. Statistically significant influence of 7 factors from Model of working ability has been shown from 47 factors. International panel of expert suggested 123 measurements for prolonging the work ability. 21 highest rated measurements have been included in socialgerontological model of prolonging the working ability among the employees in the institutional care of the elderly.

**Discussion and conclusions:** Despite large number of studies in research field we can still confirm lack of knowledge about working ability among employees in the institutional care of the elderly. Represented socialgerontological model of prolonging the working ability could help acting proactive in questions about early retirement, leaving the occupation and reducing working time.

**Keywords:** social gerontology, employees, institutional care of the elderly, working ability, conceptual model.

## KAZALO

<b>1 UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNA IZHODIŠČA KLJUČNIH ELEMENTOV SOCIALNOGERONTOLOŠKEGA MODELA DELOVNE SPOSOBNOSTI ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Pomen naravnega fenomena staranja za družbo v različnih zgodovinskih obdobjih.....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 Definicije starosti in staranja.....</b>	<b>7</b>
<b>2.3 Teorije staranja.....</b>	<b>12</b>
2.3.1 Klasifikacije teorij staranja .....	14
<b>2.4 Vloga in pomen staranja v sodobni družbi .....</b>	<b>21</b>
<b>2.5 Vpliv sprememb v starostni strukturi prebivalstva na finančno vzdržnost družbenih sistemov .....</b>	<b>22</b>
<b>2.6 Pojem in mesto socialne gerontologije v dolgoživi družbi .....</b>	<b>25</b>
<b>2.7 Institucionalno varstvo starejših skozi zgodovino in razvojne perspektive za prihodnost.....</b>	<b>28</b>
<b>2.8 Poklici v institucionalnem varstvu starejših .....</b>	<b>33</b>
<b>2.9 Vzroki za absentizem, zapuščanje poklica in zgodnje upokojevanje zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših .....</b>	<b>35</b>
<b>2.10 Delovna sposobnost.....</b>	<b>37</b>
<b>2.11 Model delovne sposobnosti .....</b>	<b>39</b>
<b>2.12 Elementi modela delovne sposobnosti.....</b>	<b>41</b>
<b>2.13 Indeks delovne sposobnosti.....</b>	<b>46</b>
<b>2.14 Razvojne perspektive modela delovne sposobnosti in alternativni modeli .....</b>	<b>47</b>
<b>2.15 Pregled izsledkov primerljivih raziskav s področja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših .....</b>	<b>52</b>
<b>3 EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>55</b>
<b>3.1 Namen in cilji raziskovanja .....</b>	<b>55</b>

<b>3.2</b>	<b>Raziskovalne hipoteze in raziskovalna vprašanja .....</b>	<b>55</b>
<b>3.3</b>	<b>Raziskovalna metodologija .....</b>	<b>57</b>
3.3.1	Metode in tehnike .....	59
3.3.2	Opis instrumentarija .....	62
3.3.3	Opis vzorca .....	65
3.3.4	Opis zbiranja in obdelave podatkov .....	72
<b>3.4</b>	<b>Rezultati.....</b>	<b>73</b>
<b>4</b>	<b>RAZPRAVA.....</b>	<b>134</b>
<b>5</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>157</b>
5.1	Predlogi za nadaljnje raziskovanje .....	159
<b>6</b>	<b>SEZNAM LITERATURE IN VIROV.....</b>	<b>161</b>

#### **PRILOGE**

**Priloga A: Seznam sodelujočih institucij**

**Priloga B: Anketni vprašalnik**

**Priloga C: Vprašalnik delfie 1. krog**

**Priloga D: Vprašalnik delfie 2. krog**

**Priloga E: Vprašalnik delfi 3. krog**

**Priloga F: Korelacijske tabele**

**IZJAVA O AVTORSKEM DELU**

**IZJAVA LEKTORJA**

## SEZNAM TABEL

Tabela 1: Lestvica za določanje moči povezanosti med spremenljivkama .....	73
Tabela 2: Prikaz ocene trenutne delovne sposobnosti v raziskovalnem vzorcu .....	74
Tabela 3: Vpliv dejavnikov delovne klime na delovno sposobnost za poklicno skupino tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine .....	75
Tabela 4: Vpliv dejavnikov delovne klime na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilk in snažilcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine .....	76
Tabela 5: Vpliv dejavnikov delovne klime na delovno sposobnost za poklicno skupino negovalk in negovalcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine .....	77
Tabela 6: Ocena vpliva dejavnikov delovne klime na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine .....	78
Tabela 7: Vpliv dejavnikov delovnega okolja na delovno sposobnost za poklicno skupino tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine .....	80
Tabela 8: Vpliv dejavnikov delovnega okolja na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilk in snažilcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine .....	81
Tabela 9: Vpliv dejavnikov delovnega okolja na delovno sposobnost za poklicno skupino negovalk in negovalcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine .....	82
Tabela 10: Vpliv dejavnikov delovnega okolja na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine .....	83
Tabela 11: Vpliv neposrednih vodilnih na delovno sposobnost zaposlenih glede na poklicne in starostne skupine .....	85
Tabela 12: Vpliv centralnega vodstva na delovno sposobnost zaposlenih glede na poklicne in starostne skupine .....	87
Tabela 13: Vpliv socialne mreže na delovno sposobnost zaposlenih glede na poklicne in starostne skupine .....	89
Tabela 14: Vpliv družine na delovno sposobnost za poklicno skupino tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu in glede na posamezne starostne skupine .....	92
Tabela 15: Vpliv družine na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilk in snažilcev v skupnem vzorcu in glede na posamezne starostne skupine .....	93
Tabela 16: Vpliv družine na delovno sposobnost za poklicno skupino negovalk in negovalcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine .....	94



Tabela 17: Vpliv družine na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine.....	95
Tabela 18: Vpliv zdravstvenega stanja na delovno sposobnost glede na posamezne poklicne in starostne skupine .....	98
Tabela 19: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine .....	100
Tabela 20: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilcev in snažilk v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine..	103
Tabela 21: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino negovalcev in negovalk v skupnem vzorcu in glede na posamezne starostne skupine.....	106
Tabela 22: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov glede na posamezne starostne skupine .....	108
Tabela 23: Vpliv delovnih in moralnih vrednot na delovno sposobnost za poklicno skupino tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine.....	112
Tabela 24: Vpliv vrednot na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilcev in snažilk v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine.....	113
Tabela 25: Vpliv vrednot na delovno sposobnost za poklicno skupino negovalcev in negovalk v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine .....	114
Tabela 26: Vpliv vrednot na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine.....	115
Tabela 27: Vpliv motivacije za opravljanje dodeljenih delovnih nalog na delovno sposobnost glede na posamezne poklicne in starostne skupine .....	117
Tabela 28: Ocena trenutne delovne sposobnosti glede na posamezne poklicne in starostne skupine.....	119
Tabela 29: Pregled potrjenih in zavrnjenih raziskovalnih hipotez .....	122
Tabela 30: Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti.....	125
Tabela 31: Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti po posameznih državah .....	127

## SEZNAM SLIK IN GRAFOV

Slika 1: Koeficient starostne odvisnosti za področje Evropske unije v obdobju od leta 1997 do leta 2017 .....	24
Slika 2: Kapacitete namestitev dolgotrajne oskrbe za starejše od 65 let v nekaterih članicah Evropske unije .....	31
Slika 3: Izdatki za dolgotrajno oskrbo glede na način izvajanja v Sloveniji .....	32
Slika 4: Model delovne sposobnosti .....	39
Slika 5: Model upravljanja s starostjo zaposlenih .....	49
Slika 6: Prikaz raziskovalnega procesa oblikovanja socialnogerontološkega modela podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.....	58
Slika 7: Teoretični okvir izvedbe raziskave z uporabo metode delfi .....	62
Slika 8: Grafični prikaz diferenciacije raziskovalnega vzorca glede na države in poklicne skupine.....	66
Slika 9: Grafični prikaz povprečne starosti anketiranih glede na poklic.....	67
Slika 10: Prikaz povprečne delovne dobe v diferenciranem raziskovalnem vzorcu glede na poklic in kronološko starost.....	68
Slika 11: Delovna doba na trenutnem delovnem mestu, glede na poklic in kronološko starost.....	70
Slika 12: Diferenciacija raziskovalne populacije glede na poklic.....	72
Slika 13: Grafični prikaz deležev vpliva posameznega dejavnika na oceno trenutne delovne sposobnosti.....	118
Slika 14: Socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti .....	129
Slika 15: Modificiran model hiše delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.....	131

## 1 UVOD

Zagotavljanje pomoči potrebnim v vseh življenjskih obdobjih in v vseh življenjskih okoliščinah predstavlja eno izmed osnovnih načel sodobne družbe, katere začetki segajo, kot piše Harari, približno 70.000 let v zgodovino, ko so organizmi vrste homo sapiens začeli z oblikovanjem najkompleksnejše znane strukture na planetu, ki jo danes poznamo pod pojmom kultura (Harari 2018,13). Človek je kot najvišje razvit organizem živega sveta zaradi razvoja svojih kognitivnih sposobnosti skrb za ostale člane skupnosti razširil od skrbi za otroke na skrb za bolne, ranjene ter starejše in onemogle člane družbe. Čeprav se začetki skrbi za druge v družbi začenjajo pri skrbi za potomce, torej novorojenčke, otroke in matere, zgodovina ni bila nikoli povsem ravnodušna do mesta in vloge starejših.

Družba, v kateri živimo, se nezadržno stara (Eurostat 2017 in Dragan idr. 2018). Izzivi, ki jih avtorji povezujejo s fenomenom dolgožive družbe, so večplastni. Njihove rešitve pa so v veliki meri odvisne od oblikovanja finančno vzdržnih socialnih modelov (Vasle idr. 2016; European Commission 2018, 8 in Ediev idr. 2019, 1) in zagotavljanja ustreznih oblik oskrbe (Spasova idr. 2018, 23 in Ramovš 2015, 10). Zaradi demografskih sprememb v obstoječih strukturah zaposlenih in naraščajočih potreb po oskrbi starejših v institucionalnem varstvu starejših postaja zagotavljanje zadostnega števila zaposlenih vse večji izziv. Kot izhodišče v tezi doktorske disertacije se postavlja vprašanje: Kateri dejavniki določajo delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in s katerimi ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti bi bilo mogoče zmanjšati zgodnje upokojevanje, krajšanje delovnega časa (npr. zaposlitev za polovični delovni čas), in prenehanje poklicnega udejstvovanja med zaposlenimi v institucionalnem varstvu starejših?

Glavni cilj doktorske disertacije je oblikovanje socialnogerontološkega modela podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Model predstavlja teoretično izhodišče za uvedbo načina vodenja zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših s ciljem preprečevanja predčasnega upokojevanja, zmanjševanja obsega delovnega časa in zapuščanja poklicev, ki so nujno potrebni za zagotavljanje kakovostnega institucionalnega varstva starejših.

V zadnjih dvajsetih letih se je na strokovnem področju delovanja zdravstvenih delavcev in delavcev pomožnih poklicev začelo intenzivno razvijati področje oskrbe starejših v domači in institucionalni obliki varstva.

Starejšim, kot ključnim gradnikom družbe, kot jo poznamo danes, smo dolžni zagotoviti najvišjo možno kakovost oskrbe in jim omogočiti dostojno življenje do konca časa, ki jim je

dan. Na poti k doseganju omenjenega cilja pa je mogoče zaznati nekatere pomembne izzive. Oblikovanje različnih oblik oskrbe starejših samo po sebi še ne pomeni rešitve problema skrbi za starejše, temveč postavlja vlade držav in pristojne pred nove izzive, ki se tičejo predvsem financiranja storitev in zagotavljanja zadostnega števila zaposlenih na področju oskrbe starejših, pri tem pa velja institucionalno varstvo starejših za posebej izpostavljeno področje (Spasova idr. 2018; Utharman idr. 2016, 51 in Köllner 2015, 1).

Med poklicnimi skupinami, katerih pomanjkanje je zaskrbljujoče, so zdravstveni delavci, med njimi diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki ter negovalke in negovalci. Med možnimi vzroki opisanega problema Utharman s sodelavci ugotavlja, da je staranje medicinskih sester eden od poglobitnih vzrokov za manjšanje števila medicinskih sester na trgu delovne sile (Utharman idr. 2016, 51). Köllner je mnenja, da na pomanjkanje zdravstvenih delavcev med drugim vpliva dejstvo, da je veliko zdravstvenih delavcev primoranih predčasno izstopiti iz poklica zaradi psihiatričnih in psihosomatskih obolenj (Köllner 2015, 1). Camerino piše o povezavi med nizko delovno sposobnostjo med medicinskimi sestrami v desetih evropskih državah in njihovo namero, da izstopijo iz poklica (Camerino idr. 2006).

Naveden problem pomanjkanja zaposlenih različnih profilov v institucionalnem varstvu starejših, kot izhodišče doktorski disertaciji, izhaja iz desetletnega lastnega opazovanja spreminjanja raziskovalnega okolja. Evidentno namreč je, kot tudi ugotavlja Gröning s sodelavci, da bodo za vse starejše, vedno bolj bolne in dementne paciente, skrbeli tudi vedno starejši zaposleni (Gröning idr. 2014, 9). Nemško ministrstvo za zdravje pa tudi poroča, da se s staranjem prebivalstva povečuje potreba po profesionalni zdravstveni negi, istočasno pa se zmanjšuje število zdravstvenih delavcev (Bundes Ministerium für Gesundheit 2017). Evropska zveza za upravljanje v zdravstvu navaja, da številne države v EU poročajo o težavah z zadrževanjem in zaposlovanjem zdravstvenih delavcev (Evropska zveza za upravljanje v zdravstvu 2015, 5). Zaposleni v institucionalnem varstvu starejših so vsaj v zadnjem desetletju v vseh treh opazovanih raziskovalnih okoljih (Slovenija, Avstrija in Hrvaška) pomemben deležnik v sistemu palete političnih, organizacijskih, zakonskih in demografskih sprememb, ki vplivajo na zdravje zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših ter njihovo zmožnost in željo po nadaljevanju dela in nadaljnjem poklicnem in kariernem razvoju v institucionalnem varstvu starejših.

V sled opisanemu raziskovalnemu problemu smo v pričujoči doktorski disertaciji opredelili pripadajoča teoretična izhodišča, ki določajo umestitev pojma delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših na znanstveno področje socialne

gerontologije. V nadaljevanju smo s kvantitativno raziskovalno metodo, ob uporabi preverjenega anketnega vprašalnika, identificirali dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Z uporabo delfi metodologije smo v mednarodnem panelu strokovnjakov oblikovali seznam ukrepov, s katerimi bi predvidoma lahko vplivali na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Iz pridobljenih podatkov kvalitativne in kvantitativne raziskave smo oblikovali hibridni teoretični model, ki zajema socialnogerontološke značilnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših v smislu vpliva dejavnikov na njihovo delovno sposobnost v različnih starostnih obdobjih.

Teoretični del doktorske disertacije začenjamo s pregledom spreminjanja odnosa do starosti in staranja vse od prvih zapisov v najstarejših literarnih delih (Budge 1967; Ellis 1988; Jarho 1971, 1440–1445 in Cummins 2000, 129). Ob tem nas je zanimalo, ali se lahko znanstveniki s pomočjo znanstvenih pristopov in modernih tehnologij približajo odgovoru na vprašanje, kaj je starost.

Pri tem predstavljamo poglede avtorjev z različnih znanstvenih področij v različnih časovnih obdobjih in v širšem družbenem ter socialnem kontekstu (Weintraub 2000; Gormann 1999; Kowald in Dowd 2001; Edwards 2010 in Kornadt idr. 2011) od nekaterih odkritij s področja biologije in genetike (Rattan 2006, 282; Francheschi idr. 2007, 92 in D'Aquila idr. 2018, 7) s področja psihologije (Dixon in Cohen 2001, 125; Birnen 1961, 127; Schroot 1996, 742; Hall 1922, 591; Pedersen 2009, 49 in Symons 2011, 118) in sociologije (Faris in Form 2019 in Goudsblom in Heilbron 2015, 989; Wurm idr. 2010, 2; Bengston 2016, 69; Collins 2014, 1 in Cohen 2014, 84). V nadaljevanju predstavimo tudi nekatere v vsakodnevem življenju opažene posledice staranja družbe kot celote in predvsem ukrepov, v katerih se izražata strah pred posledicami staranja in njenim končnim rezultatom –minljivostjo ter smrtjo (Ramli 2015, 113–122; Rajput 2016 in Grmek 1958, 59–60).

Na koncu poglavja ugotavljamo, da na zastavljeno vprašanje, kaj je starost, ne moremo podati zadovoljivega odgovora. Ob zaključku pregleda definicij in teorij staranja ostaja vprašanje ali enotna definicija staranja res ni mogoča, kar menijo Vina in soavtorji (Vina idr. 2007), čeprav potrjujemo smiselnost vprašanja ali je v razširjenem raziskovalnem polju fenomena staranja in starosti taka definicija res smiselna in potrebna.

Da bi delovno sposobnost umestili na znanstveno raziskovalno področje socialne gerontologije, smo pri pripravi teoretičnih izhodišč določili stičišča med osnovnimi pojmi glavnih elementov doktorske disertacije. Pri tem smo na prvem mestu iskali možnosti znotraj teoretičnih okvirjev socialne gerontologije kot znanosti (Cox in Newston 1993, 17;

Pohlmann 2011, 20; Burgess 1960; Theofanidis in Krepia 2015, 792 in Karl in Schmitz - Scherzer 1994, 11). Ker želimo z modelom podaljšanja delovne sposobnosti doprinesi k boljši in daljši delovni sposobnosti zaposlenih, smo preučili razvoj institucionalnega varstva starejših (Williams 2017 Rich 2015; Watson 2012, 4 in Hajar 2015, 43) ter definirali predvidene dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih.

V institucionalnem varstvu starejših se vsakodnevno srečujejo starejši, ki potrebujejo pomoč in oskrbo in prav tako starajoči se zaposleni, katerih sposobnosti nudenja fizične in psihosocialne pomoči so v različnih starostnih obdobjih odvisni od različnih zunanjih in notranjih dejavnikov, ki jim omogočajo ali onemogočajo, da uspešno opravijo svoje delovne naloge. Da bi razložili kompleksnost delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, smo raziskali dinamiko procesov staranja na fiziološkem, psihološkem in socialnem področju. Povezovalna pojma vseh ključnih elementov doktorske disertacije sta starost in staranje in z njima povezane spremembe na področju delovne sposobnosti. Pri tem predstavlja delovna sposobnost vsoto vseh dejavnikov, ki moškemu ali ženski v določeni situaciji omogoča uspešno izvedbo zadane delovne naloge (Tempel in Ilmarinen 2015, 15) in ima pomembno vlogo tako na fiziološke, psihološke in socialne vidike kakovosti posameznikovega življenja.

Raziskovalni proces smo pričeli z oblikovanjem raziskovalnih hipotez, pri tem smo želeli ugotoviti, kateri zunanji dejavniki vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, kateri notranji dejavniki vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in ali se vpliv kronološke starosti na oceno trenutne delovne sposobnosti razlikuje glede na posamezne poklicne skupine. Vzorec sestavljajo zaposleni v institucionalnem varstvu starejših različnih poklicev v Sloveniji, Avstriji in na Hrvaškem. Kot merilni instrument smo uporabili anketni vprašalnik. Pridobljene rezultate smo uporabili kot izhodišče pri pripravi prvega vprašalnika v delfijski metodi, ki smo jo izvedli v treh krogih. V zadnjem koraku smo dejavnike, ki vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti in ukrepe za podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, oblikovali v predviden socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

## **2 TEORETIČNA IZHODIŠČA KLJUČNIH ELEMENTOV SOCIALNOGERONTOLOŠKEGA MODELA DELOVNE SPOSOBNOSTI ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH**

Zanimanje za vse fenomene, povezane s starostjo in staranjem, nikakor ne predstavlja novega področja sodobne znanosti, temveč so starost in z njo povezane telesne in duševne spremembe zaposlovale človeštvo že od pradavnine. Prav tako so že pri plemenskih ljudstvih ločevali svoje člane glede na sposobnosti, ki so jih le ti izkazovali; nekatere od njih lahko povežemo z definicijo delovne sposobnosti, kot jo uporabljamo danes. V teoretičnem delu doktorske disertacije obširneje definiramo elemente socialnogerontološkega modela delovne sposobnosti in specifične demografske situacije, v katero ga v danem trenutku tudi umeščamo.

### **2.1 Pomen naravnega fenomena staranja za družbo v različnih zgodovinskih obdobjih**

Opazovanje in razmišljanje o spremembah, ki jih človeškemu telesu in duhu povzroča čas, nas nerazdružljivo vežeta s preteklostjo. Strah pred smrtjo, kot končnim rezultatom staranja, je zaznamoval že najzgodnejša literarna dela. Najbolj znano delo egipčanske književnosti, in hkrati eno najstarejših književnih del nasploh, Knjiga mrtvih (3000 pr. n. št.), še ne opredeljuje starosti kot takšne, temveč v kontekst postavlja smrt kot naravni in hkrati povezovalni dogodek z onostranstvom (Budge 1967; Ellis 1988). V največji literarni zapuščini babilonsko-asirskega obdobja v babilonskem epu o Gilgamešu je glavna ugotovitev, kot piše Palajsa: »Vse oblike, tudi tiste najlepše, se starajo, umirajo, se spreminjajo v prah ...« (Palajsa 2009). O biblijski starosti in brezčasnih starostnikih beremo v Bibliji (1Mz 5: 28–31; 11: 10, 1Mz 5: 5–27 in 1Mz 15,1–21 in več) in Koranu (17: 23–24). O starosti in staranju so razmišljali veliki antični filozofi, nekatera njihova razmišljanja so ostala aktualna vse do danes. V razlagi Ciccerove klasike *Cato maior de senectute*, Jarho piše, da gre pri omenjenem delu za najpomembnejše gerontološko delo, in sicer gre za esej v obliki aristotelskega dialoga, ki ga je Cicero končal leta 44 pr. n. št. v starosti 62 let. Glavni akterji dialoga so trije moški, med katerimi je najstarejši, takrat 84-letni Marcus Portius Cato, 50 let starejši od ostalih dveh akterjev (Publius Scipio Africanus Minor in Gaius Laelius). Rezultat dialoga so nekatera pomembna razmišljanja o starosti, na primer, da je za človeka, ki mu manjka notranjih razlogov za srečo, vsaka starost breme, ali

ugotovitev, da obstajajo štirje glavni razlogi, zaradi katerih se starost zdi nesrečna; ti razlogi so, da starost prizadetega oddalji od aktivnega opravljanja zadev, oslabi telo, ga depriviligira skoraj vseh fizičnih užitkov in ni veliko oddaljena od smrti. Cicerovi akterji v dialogu nekaj časa posvetijo tudi diskusiji o starostni senilnosti in podajo nekaj uporabnih nasvetov pri soočanju s starostnimi težavami (Jarho 1971, 1440–1445). Ugotovitve Cicerovega dela so primerljive z ugotovitvami sodobnih znanstvenih teorij starosti in staranja, kot so npr. teorija gerotranscendence (Tornstam 1997) ali teorija življenjskega toka (Elder idr. 2003, 3–19), elemente Cicerovega eseja najdemo pravzaprav v vseh socioloških teorijah staranja, o čemer pišejo mnogi avtorji (Hasworth in Cannon 2015; Wahidin in Powell 2004; Bass 2007 in Agronin 2014), mnogokrat pa predstavljajo izhodišča tudi psihološkim teorijam staranja (Wernher in Lipsky 2015), kot še ugotavlja Agronin; elemente Cicerovega eseja najdemo tudi v Eriksonovi teoriji osmih življenjskih obdobij in Coenovi teoriji potenciala drugega življenjskega obdobja (Agronin 2014, 30). Moog in Schäfer med drugim pišeta, da je srednjeveški (okrog leta 500 n. št.) zbiralec antičnih zapisov o starosti in staranju v svojem delu o starosti citiral vsaj 47 različnih antičnih avtorjev, ki so pisali o starosti in med imeni med drugimi tako navaja Homerja (700 pr. n. št.), Pitagoro (570 do pribl. 480), Sofoklesa (497/6–406), Sokrata (469–399), Platona (428/7–348/7) in Aristotela (384–322) (Moog in Schäfer 2008, 357). V nadaljevanju zgodovinskega pregleda zapisov o starosti in staranju Cummins ugotavlja, da je starost v literarnih delih srednjega veka prikazana negativno, pri čemer se avtorica opira na konsenz avtorjev Cofmanna, Niteckega, Minoisa, Blamiresa in Warnerja (Cummins 2000, 129).

Schäfer med drugim izpostavlja, da je vse od antike mogoče spremljati močan vpliv Galenovega videnja starosti, ki zagovarja patološki pristop k starosti in staranju. Prvi pomisleki okrog Galenove teorije se v literaturi pojavijo šele okrog 17. stol. z morfološko študijo Giovanija Battista Morgagnija, v kateri je proučeval značilnosti umrlih starejših oseb. Leta 1754 je Johann Bernard von Fischer lahko prepoznal vrsto anatomskih sprememb organov, ki jih je pripisal starosti in ne več le bolezni (Schäfer 2002, 525–548). Pri pregledu prisotnosti elementov staranja in starosti v literaturi renesanse pa nikakor ne gre spregledati Dantejeve Božanske komedije, ki bolj kot starost v središče postavlja življenje v tuzemskem in onostranskem svetu, pa kljub temu v svojih spevih večkrat uporabi izraz star za ljudi in predmete (Capuder 1994). Gileard piše, da iz renesančnega pogleda na starost in staranje izhaja koncept uspešnega staranja. Zerbijova Geontoconija in Cornarova »Trattato della Vita Sobria« sta dela označena za predhodnici sodobne gerontologije (Gileard 2013). Luigi Cormaro, ki je umrl leta 1566 v starosti 103 let, je zagovarjal teorijo, da je vsak sam



odgovoren za svoje zdravje ter da dieta in življenjski slog močno vplivata na dolžino in kakovost življenja (Buttler 2005). Drugo sliko o odnosu do starosti v renesančnih časih da hiter prelet Shakespearovega Hamleta, ki pravi: »Pa starost prileze na skrivaj in te trdo objame, razbije te in vrže v kraj, iz rok ti veslo vzame.« (prevod: Zupancič 1961, 120), ali v Kralju Learu: »Kdor sodi vaš bes trezno in razumno, ta ve, da ste pač stari ...« (prevod: Bor 1964, 63).

Med slovenskimi avtorji, ki se v svojih delih opredeljujejo do staranja, starosti in predvsem povečujejo mladost, omenjamo Antona Aškerc, ki v pesnitvi Čaša nesmrtnosti (Aškerc 1946) v verze pretopi večni človeški strah pred minljivostjo življenja in željo po mladosti. Krivična obravnava ostarelega hlapca je rdeča nit Cankarjeve povesti Hlapec Jernej in njegova pravica: »Kaj si storil, gospodar, s hudo besedo, kaj si storil meni starcu?« (Cankar 1907, 6).

O percepciji starosti in staranja v 20. stoletju piše Townsend, da je bilo nekaj let po drugi svetovni vojni znanstveno raziskovanje o starosti zelo omejeno. Fizična, duševna in mentalna stanja, značilna za starejše, so bila videna kot naravna ali neizogibna (Townsend 1981).

Po pregledu odnosa do staranja in starosti v različnih literarnih delih skozi različna literarno zgodovinska obdobja lahko trdimo, da se človeštvo le stežka sooča s staranjem, starostjo, minljivostjo in smrtjo. Dokaz zato so tudi milijardni zaslužki lepote, kozmetične in wellness industrije. Kot ugotavlja Ramli, je kozmetična industrija uspešna globalna industrija, ki je preživela svetovne krize, drugo svetovno vojno in velike recesije v 60-ih, 80-ih in 90-ih letih (Ramli 2015, 113–122). Tako Rajput predvideva, da bo trg kozmetične industrije do leta 2022 vreden približno 430 milijard dolarjev ob predvideni 4,3-odstotni letni rasti v obdobju 2016 do 2022 (Rajput 2016). Lepota in mladost torej vladata svetu že od nekdanj ali kot razlaga Grmek, se skuša človeštvo v mnogoterih, tisočletja trajajočih poskusih, približati definiciji staranja, da bi moglo razložiti bistvo vzrokov in prvih simptomov tega procesa, ki vse od najzgodnejših antičnih časov pa vse do danes predstavlja neprimerljiv izziv človeškemu rodu in je predmet najintenzivnejših študij, ker je nekaj, kar nepreklicno in neusmiljeno ločuje živa bitja od njihove vitalnosti, življenjske sile, veselja do življenja in na koncu – od življenja samega (Grmek 1958, 59–60).

## **2.2 Definicije starosti in staranja**

Po razlagi v Slovarju slovenskega knjižnega jezika je pojem »definicija« razložen kot: »natančen opis pojma z navedbo vseh njegovih bistvenih znakov«. Ali je torej mogoče tako

zelo kompleksen proces, ki navdihuje velike človeške ume že tisočletja, strniti v enotno, splošno sprejeto definicijo, ki bi določala vse posebnosti tega naravnega procesa?

Pregled zapisov o pogledu na starost in staranje v različnih zgodovinskih obdobjih dovoljuje zaključiti, da se staranje kot naravni proces skozi ves človekov razvoj ni bistveno spremenil (razen tega, da se je bistveno podaljšal), zato so tudi klasične diskusije o starosti iz antike še vedno predmet diskurza znanstvenikov več tisoč let po tem (Grmek 1958, 61; Schäfer 2002 in Walker 2018). Kot meni tudi Otin s sodelavci, je staranje, ki ga v širšem pomenu besede razumemo kot časovno odvisni upad sposobnosti, ki prizadene večino živih organizmov, budil radovednost in buril domišljijo skozi vso človeško zgodovino (Lopez –Otin idr. 2013, 1194). Polšak in Lampe pa pišeta, da se ocenjuje, da se je staranje začelo pred približno 3,5 milijarde let (s pričetkom življenja). Povprečna življenjska doba ljudi se je skozi različna zgodovinska obdobja spreminjala. Neandertalci so živeli približno 20 let, v bronasti dobi 19 let, v stari Grčiji 28 let, v srednjeveški Angliji 33 let, v razvitem zahodnem svetu je danes povprečna življenjska doba približno 68 let (Polšak in Lampe 2011, 1).

Proces staranja lahko razumemo tudi, kot razlaga Krapf, kot postopen prehod iz stanja visoko prilagodljive rasti – mladosti – v stanje naraščajoče neprilagodljive obnove, kar je starost (Krapf 1953, 23). Grmek pa meni, da gre pri procesu staranja za spremembe na živih organizmih v povezavi z minevanjem časa in dodaja, da je staranje napredujoča in nepopravljiva sprememba v strukturah in delovanju živega sistema (Grmek 1958, 59). Staranje in pozornost, ki jo kot posamezniki in družba namenjamo temu procesu, ni nekaj novega, saj kot piše Tibbits, drži, da je bil primarni raziskovalni interes, osredotočen na spremembe, ki jih je na individualnem organizmu povzročil čas, da pa so se s širjenjem raziskovalnega polja o staranju in starosti izoblikovali štirje osnovni principi, ti so: biološke spremembe, psihološke zmogljivosti in izvedba, spremembe v situaciji in mestu posameznika v družbi ter način, na katerega starajoči se posameznik ureja svoja čustva, samopodobo, vedenje, odzive na notranje spremembe in pritiske ter na pravila družbe (Tibbits 1963, 342). Grmek tudi piše, da ima beseda staranje v večini jezikov dva različna pomena. Tako naj bi se pojem staranja v svojem širšem pomenu nanašal na napredujoče in neizbežne spremembe organizma, ki se začnejo z oploditvijo. Za prvo fazo staranja je tako značilna intenzivna rast. Ko je dosežena zgornja meja vitalnosti, in ta traja določen čas, se prične druga faza staranja, ki se manifestira v kvantitativnem in kvalitativnem poslabšanju delovanja organizma. Grmek tudi poudarja, da se v splošnem jeziku pojem staranja nanaša zgolj na drugo fazo procesa (Grmek 1958, 60).

V povezavi z definicijo staranja Vina s soavtorji zagovarja tezo procesa staranja kot univerzalnega, notranjega, napredujočega in škodljivega procesa, katerega razumevanje sproža veliko zanimanje znanstvenikov, zdravnikov in javnosti (Vina idr. 2007, 249). V smislu procesnega pristopa k definiciji staranja tudi Strehler trdi, da je staranje univerzalno in se bo pojavilo pri vseh predstavnikih neke vrste. Strehler meni tudi, da je za staranje kot univerzalni proces značilna neločljivost, saj so nekatere spremembe v povezavi s starostjo sicer lahko univerzalne, vendar še vedno odvisne tudi od vpliva okoljskih dejavnikov. Nadalje je po mnenju Strehlerja za proces staranja značilno še njegovo napredovanje in vpliv na funkcionalno zmogljivost, ki se na koncu reflektira v povečani smrtnosti (Strehler 1977, 12–15).

V iskanju definicije staranja kmalu opazimo, da je mogoče najti veliko različnih pristopov k definiranju tega naravnega fenomena. Helmann tako meni, da je sprejemanje starosti v različnih kulturah tesno povezano z definicijo časa v določeni kulturi (Helmann 2005, 54). V povezavi z definicijo časa Hawkins namreč dokazuje, da se je percepcija časa skozi zgodovino spreminjala in je tesno povezana z odkritji sodobne znanosti, saj so ljudje vse do začetka 20. stoletja verjeli v absolutni čas, kar se je spremenilo z dognanji relativnostne teorije (Hawkins, 1998). Da je Einsteinova teorija relativnosti (Einstein in Rosen 1935, 73–77) imela velik vpliv na znanstvena področja onkraj same fizike, razlaga tudi Hodgson, ki meni, da teorija relativnosti daje vtis, da ne obstaja absolutna resnica in da so vsa opazovanja relativno odvisna od opazovalca (Hodgson 2003, 393). V povezavi z definicijo časa Hall razmišlja, da čas ni samo eden, torej da čas, v nasprotju s teorijo Isaaka Newtona, ni samo nespremenljiva konstanta, temveč množica konceptov, dogodkov in ritmov, ki prekrivajo zelo širok spekter različnih fenomenov (Hall 1984, 14). Sama definicija časa v razvitem svetu tako opredeljuje tudi definicijo starosti in staranja, saj model linearnega časa, kot piše Helman, ki je značilen za razvito industrijsko družbo, določa časovne okvirje razvoja otrok in odraslih in tako tudi, kdaj bodo ljudje obravnavani kot stari (Helmann 2005, 55).

Kot lahko beremo na spletni strani Svetovne zdravstvene organizacije, le-ta ne razpolaga z numeričnim standardom, vendar se Svetovna zdravstvena organizacija strinja z mejo plus šestdeset let (World Health Organisation 2013). V povezavi z enotno definicijo starosti Kowal in Dowd opozarjata, da večina razvitih držav sprejema kronološko starost 65 let kot mejo za določanje starosti oz. mejo, ki označuje starejšo osebo in je mnogokrat identična z zakonsko predpisano upokojitveno starostjo. Avtorja med drugim ugotavljata, da bi bilo v primeru afriških držav kot starostno mejo za definiranje starosti oz. starejše osebe potrebno upoštevati starostni razpon od 55 do 65 let, odvisno od ureditve, regije in države, obenem pa

izpostavlja še problem ruralnega prebivalstva mnogih afriških držav, kjer ni mogoče določiti kronološke starosti zaradi pomanjkljivega sistema evidence rojstev in kjer ne poznajo koncepta upokojevanja in pokojnin (Kowal in Dowd 2001, 1). Gorman v zvezi s tem namreč izraža prepričanje, da ima v veliki večini predelov nerazvitega sveta kronološka starost komaj zaznaven ali celo neznamen pomen v povezavi z definiranjem stare osebe. V razvijajočih se družbah naj bi bil pomen starosti po besedah Gormana bolj značilen in se kaže skozi vloge v družbi, ki jih pripišejo starejšim posameznikom; starost se tako v teh družbah prične, ko aktivni doprinos posameznika družbi ni več mogoč (Gorman 1999).

Tako Edwards na primer piše, da je razumevanje pojma staranja in pozitivni odnos do starosti novozelandskih Maorov mogoče okarakterizirati na dva značilna načina, in sicer na procesno in izhodno dimenzijo. Procesna dimenzija je tesno povezana s perspektivo življenjskega toka in interpretira staranje kot vseživljenjski proces, v katerem se splet življenjskih okoliščin manifestira v starosti. Izhodno torej končno dimenzijo staranja pa definirajo varstvo, povezanost, predanost, prilagodljivost in samozavedanje ter realiziran potencial (Edwards 2010).

V potrditev teze, da je percepcija staranja in starosti močno odvisna od kulturnega okolja, Kornadt s sodelavci ugotavlja, da obstajajo evidentne razlike v pristopih k pripravi na starost med raziskovalno populacijo v Nemčiji, ZDA in na Kitajskem (Hong Kong), pri čemer avtorji izpostavljajo, da se te razlike nanašajo na relevantne dejavnike zdravstvenega varstva, dela in financ in so odvisni od obstoječih socialnih odnosov in kot pravijo tudi prenehanja življenjskih skrbi (Kornadt idr. 2018). Po pregledu predstavljenih raziskav številnih avtorjev je mogoče zaključiti, da ni mogoče predstaviti samo ene definicije staranja, menimo da predvsem zato, ker na ta naravni fenomen vpliva množica različnih dejavnikov, zelo specifičnih in značilnih za posamezna geografska in kulturna področja. Tako tudi Vina s soavtorji, izraža prepričanje, da je enotna teorija staranja, ki bi vključevala vse fenomene tega procesa, nerealna (Vina idr. 2007).

Kaj je torej starost? Weintraub v povezavi s tem piše, da danes ljudje v svojih šestdesetih vstopajo v bogato, povračilno obdobje svojih življenj. Mnogi med njimi začnejo nove kariere, ali se ponovno pričnejo šolati, nekateri uživajo v aktivni upokojitvi, dejstvo pa je, da jih take spremembe odmikajo od klasičnega pomena besede star (Weintraub 2000). Mnogi predstavljeni avtorji ugotavljajo, da starosti, kot je poznamo v razvitem svetu, mnoga avtohtona ljudstva ne poznajo (Gormann 1999; Kowald in Dowd 2001; Edwards 2010 in Kornadt idr. 2018), a kljub vsemu je jasno, da se staramo ne glede na to, kakšne afinitete do tega procesa razvijamo kot pripadniki različnih kulturnih okolij.

V pregledu nekaterih bioloških definicij staranja Cole idr. pišejo, da je staranje v biološkem smislu lahko kontroverzno in ga na splošno opišemo kot postopno akumuliranje škodljivih sprememb in napredujočo izgubo funkcije (Cole idr. 2018). Lopez - Otin s sodelavci meni, da je mogoče opisati devet celičnih in molekularnih znakov, za katere se predvideva, da določajo fenotip staranja. Ti znaki so spremenjena intercelularna komunikacija, genska nestabilnost, izguba telomerov<sup>1</sup>, epigenetska izmenjava<sup>2</sup>, izguba proteostaze<sup>3</sup>, spremenjena zaznava hranil, mitohondrijska disfunkcija<sup>4</sup>, celična starost in utrujenost celične stene (Lopez – Otin idr. 2013, 1194). Tudi Fernandes del Rio s sodelavci vidi staranje kot večfaktorski in tkivno specifični proces, ki vključuje različne spremembe, ki jih prepoznavamo kot znake staranja (Fernandes del Rio idr. 2016, 163). Staranje na celičnem nivoju je kot je mogoče trditi iz izsledkov raziskav zelo zapleten in mnogokrat težko razumljiv proces, ki pa se manifestira na telesnem, psihološkem in socialnem področju posameznikovega življenja.

Psihološke spremembe človeka kot posameznika ali skupine v odnosu na čas proučuje psihologija staranja, ki, kot pišeta Dixon in Cohen, združuje različne teoretične poglede, metodološke pristope in tehnike ter aplikacijske cilje (Dixon in Cohen 2001, 125). Kot ugotavlja Birren, je v letih med 1946 in 1950 mogoče slediti pravi ekspanziji raziskav o staranju, ki so rezultirale v razvoju nove znanosti, ki proučuje razvojne procese in starost (Birren 1961, 127).

Eno prvih del s področja psihologije staranja je delo Stanlyja Halla iz leta 1922 – Starost: druga polovica življenja, v katerem želi avtor (Hall 1922, 591) prikazati dejstva o starosti in smrti iz največ mogočih zornih kotov. Schroots ugotavlja, da se psihologija starih osredotoča na starejše in na pozno življenjsko obdobje. Psihologija staranja kot pravi Schroots v središče raziskovanja postavlja študijo sprememb vedenjskih vzorcev v povezavi s starostjo (Schroot 1996, 742). Sicer pa spletni poslovni slovar razlaga psihološko starost kot tisto starost, ki jo bo oseba izkusila in je lahko, ni pa nujno, relevantna aktualni starosti.

Pedersen meni, da lahko psihološko staranje razumemo kot kontinuirano iskanje identitete za občutek skladnosti in namena v mislih, občutkih in dejanjih (Pedersen 2009, 49).

---

<sup>1</sup> Telomer; končni del DNA v eukarionskih celicah in regulira staranje in smrt celice (Encyclopedia Britannica).

<sup>2</sup> Epigenetska izmenjava; dedna sprememba, ki ne vpliva na zaporedje DNA, temveč rezultira v spremembi izraza gena (NCI – Dictionary of Genetics Terms).

<sup>3</sup> Proteostaza; izguba proteinske homeostaze (Lobadia in Morimoto 2015, 435).

<sup>4</sup> Mitohondrijska disfunkcija; motnja delovanja mitohondrija – ključnega celičnega organela, odgovornega za proizvodnjo celične energije (Nicolson 2014, 35).

S Pedersenovo definicijo se strinja tudi Symons, ki trdi, da psihološka starost pove, kako starega se oseba počuti, deluje in se obnaša in ni nujno enaka kronološki starosti ( Symons 2011, 118).

Ob pregledu le nekaj od mnogih definicij staranja ostaja vprašanje ali bo znanost, glede na razpršenost raziskovalnega področja, v prihodnosti lahko pustila enotno definicijo staranja odprto. Iz pregleda literature pa sklenemo, da je staranje proces, ki se začne z oploditvijo, ki ji sledita intenzivna rast in razvoj tako na telesni kot na duševni in socialni ravni. Nujno je, da gre posameznik na vseh razvojnih področjih skozi predvidene razvojne faze, ki so značilne za normalen življenjski tok, in se ne pojavijo hkrati, da bi se tako dosegel maksimum vseh bioloških, duševnih in socialnih sposobnosti, čemur sledi njihov neizogibni upad, ki je prav tako povezan s premagovanjem mnogih predvidenih in nepredvidenih kriznih dogodkov (odhajanje otrok, upokožitev, izguba partnerja, odhod v dom, odvisnost od pomoči drugih) ter se konča z enkratnim in dokončnim dogodkom – smrtjo.

### **2.3 Teorije staranja**

Slovar slovenskega knjižnega jezika razlaga, da je teorija skupek logično povezanih trditev, domen, ki kaj znanstvenega določa, medtem ko enciklopedija Britanica določa, da je znanstvena teorija sistematična, idealna struktura določenega širokega področja uporabe, zasnovanega na podlagi človeške domišljije, ki zajema sklop empiričnih pravil, upoštevajoč pravila obstoja opazovanih in postavljenih objektov in dogodkov. Bengston in Settersten ml. tako trdita, da so teorije razlage, ki vodijo k obstoječemu znanju in iz njega tudi nastajajo. Njihova osnova so vprašanja, ki jih zastavljamo, in raziskave, ki jih oblikujemo, da bi mogli na zastavljena vprašanja odgovoriti (Bengston in Settersten ml. 2016, 2). Walker v povezavi z definicijo teorije piše, da teorije previdno izpostavljajo natančne definicije specifičnih pojmov z namenom, da bi razložile logične povezave med njimi (Wacker 1998, 361). Kuhn postavlja širšo definicijo teorije in med drugim opredeli kriterije, ki jih mora znanstvena teorija izpolnjevati, in sicer predvideva, da mora znanstvena teorija biti natančna znotraj svoje domene, in je dosledna ne samo navznoter, ampak tudi v povezavi z drugimi, že sprejetimi teorijami. Kot tretje, Kuhn predvideva, da mora teorija obsegati široko področje obravnave, biti mora preprosta in določati red med različnimi fenomeni in razen naštetega mora teorija producirati nova spoznanja raziskav, predstaviti nove fenomene oziroma predstaviti nova razmerja med že znanimi fenomeni (Kuhn 1977, 75). Če povzamemo, teorije po Kuhnu definirajo natančnost, konsistentnost, širino, preprostost in tvornost (76). Tudi Wacker piše o kriterijih strukture znanstvene teorije in meni, da mora znanstvena

teorija obsegati konceptualne teorije, omejitve domen, razlago povezav oziroma razmerij in predvidevanj. Po mnenju Wackerja je prav tako pomembno, da ima znanstvena teorija uporabno vrednost za reševanje praktičnih problemov (Wacker 1998, 361). Sicer pa v smislu filozofskega pogleda na staranje Baars trdi, da staranje kot tako ni pritegnilo pretirane pozornosti v filozofiji, kar naj bi še posebej veljalo, če primerjamo staranje in smrt. Razloge gre po mnenju Baarsa iskati v dejstvu, da je smrt prisotna v vseh življenjskih obdobjih, do pred nekaj desetletji pa so starost dočakali le redki (Baars 2010). Trditvi Baarsa je mogoče oporekati s pregledom literarnih del, kjer ugotavljamo, da je staranje stalnica v filozofskih diskusijah vse od antike, medtem ko se v antropoloških študijah strokovnjaki trudijo odgovoriti na vprašanja o staranju in življenjski dobi ljudstev iz začetka razvoja Homo Sapiensa (Harari 2018; Gurven in Kaplan 2007 in Lopez - Otin idr. 2013). Tudi Grmek je še v povojih moderne raziskovalne dobe o vzrokih staranja videl velike možnosti za raziskovanje področja v aplikacijah določenih idej moderne fizike na področje gerontologije, saj bi takšni pristopi po njegovem odprli mnoge nepričakovane poglede in pri tem omenja Braun - le Chatelierjeve principe<sup>5</sup> in termodinamični zakon entropije<sup>6</sup>, ter Minkowski - Einsteinov koncept časa kot enakovredne koordinate v pluridimenzionalnem vesolju. Predstavljeni aspekti so po mnenju Grmeka v 50-ih letih 19. stoletja predstavljali navdušujoče teoretične možnosti, da spremenijo nepovraten proces in dosežejo cilj alkimistov ter naposled odkrijejo eliksir življenja (Grmek 1958, 63).

Eliksirja življenja od leta 1958 do danes še ne moremo dokazati, kot pa ugotavlja Vina in sodelavci so nekatere stare teorije staranja, kot je npr. teorija o prostih radikalih, naletele na veliko znanstveno podporo (Vina idr.2007, 253) in tako ostale aktualne vse do danes. V sled definicijam in strukturnim pravilom oziroma navodilom za utemeljitev znanstvene teorije lahko trdimo, da tudi na raziskovalnem področju starosti in procesov staranja naraščajoče število teorij prispeva k razvoju specifičnega znanja obravnavanega področja.

---

<sup>5</sup> Le- Chatelierjev princip, se nanaša na spreminjanje ravnotežja v homogenih sistemih in pravi, da če podvržemo homogen sistem nasilju v smislu sprememb zunanjih dejavnikov (tlak, koncentracija reaktivnih elementov in povišanje temperature) se ravnotežje sistema pomika tako, da se izogiba temu nasilju. Le – Chatelierjev principi velja tako za fizične, kot za kemične sisteme (Wiberg 1967, 126-127).

<sup>6</sup> Termodinamični zakon entropije ali drugi termodinamični zakon pravi, da lahko toplotni stroj dela le, če črpa toploto iz toplejšega toplotnega rezervoarja in oddaja nekaj manj toplote hladnejšemu rezervoarju. Ni izvedljiv toplotni stroj, ki bi jemal toploto iz nekega toplotnega rezervoarja in vso prejeto toploto pretvarjal v delo. Če drugi zakon termodinamike ne bi veljal, bi lahko npr. neomejeno črpali toploto iz oceanskih voda in jo v celoti pretvarjali v delo. Tako bi imeli skoraj neusahljiv vir mehanske energije (Kladnik 1969, 244-245).

Medvedev je že leta 1990 klasificiral več kot 300 različnih teorij staranja in opomnil, da nastajajo vedno nove (Medvedev 1990, 375). V zvezi s številnimi teorijami staranja Vina idr. predvidevajo, da je veliko število teorij staranja verjetno posledica dejstva, da znanost hitro napreduje v smislu razumevanja procesov staranja in pri tem uporablja vedno nove raziskovalne metode in ideje (Vina idr. 2007, 250). Chmielewski sicer izraža dvom v tako veliko število teorij staranja in meni, da obstaja le nekaj sodobnih teorij staranja, ki so podprte z ustreznimi dokazi in so usmerjene k razlagi večine pojmov v sodobni gerontologiji (Chmielewski 2017, 259). Ugotoviti, zakaj in kako se staramo ter kako umestiti procese staranja same in posledice njihovega delovanja v vzorce družbenih vedenj in delovanja, zaposluje znanost vse od antike. To potrjujeta tudi McKee in Barber, saj trdita, da se je večina Platonovih subtilnih opazovanj vedenja starejših in večina njegovih idej o staranju že potrdila v raziskovanju napredka sodobne gerontologije (McKee in Barber 2004, 93). Kljub temu, da mnoge odkrivanje procesov staranja navdušujeta, pa še ne moremo točno določiti kdaj smo se pričeli starati, ker kot piše Harari, na vprašanje kdaj je prišel na svet prvi Homo Sapiens, nimamo natančnega odgovora, ampak le posamezne teorije, so si pa znanstveniki enotni, da je v JV Afriki pred 150 000 leti živel prvi anatomsko moderni človek (Harari 2018, 27–28).

Kot piše Pečjak, je bil prvi, ki je skušal povezati staranje z evolucijo Russel Wallace (Pečjak 1998, 25). Wiessman je nato v dopoljnjeni Wallasovi evolucijski teoriji staranja ob koncu 18. stoletja predstavil opazovanja različnih organizmov, ki živijo različno dolgo oziroma se starajo različno hitro in skušal odgovoriti na vprašanja, od česa bi bili procesi staranja lahko odvisni. V ta namen je primerjal predvideno življenjsko dobo različnih živalskih in rastlinskih vrst z njihovo velikostjo, hitrostjo odraščanja oziroma dobo rasti, vpliva okoljskih dejavnikov kot so mrak, vročina, lakota (Wiesmann 1881, 2–17). Tudi Ruben je opisoval lastnosti dolgoživečih organizmov in poskušal najti ustrezna pravila dolgega življenja, pri tem pa se opiral na izhodišča Weismanna (Ruben 1908, 121–148). Da je staranje pomembno raziskovalno področje, pričajo podatki o številu teorij staranja in poskusih njihovega klasificiranja.

### 2.3.1 Klasifikacije teorij staranja

Ob konstantno naraščajočem številu teorij staranja so nekateri avtorji videli potrebo po zagotavljanju transparentnosti in preglednosti teorij staranja. V letih od 1980 do leta 2016 lahko tako zasledimo vsaj štiri celostne klasifikacije teorij staranja (Sacher 1980; Medvedev 1990; Trindade idr. 2013 in de Costa idr. 2016). Sacher v povezavi z različnimi pristopi h klasifikacijam teorij staranja predlaga, da se teorije staranja klasificirajo ločeno od



gerontoloških teorij (Sacher 1980). Medvedev v poskusu racionalne klasifikacije teorij staranja piše, da je sprejemljivih več pristopov h klasifikaciji teorij staranja, tako kot na primer klasifikacija teorij staranja v stohastične, programirane in evolucijske, kot jih predlagajo Sacher, Kirkwood in Holiday (Medvedev 1990, 376–377). Poleg splošnih klasifikacij teorij staranja so nastale še ožje klasifikacije teorij staranja glede na posamezna raziskovalna področja, tako npr. klasifikacijo evolucijskih teorij staranja (Sacher 1980; Bell 1984 in Bengtson in Settersten 2016), bioloških teorij staranja (Partridge 2001; Kirkwood 2005; Kirkwood 2011; Goldsmith 2014 in Chiemkewski 2017), psiholoških teorij staranja (Schroots 1996) in socioloških teorij staranja (Harris in Cole 1990; Bengtson in Settersten 2016). V povezavi s klasifikacijo socioloških teorij staranja je Trummer leta 1989 odprl zanimivo področje znanstvene razprave, saj namreč opozarja, da do tedaj nobena od socioloških teorij staranja bodisi klasična ali sodobna ni v celoti odgovorila na izzive obravnavanega področja (Trummer 1989, 589).

Sacher posebno pozornost namenja fenomenološkim teorijam staranja, ki imajo po njegovem mnenju pomembno, a na žalost še zelo slabo razumljeno vlogo v znanstveni razlagi staranja (Sacher 1980, 6–7). Po objavi Sacherjevega teoretičnega modela je zelo odmevno klasifikacijo teorij staranja leta 1990 objavil Zohres A. Medvedev.

Kot v uvodu piše Medvedev, je več kot 300 teorij staranja ob konstantnem naraščanju tega števila naravni rezultat hitrega napredka v poznavanju bioloških fenomenov in aplikacij številnih novih pristopov, metod in tehnik v raziskovanju staranja (Medvedev 1990, 375).

Vina in soavtorji v zvezi s poskusom racionalne klasifikacije teorij staranja med drugim tudi pišejo, da so bile nekatere od več kot 300 teorij, ki jih je poskušal klasificirati Medvedev, kasneje opuščene, ker jih ni bilo mogoče dokazati z ustreznimi eksperimentalnimi testi bodisi na ljudeh ali na laboratorijskih živalih, kot npr. Orgelove teorije katastrofalne napake v sintezi proteinov (Vina idr. 2007, 253). Pri nadaljnjih poskusih klasificiranja teorij staranja da Costa s sodelavci meni, da je zaradi ogromnega števila teorij staranja in procesov, ki se nanašajo na staranje, skoraj nemogoče ustvariti popoln pregled, ki bi zajemal vse teorije staranja (da Costa idr. 2016, 91).

- **Klasifikacija bioloških teorij staranja**

V povezavi s klasifikacijo bioloških teorij staranja Goldsmith meni, da je namen znanstvenih teorij biološkega staranja odgovoriti na dve vprašanji, in sicer kako se staramo in zakaj se staramo (Goldsmith 2014, 5). Iz zapisanega je mogoče zaključiti, da je proučevanje staranja z biološkega vidika zelo široko in še vedno perspektivno raziskovalno področje, ki se združuje pod skupnim imenom biologija staranja.

O biologiji staranja je med prvimi pisal tudi slovenski zdravnik Bojan Acceto, ki pravi, da so različni znanstveniki že pred stoletji proučevali makroskopske spremembe na tkivih, organih in telesu kot celoti. Vsa ta opazovanja so, tako piše Acceto, zadevala morfologijo v prvi polovici dvajsetega stoletja in v drugi polovici dvajsetega stoletja proučevanja procesov staranja z vidika molekularne biologije, genetike in imunologije (Acceto 1987, 37–38). O povezavi z biološkimi teorijami staranja piše tudi Pečjak, ki med biološkimi teorijami staranja v ospredje postavlja teorijo akumulacije napak, teorijo prostih radikalov, teorijo programiranega staranja in teorijo genetske ure, ki so jo proučevali pri ljudeh z redko dedno boleznijo progerio. Pri bolnikih, obolelih za to boleznijo, se znaki staranja pojavljajo že v zgodnjem otroštvu (Pečjak 1998, 31–35). Med klasifikacijami bioloških teorij staranja Goldsmith meni, da lahko biološke teorije staranja pregledno umestimo v tri velike skupine, in sicer v teorije nošnje in trganja (Pečjak 1998, 32) oziroma "wear and tear theories" ter v moderne teorije staranja in evolucijske mehanske teorije staranja (Goldsmith 2014, 6). Kot piše Goldsmith, teorije "nošnje in trganja" temeljijo na hipotezi, da je staranje posledica poslabšanja zaradi nošnje, trganja, oksidacije ali molekularnih poškodb oziroma drugih neizogibnih procesov, ki povzročajo postopno degradacijo (6). Kot piše Pečjak: "teorija nošnje in trganja" primerja telo z obleko, ki se z nošenjem trga, ali strojem, katerega deli se obrabljajo in izrabljajo. Zato je staranje neizogibno in sorazmerno z dolžino življenja.« (Pečjak 1998, 32). Teorijo "nošnje in trganja" je leta 1882 prvi predstavil nemški biolog dr. August Weisman (Jin 2010, 72). Goldsmith tako med teorije nošnje in trganja uvršča še stohastične teorije staranja in predvideva, da bi staranje lahko bilo posledica osnovnih omejitev, ki jih predstavljajo fizični in kemijski zakoni in ki jih ne more zaobiti noben organizem (Goldsmith 2014, 6). Chmielewski predlaga sodobnejšo klasifikacijo bioloških teorij staranja in meni, da so nekatere teorije, ki jih je mogoče najti v klasifikaciji teorij staranja A. Z. Medvedeva že močno zastarele (zgodnje verzije teorije nošnje in trganja, Mechnikova teorija, teorija zastrupitve, teorija entropije in druge), a se še vedno pojavljajo v znanstvenih besedilih številnih avtorjev (Chiemkowski 2017, 261).

Na podlagi številnih teorij, ki skušajo razjasniti procese staranja, kot tudi na podlagi klasifikacij teorij staranja, je mogoče trditi, da so procesi staranja z biološkega vidika dobro razjasnjeni, ali kot trdi Holliday, staranje ni več nerešen biološki problem, saj so po desetletjih negotovosti biološki vzroki staranja razjasnjeni. Strokovnjaki so tako enotnega mnenja, da za staranje obstaja več razlogov, ti pa so sinhronizirani z naravno selekcijo. Hitrost staranja in dolžina življenja vseh živih bitij sta odvisna od poškodb celic in tkiv ter vzdržljivosti organov. Holiday še predvideva, da če tudi je na dolžino življenja mogoče

vplivati, je nerealno pričakovati, da bi bilo mogoče izničiti vse dejavnike, ki povzročajo staranje (Holiday 2009, 7–8). Tudi Hayflick se strinja, da staranje v biologiji ni več nerešen problem ter da se za staranje značilne spremembe lahko pojavijo zgolj na dva načina, in sicer kot namensko voden dedni program ali kot posledica neprogramiranih, stohastičnih, naključnih ali nesrečnih dogodkov (Hayflick 2007, 1). Po pregledu več klasifikacij bioloških teorij staranja sledi zaključek, da si različni avtorji delijo enotno mnenje, in sicer da biološke teorije staranja odgovarjajo na dve ključni vprašanji, in sicer zakaj se staramo in kako se staramo (Pečjak 1998; da Costa idr. 2016; in Chiemkewski 2017).

Predstavljeni avtorji za področje klasifikacije teorij staranja uporabljajo različne pristope, v glavnem pa v svojih klasifikacijah številne biološke teorije staranja uvrščajo med evolucijske teorije staranja, med katere nato uvrščajo programske teorije staranja z različnimi podskupinami (da Costa idr. 2016) ter genetske in stohastične oziroma negenske teorije staranja (Chiemkewski 2017). Čeprav Holiday, Hayflick in Chiemkewski trdijo, da staranje iz biološkega vidika ni več nerešen problem (Holiday 2006; Hayflick 2007 in Chiemkewski 2017) Jin dodaja, da kljub napredku v molekularni biologiji in genetiki skrivnost, ki nadzoruje dolžino človekovega življenja, ostaja nadalje neodkrita (Jin 2010, 72). Čeprav s pomočjo bioloških teorij staranja lahko, kot pišejo navedeni avtorji, odgovorimo na dve ključni vprašanji gerontobiologije, zakaj in kako se staramo, pa to še ne pomeni, da kot starajoča se družba razpolagamo z odgovori na mnoga vprašanja, ki jih prinašajo posledice biološkega staranja na posameznika, kot misleč in čuteč individuum delujoč v vseh aspektih družbe. S temi vprašanji se ukvarjajo strokovnjaki s področja gerontopsihologije, gerontologi in socialni gerontologi, katerih delovanje temelji na psiholoških in socialnih teorijah staranja.

- **Klasifikacija psiholoških teorij staranja**

Zgodovina psiholoških teorij staranja je, kot ugotavlja Birren, relativno obsežna in jo definira kot vsoto razvoja proučevanj sprememb v vedenju odraslih organizmov, ko napredujejo v starosti (Birren 1969, 69). Med pionirji psihologije staranja Schroots tako navaja Graville Stanley Halla, Charlotte Buhler, Carla Gustava Junga in Walterja Milesa in meni, da se je razvoj gerontopsihologije praktično pričel po drugi svetovni vojni (Schroots 1996, 742). Birren kot začetno delo psihologije staranja omenja Queteletovo publikacijo iz leta 1842 – Razprava o človeku in razvoju njegovih sposobnosti (Birren 1969, 69). V omenjeni publikaciji Quetelet ugotavlja pomanjkanje relevantnih podatkov in naraščajočo potrebo po nadaljnjem raziskovanju človekovega razvoja. Quetelet pa med drugim v povezavi s psihologijo staranja tudi ugotavlja, da bi bilo nujno potrebno določiti obdobje, v

katerem se spomin, domišljija in presoja razvijejo oziroma dosežejo maksimum in katere so stopnje razvoja na poti do odraslosti, kar bi omogočilo raziskovanje zakonitosti njihovega upada (Quetelet 1842, 72–85).

Schroots v predstavitvi Queteletovega dela piše, da je Quetelet kot matematik in astronom v svojem delu želel dokazati, da tudi spremembe v vedenju človeka, ki so značilne za določeno življenjsko obdobje, sledijo določenemu naravnemu zakonu (Schroots 2007, 611). Ta teza predstavlja rdečo nit razvojnim teorijam staranja v vseh teoretičnih obdobjih. Tako Weinert izraža prepričanje, da psihologi v okviru svojih raziskovanj proučujejo tri področja, ki se tičejo staranja.

Prvo tako področje je po menju Weinerta natančno opazovanje in opisovanje s starostjo povezanih psiholoških sprememb, znakov in mehanizmov, npr. kako se spreminjata pomnjenje in inteligenca v visoki starosti, nadalje je tema raziskovanj psihologov analiza psihičnih in psiholoških pogojev v visoki starosti in kot tretje psihološko soočanje z izzivi starosti oziroma odnos do deficitov, izgub in omejitev, ki so neobhodno povezani s starostjo (Weinert 1994, 80).

Tri značilne pristope v psihologiji staranja navaja tudi Schroots; prvi taki pristop je psihologija starih, ki postavlja v središče znanstvenega raziskovanja iz področja psihologije staranja starejše v poznem življenjskem obdobju. Drugi taki pristop je, kot piše Schroots, psihologija let in proučuje s starostjo pogojene spremembe vedenja s primerjavo različnih starostnih skupin v medsekcijjskih raziskavah. Tretji pristop po pisanju Schrootsa je psihologija staranja in raziskuje vedenjske vzorce v korelaciji s kronološko starostjo z uporabo longitudinalnih študij (Schroots 1996, 742).

Teme medsekcijjskih študij na področju psihologije staranja se tako lahko nanašajo na proučevanje intelektualne funkcije v starosti in pozni starosti (Lindenberg in Baltes 1997, 410), lahko odgovarjajo na ozko zastavljena raziskovalna vprašanja, kot na primer, ali so starejši res bolj depresivni (Gatz in Hurwitz 1990, 284). Pri medsekcijjskih študijah lahko gre tudi za proučevanje kognitivnih funkcij skozi življenjski tok (Baltes in Lindenberg 1997) ali kot znamenita berlinska študija o starosti, ki skuša ugotoviti, ali je odvisnost dobrega počutja od starosti res le paradoks (Baltes in Mayer 2001).

Tudi novejše medsekcijjske študije se ne odmikajo od definiranih raziskovalnih področij kot jih predstavljata Schroots, Baltes in drugi (Schroots 1996; Schroots 2007 in Dixon 2011). Novejše medsekcijjske študije se tako dotikajo subjektivnega dobrega počutja in zdravja v povezavi s staranjem (Steptoe, Deaton in Stone 2015) ali poskušajo definirati različne aspekte potreb po negi in oskrbi v povezavi s, na primer, depresijo v visoki starosti (Clignet,

idr. 2017). V nadaljevanju pa tudi Frazier, v povezavi z longitudinalnimi študijami staranja meni, da je njihova največja vrednost v tem, da dovoljujejo raziskovanje značilnih dejavnikov v odvisnosti od starosti. Z longitudinalnimi študijami je bilo tako mogoče med drugim tudi dokazati, da je starost lahko obdobje rasti in bogatenja in da sprememba ne pomeni nujno le upada v poznih letih (Frazier idr. 1993, 415).

Sicer je, kot med drugim še pišeta Piccini in Knight, prve longitudinalne zbirke podatkov mogoče zaslediti že iz časa pred našim štetjem in za primer navajata zbirko izraelskih popisov prebivalstva iz leta 1491 pr. n. št. Kot prve longitudinalne študije o staranju prebivalstva pa avtorici navajata državno študijo Lowe, ki je spremljala moške od leta 1919 do leta 1961. Leta 1946 je na primer newyorška državna psihiatrična klinika pričela z longitudinalno študijo staranja dvojčkov, ki jih je spremljala v obdobju 30 let. Avtorici še ugotavljata, da je med leti 1950 in 1960 mogoče zaslediti velik porast študij v zvezi s staranjem v ZDA (Piccinin in Knight 2015,1). Thorpe v zvezi z longitudinalnimi študijami staranja poroča, da je naštel 179 takih študij do leta 2014, ki so bile izvedene v različnih časovnih obdobjih, so trajale različno dolgo, opazovanja so bila izvedena v različnih intervalih in so potekala pravzaprav po vseh koncih sveta (Thorpe 2014). Med longitudinalnimi študijami staranja, ki so bile objavljene med leti 2014 in 2018 in so dostopne na svetovnem spletu, na tem mestu izpostavljamo le nekatere najbolj odmevne glede na število citiranj. Med temi tako longitudinalno študijo o fizični aktivnosti v starosti (Mcphee idr. 2016) ali vpliv subjektivnega staranja na zdravje in dolgoživost (Westerhof idr. 2014), vsekakor je potrebno omeniti tudi velike nacionalne študije o staranju prebivalstva, kot je npr. angleška longitudinalna študija (Taylor idr. 2007) ali že omenjena Berlinska študija o staranju (Baltes in Mayer 2001). Warhen in Lipsky predstavljata popolnoma drugačno klasifikacijo psiholoških teorij staranja oziroma konstruktov in pišeta, da psihološke teorije staranja izhajajo iz dveh glavnih izhodišč, in sicer sprememb, kot rezultat staranja, ter prilagoditvenih psiholoških mehanizmov za premagovanje izgub, povezanih s psihološkim upadom (Wernher in Lipsky 2015, 481).

Podobno kot so se z biološkim staranjem ukvarjali tudi slovenski avtorji, lahko tudi s področja psihologije staranja beremo študije priznanih slovenskih psihologov. Požarnik tako na temo teorij psihologije staranja na primer piše, da se: "psihološke teorije staranja večinoma opirajo na strukturo osebnosti, oziroma na razvojne dejavnike, ki osebnost oblikujejo. Po teh teorijah je odvisno od stopnje zrelosti človekove osebnosti, kako se v starosti počuti, koliko samozaupanja, samostojnosti in življenjskega optimizma ima, kako se prilagaja in rešuje nove življenjske probleme in zahteve, kakšni so njegovi interesi, koliko

sožitja z ljudmi lahko zgradi in podobno.« (Požarnik 1981, 12). Medtem se eden vidnejših slovenskih proučevalcev starosti, staranja in tretjega življenjskega obdobja dr. Vid Pečjak posveča predvsem problemom staranja in starosti iz aplikativnega zornega kota.

Langova in Grossmanova se med drugim strinjata z nekaterimi predstavljenimi avtorji (Požarnik 1981; Schroots 1996 in Wahren in Lipsky 2015), da je psihološkim teorijam staranja skupno, da v središče postavljajo spremembe posameznika v vedenju, osebnosti in odnosih v procesu staranja (Lange in Grossman 2006, 43).

Podobno kot v zaključku pregleda nekaterih bioloških teorij staranja lahko tudi po pregledu psiholoških teorij staranja zaključimo s trditvijo, da se večina avtorjev strinja, da psihološke teorije staranja izhajajo iz dveh raziskovalnih področij ter na ta način proučujejo bodisi spremembe vedenja, ki se pojavljajo, kot rezultat staranja (Gatz in Hurwitz 1990; Schroots 1996; Lindenberg in Baltes 1997; Baltes in Mayer 2001; Clignet idr. 2018; Wahren in Lipsky 2015) ali prilagoditvene psihološke mehanizme za premagovanje izgub, povezanih s psihološkim upadom (Schroots 1996; Lange in Grossman 2006; Wahren in Lipsky 2015). Da bi bilo mogoče zajeti vsaj del širokega konteksta staranja kot procesa, ki se nanaša na posameznika, družino in družbo, je nujno poznati tudi sociološke dejavnike staranja; te proučujejo sociološke teorije staranja.

- **Klasifikacija socioloških teorij staranja**

Enciklopedija Britannica opredeljuje sociologijo kot socialno znanost, ki proučuje socialne in kulturne aspekte človeškega življenja. V tem kontekstu obsega znanstveno področje sociologije raziskovanje dinamike družbenih elementov, kot so institucije, skupnosti, populacije, spol, rase ali starostne skupine. Prav tako pa sociologija proučuje socialni status, socialna gibanja in socialne spremembe ter socialni nered v smislu kriminala, deviacij in revolucij (Faris in Form 2019). V zvezi z razvojem sociologije kot znanosti Gaudsblom in Heilbron navajata pet razvojnih stopenj sociologije kot znanosti, in sicer prvo razvojno obdobje pred letom 1830, ki ga avtorja imenujeta tudi proto sociologija. Od leta 1830 do 1890 sledi obdobje formacije znanstvene discipline, ki se razvije v obdobje akademske discipline med leti 1890 in 1930. V obdobju med 1930 in 1970 govorimo o avtonomni akademski disciplini z avtonomnimi oddelki, diplomami, raziskovalnimi ustanovami in ustaljeno mednarodno hierarhijo. V obdobju po letu 1970, ki, kot pravita Goudsblom in Heilbron, traja vse do danes, ko gre za obdobje krize in razslojevanja ter poskusi nove sinteze in globalizacije (Goudsblom in Heilbron 2015, 989). Kot še pišeta Faris in Form, se je sodobna sociologija razvila iz filozofije 18. in 19. stoletja, pri tem za prva sociologa priznavata Herberta Spencerja in Benjamina Kidda (Faris in Form 2019).

Sociološke teorije staranja zajemajo, kot pišejo Wurm, Wiest in Tesch - Römer, vseživljenjski razvoj v smislu socialnega, družbenega in zgodovinskega konteksta, saj predvidevajo, da so spremembe, povezane s starostjo, v glavnem odvisne od naštetih dejavnikov (Wurm, Wiest in Tesch - Römer 2010, 2). V zvezi s proučevanjem socioloških teorij staranja Bengtson še ugotavlja, da so bila vprašanja vloge in statusa starejših v hitro se spreminjajoči družbi industrijske revolucije prva raziskovalna področja novo nastalega raziskovalnega področja sociologije (Bengtson 2016, 69). Collins pa meni, da so sociološke teorije staranja pričele nastajati v petdesetih letih prejšnjega stoletja (Collins 2014, 1). Pri tem bi naj upoštevali še dejstvo, kot piše Cohen, da se kot večina človeških procesov, tudi proces staranja, odvija v kulturnem kontekstu (Cohen 2014, 84).

Zakaj torej socialna gerontologija kot znanost potrebuje različne teorije za razumevanje mnogih fenomenov, ki se združujejo pod pojmom staranje?

Zgoraj zastavljeno vprašanje je mogoče odgovoriti ob poznavanju teoretičnih izhodišč in zgodovinskega razvoja socialne gerontologije kot sodobne znanosti, demografskih dejstev, statističnih scenarijev s pogleda v zgodovino in prognoz za prihodnost.

#### **2.4 Vloga in pomen staranja v sodobni družbi**

Živimo v času, v katerem družbene procese zaznamujejo obsežne demografske spremembe. Evropski statistični urad Eurostat (Eurostat 2017) poroča, da je bilo leta 2016 starih med 65 in 69 let 13,8 odstotka prebivalcev Evropske unije.

Po navedbah Fincha je ocenjena smrtnost med pravadninsko populacijo znašala med 10 in 30 odstotki, pričakovana življenjska doba pa med 30 in 40 leti (Finch 2010, 1718).

V povezavi s pričakovano življenjsko dobo Basaraba zaključuje, da se je življenjska doba človeške vrste začela podaljševati pred približno 30 000 leti, kar je gledano z vidika evolucije, dokaj pozno (Basaraba 2019), medtem ko Finch v razlagi gibanja pričakovane življenjske dobe piše, da je pričakovana življenjska doba v obdobju »velikega prednika« v povprečju pomenila 15 let pričakovane življenjske dobe v puberteti, je ta starost nato narastla do starosti 30 let v obdobju predindustrijskega človeka in se je od leta 1800 po industrijski revoluciji več kot podvojila (Finch 2012, 10). Kot še razlaga Finch, je človek potreboval tristo tisoč generacij, da je dosegel najdaljšo življenjsko dobo med primati. Najmočnejši vpliv na podaljšanje pričakovane življenjske dobe imajo po mnenju Fincha okolijski dejavniki, med njimi tako na prvem mestu obvladovanje infekcij, industrializacija in izboljšanje higienskih standardov (9). Na World Population Review lahko zasledimo, da svetovna populacija junija 2019 šteje približno 7,7 milijarde ljudi. K temu na SURS-u

dodajajo še, da se prebivalstvo v razvitejših delih sveta v prihodnosti številčno naj ne bi bistveno spreminjalo: z 1,26 milijarde naj bi se povečalo na 1,28 milijarde. Najbolj naj bi se številčno povečalo prebivalstvo Afrike (za 3,7-krat), sledile naj bi Oceanija (za 1,8-krat), Severna Amerika (za 1,4-krat) in Azija ter Latinska Amerika s Karibi (vsaka za 1,1-krat). Prebivalstvo Evrope naj bi se številčno zmanjšalo za 12 % (Dragan idr. 2018). V sodobni družbi našega časa vsak posameznik živi z dejstvom, da se družba stara. Po podatkih urada Združenih narodov za ekonomijo in socialne zadeve je bilo leta 2017 962 milijonov prebivalcev, starih šestdeset ali več let, kar predstavlja 13 odstotkov svetovne populacije. Predvidevanja kažejo da bo populacija, starejših od 60 let, v svetovnem merilu do leta 2050 preseгла 2 milijardi in do leta 2100 že preseгла 3 milijarde celotne svetovne populacije (United Nations Department of Economic and Social Affairs 2017).

Predvidene demografske spremembe v Evropi projicira Evropska komisija v poročilu o staranju. Projekcije staranja prebivalstva za Evropsko unijo od leta 2016 do leta 2070 kažejo, da bo moška populacija manjša oziroma enaka tisti iz leta 2016 v vseh starostnih skupinah med 0 in 64 leti. Po predvidevanjih iste projekcije Eurostata iz leta 2018 bo populacija moških v vseh starostnih skupinah nad 64 let višja kot leta 2016. Za žensko populacijo imenovana projekcija predvideva, da se bo populacija žensk v vseh starostnih skupinah do 69 leta starosti manjšala oziroma bo blizu velikosti populacije iz leta 2016. Prav tako kot v moški populaciji bo predvidoma tudi v ženski populaciji delež ženske populacije v starostnih skupinah nad 69 let višji, kot je bil leta 2016. Ker je tako v moškem kot v ženskem delu skupne populacije Evropske unije najvišji delež skupne populacije pripadal starostni skupini med 45 in 49 let, bo leta 2070 najvišji delež ženske populacije pripadal starostni skupini med 70 in 74 let in najvišji delež moške populacije starostni skupini med 50 in 54 let. Povprečna starost prebivalcev Evropske unije se bo do leta 2070 po predvidevanjih Eurostata tako pri moških kot pri ženski povišala za 4 leta (European Commission 2018, 3).

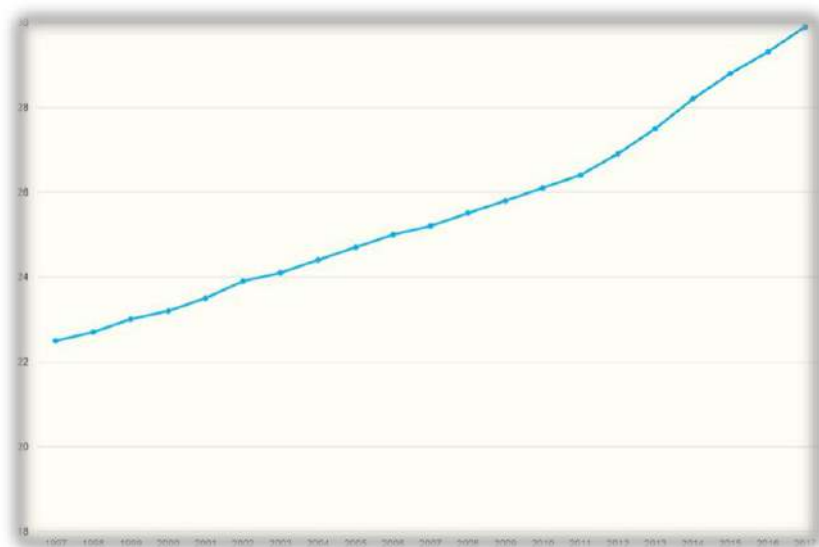
## **2.5 Vpliv sprememb v starostni strukturi prebivalstva na finančno vzdržnost družbenih sistemov**

Demografske spremembe v smislu večanja deleža starejše populacije bodo v Evropi in v svetu tudi v prihodnosti močno vplivale na družbene relacije in na vzdržnost obstoječih socialnih sistemov. Kot ugotavlja urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj (UMAR), bo na trgu dela zmanjšanje števila delovno sposobnih v naslednjih desetih letih postalo omejitveni dejavnik za gospodarsko rast (Vasle idr. 2016, 4). Evropska komisija



ugotavlja, da demografske spremembe v Evropi pomenijo izziv na mnogih področjih, kot so družinska politika, izobraževanje, zdravje in dolgotrajna oskrba. Večino teh področij je vključenih v javne finančne strukture, zato je staranje populacije potrebno proučiti tudi s tega vidika (European Commission 2014, 8). V tem kontekstu je eden izmed pomembnejših pokazateljev obremenjenosti finančnih sistemov zaradi demografskih sprememb stopnja odvisnosti zaradi starosti (the old age dependency ratio). Po definicij Eurostata je stopnja odvisnosti zaradi starosti pokazatelj razmerja med številom oseb, starih 65 in več let in številom delovno aktivne populacije oziroma številom prebivalcev, starih med 15 in 64 let. Vrednost je izražena v 100 osebah delovne populacije, to je populacija v starosti med 15 in 64 let, na število ljudi starejših od 65 let (European Commission 2018, 4). V povezavi s stopnjo odvisnosti zaradi starosti Ediev, Sanderson in Sherbov ugotavljajo, da je človeštvo edina biološka vrsta, ki dolgoročno povečuje svojo življenjsko dobo (Ediev idr. 2019, 1). Po podatkih Eurostata iz leta 2018 je vsak peti prebivalec Evropske unije starejši od 65 let, kar pomeni, da je bilo v Evropski uniji leta 2017 skoraj 100 milijonov prebivalcev, starejših od 65 let. V povezavi s stopnjo odvisnosti zaradi starosti, pri čemer gre za finančno odvisnost, je to kazalnik, ki izraža stopnjo podpore, s katero razpolagajo starejši od 65 let s strani delovno aktivne populacije, kar je tudi razvidno iz spodnjega grafičnega prikaza rasti stopnje odvisnosti v zadnjih dvajsetih letih po podatkih Eurostata (slika 1).

**Slika 1: Koefficient starostne odvisnosti za področje Evropske unije v obdobju od leta 1997 do leta 2017**



Legenda: os X – leta, os y: stopnja starostne odvisnosti v odstotkih

Vir: Eurostat 2019.

Iz grafičnega prikaza na sliki 1 je razvidno, da je stopnja starostne odvisnosti leta 2017 dosegla rekordno raven v Evropski uniji pri 29,9 odstotkih, kar pomeni nekaj več kot tri delovno aktivne prebivalce na enega prebivalca starejšega od 65 let. Kazalnik starostne odvisnosti se v Evropski uniji viša čez daljše časovno obdobje. Iz grafičnega prikaza je tako razvidno še, da je razmerje med delovno aktivnim prebivalstvom in prebivalstvom starejšim od 65 let leta 1997 izkazovalo razmerje – en starejši od 65 let na 5 delovno aktivnih prebivalcev in leta 2007 en starejši od 65 let, štirje delovno aktivni prebivalci (European Commission, Eurostat 2019).

S staranjem prebivalstva oziroma z večanjem števila prebivalcev v visoki življenjski starosti narašča tudi potreba po pomoči in oskrbi. Dolgotrajno oskrbo (DO) mednarodne institucije (OECD, Eurostat, WHO) v enotni definiciji opredeljujejo kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti (fizične ali kognitivne) in so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih in/ali podpornih dnevnih opravil (Nagode idr. 2014, 6). V sled dokumentu Evropske komisije – European Review of ageing so izdatki za dolgotrajno oskrbo odvisni od več dejavnikov, med katerimi med pomembnejše sodijo stopnja starostne odvisnosti, organizacija in sistem financiranja dolgotrajne oskrbe, dostopnost človeških virov, prav tako pa imajo pomembno vlogo pri določanju višine izdatkov za dolgotrajno oskrbo ekonomska rast in napredek medicinske znanosti, kakor tudi napredek v uporabi novih tehnologij (European Commission 2018, 133).

V povezavi z vzdržnostjo financiranja dolgotrajne oskrbe Nagode s sodelavci piše, da je dolgotrajna oskrba pomembna družbena tema, ki je v zadnjih letih deležna intenzivnih razprav na mednarodni ravni in je neposredno povezana z pojavom t.i. dolgožive družbe, kar pomeni, da se v družbi spreminjajo demografska razmerja, narašča delež starejšega prebivalstva, podaljšuje še življenjska doba ljudi ter naraščajo potrebe po dolgotrajni oskrbi. Isti avtorji v nadaljevanju tudi ugotavljajo, da se danes praktično vse države soočajo s pomembnim vprašanjem, kako organizirati učinkovit in finančno vzdržen sistem dolgotrajne oskrbe (Nagode idr. 2014).

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije predvideva, da se bodo izdatki za dolgotrajno oskrbo verjetno povečali z 1,4 odstotka BDP v letu 2010 na 2,8 oziroma 5,6 odstotka BDP v letu 2060 (Republika Slovenija Ministrstvo za zdravje 2016, 1). Grossmann in Schuster pišeta, da se bodo v Republiki Avstriji stroški za dolgotrajno oskrbo predvidoma z 1,27 odstotka BDP leta 2015 do leta 2060 zvišali na 2,96 odstotka BDP (Grossmann in Schuster 2017, 43).

Glede financiranja institucionalnega varstva starejših v Republiki Hrvaški Bađun ugotavlja, da se bo delež izdatkov za dolgotrajno oskrbo z 0,4 odstotka BDP leta 2013, zvišal na 1 % BDP do leta 2060 (Bađun 2017, 21). Pri primerjavi podatkov o financiranju dolgotrajne oskrbe ali institucionalnega varstva je potrebno upoštevati dejstvo, da imajo države različno definirane pojme dolgotrajne oskrbe in institucionalnega varstva starejših. Za Slovenijo in Avstrijo je tako značilno, da je institucionalno varstvo del sistema dolgotrajne oskrbe. Za republiko Hrvaško pa Bađunova glede financiranja institucionalnega varstva starejših piše izvzeto od ostalih oblik pomoči dolgotrajne oskrbe. Avtorica ugotavlja, da je Hrvaška po številu oseb, starejših od 65 let, ki so vključene v institucionalno oskrbo, pod povprečjem Evropske unije, kjer je približno 5 odstotkov, starejših od 65 let, vključenih v institucionalno varstvo (Bađun 2017, 20).

Za študij fenomenov posledic staranja, ki jih obsega znanstvenoraziskovalno področje socialne gerontologije, je poleg poznavanja teoretičnih izhodišč socialne gerontologije in vseh podpornih znanosti nujno potrebno poznavanja demografske situacije in možnih scenarijev demografskih gibanj v prihodnosti.

## **2.6 Pojem in mesto socialne gerontologije v dolgoživi družbi**

Po gerontološkem slovarju o dolgoživi družbi govorimo takrat, če jo v velikem številu in deležu tvorijo starejši ljudje in če lahko tudi njeni mlajši člani pričakujejo, da bodo dolgo živeli (Hvalič Touzery 2010). V dokumentu Vlade Republike Slovenije Strategija dolgožive

družbe je zapisano, da je strategija dolgožive družbe oblikovana na konceptu aktivnega staranja, ki poudarja aktivnost in ustvarjalnost v vseh življenjskih obdobjih, skrb za zdravje in medgeneracijsko sodelovanje ter solidarnost (Vlada Republike Slovenije 2017, 4). Pri uresničevanju strategije dolgožive družbe bo zelo pomemben nenehen dotok novih znanstveno utemeljenih spoznanj, pri čemer socialna gerontologija kot znanost lahko prevzame vse pomembnejšo in obsežnejšo vlogo. V multidisciplinarnem področju gerontologije so po pisanju Pohlmana umeščene različne znanosti, kot so inženirske znanosti, naravoslovne znanosti, družboslovne in socialne znanosti, umetniške in komunikacijske znanosti, pravne in gospodarske znanosti ter zdravstvene znanosti (Pohlmann 2011, 209).

Kot smo v predhodnih poglavjih že ugotavljali, je starost kot naravni in nepovratni proces že od prvih civilizacij, o čemer pričajo zbrani arhivski podatki, vznemirjala znanstvenike tako naravoslovnih kot družboslovnih smeri. Cox in Newston npr. navajata, da je leta 1909 dr. Ignatz Nascher prvi skoval izraz "geriatrija", izhajajoč iz dveh grških izrazov "geronto" oziroma starec in "iatrike", kar pomeni kirurgija, medicina oziroma oskrba. Po Nascherju gerontologija tako pomeni oskrbo starih. Ista avtorja v nadaljevanju še dodajata, da se je kasneje iz besede geronto razvil še en pojem, in sicer gerontologija, kar pomeni znanost o staranju. Geriatrija se tako nanaša na medicinsko obravnavo starejših, z izrazom gerontologija pa označujemo znanost o starejših in procesih staranja (Cox in Newston 1993, 17).

Pohlmann v povezavi z definicijo socialne gerontologije tudi ugotavlja, da se gerontologija ukvarja z vsemi fenomeni, ki določajo vzroke, posledice in spremljajoče dejavnike individualnega in kolektivnega staranja pri čemer se poslužuje različnih metod, teorij in konceptov, v čemer ležita njena moč in privlačnost (Pohlmann 2011, 20).

Iz preproste grške besede "geronto" je leta 1958 Klark Tibbits, nanašajoč se na dejstvo, da imajo določeni aspekti gerontologije, kot pišeta Cox in Newston, pomembne vplive na socialne dejavnike, utemeljil izraz socialna gerontologija (Cox in Newston 1993). Dr. E. W. Burgess je dve leti kasneje izdal knjigo z naslovom *Aging in western societies*, v kateri je med drugim socialno gerontologijo definiriral kot nastajajoče polje raziskovanja in učenja, ki se ne osredotoča neposredno na biološke vidike staranja, temveč namesto tega proučuje s staranjem povezane ekonomske, socialnopsihološke, sociološke in politične vidike staranja. Predmet raziskovanja socialne gerontologije ni človek kot individuum, ampak so ljudje kot agregati populacije, člani družbe in skupin ter kot soustvarjalci in skrbniki kulture. Specifično pa socialna gerontologija proučuje status in vlogo starejših, njihove kulturne

vzorke, socialno organiziranost in kolektivno vedenje v smislu obojestranskega vpliva v kontekstu socialne spremembe (Burgess 1960).

Posodobljeno in nekoliko spremenjeno Burgessovo definicijo v strnjeni obliki podajata Karl in Schmitz - Scherzer in pravita, da je socialna gerontologija zbor in integracijsko področje vprašanj in raziskovalnih programov različnih disciplin humanističnih, kulturnih in duševnih znanosti (Karl in Schmitz - Scherzer 1994, 11). Pohlmann pa razlaga, da socialna gerontologija v bistvu pomeni znanstveno utemeljeno pomoč starejšim in ustvarja teoretična izhodišča za profesionalno rokovanje v socialnem kontekstu in prinaša večplastne načine pri upravljanju s problemi, s katerimi se soočajo starejši in njihovi svojci v smislu njihovega zmanjšanja in preprečevanja. Na ta način zagotavlja primarno akademsko usmeritev za socialno delo s starejšimi (Pohlmann 2011, 21).

Tibbits je v samih začetkih definiranja socialne gerontologije kot znanosti ugotovil, da so glavna področja zanimanja socialne gerontologije spremembe socialnih značilnosti, okoliščin, statusa in vloge posameznika v drugi polovici življenja (Tibbits 1963, 339). V povezavi z ugotovitvami Tibbitsa Cox in Newston pišeta, da se starejše osebe srečujejo s spremembami v starševski vlogi, s spremenjenim vedenjem (pogosto negativnimi stereotipi) v zvezi s starejšimi posamezniki, izgubo poklicne vloge v povezavi z nižjimi dohodki, statusom, privilegiji in ostalim, z obsežno reorganizacijo življenja po upokojitvi, s samouresničevanjem v novi vlogi, ki ni več povezana s kariero in starševstvom, iskanjem nove identitete smisla in vrednosti življenja, potrebo po prilagojenem bivalnem okolju, izgubo partnerja in sprejemanjem lastne minljivosti v povezavi z neizogibno bližino smrti (Cox in Newston 1993, 17).

Pohlmann tudi določa mesto in vlogo socialne gerontologije v smislu sedmih hipotez in tako določa, da se socialna gerontologija osredotoča na potencialne starejših, je integrativna, obravnava starejše kot zaveznike in partnerje. Socialna gerontologija presega okvirje zgolj kriznega dela s starejšimi, zagotavlja lastne transferje med teorijo in prakso in upošteva individualne in kolektivne procese (Pohlmann 2011, 23).

Tibbits je že v samih povojih socialne gerontologije kot znanosti ugotavljal, da so v središču potrebe po znanstvenem raziskovanju na področju socialne gerontologije v zahodni Evropi in Združenih državah Amerike nova spoznanja o karakterističnih značilnostih starejših, spoznavanje dimenzij njihovih potreb in razpoložljivih virov za njihovo zadovoljevanje ter znanstveno raziskovalno delo na področju institucionalnega varstva starejših (Tibbits 1963, 50). V smislu trajnostne socialne gerontologije Suitor s sodelavci ugotavlja, da so se teoretične usmeritve v socialni gerontologiji od njenih začetkov bistveno spremenile.

Tako so po mnenju avtorjev v središču novih socialnogerontoloških teorij namesto individualnega življenja starejših, intra in interindividulane razlike v izkušnjah in načinih, na katere je takšna heterogenost pogojevana v socialnih strukturah s strani kulturnih in notranje – osebnih dejavnikov. S temi dejavniki se pogosto posamezniki soočijo že v otroštvu in ti dejavniki spremljajo posameznika in člane njegove socialne skupnosti skozi življenjski tok. Avtorji predlagajo, da se sodobna socialna gerontologija ukvarja s socialnogerontološkimi teorijami, življenjskim tokom, neenakostjo in staranjem in notranjimi – osebnimi relacijami in staranjem (Suitor idr. 2019). Če povežemo predstavljena teoretična izhodišča, je jasno, da smemo vse raznovrstne aspekte institucionalnega varstva starejših umestiti na znanstvenoraziskovalno področje socialne gerontologije kot znanosti, vključujoč zaposlene na tem področju vseh starostnih in poklicnih skupin.

## **2.7 Institucionalno varstvo starejših skozi zgodovino in razvojne perspektive za prihodnost**

Skrb za starejše je skozi vso človeško zgodovino močno zaznamovala socialne odnose na vseh družbenih nivojih – od najmanjše družbene celice, družine, preko lokalne skupnosti do družbe kot celote, kjer je skrb za starejše še posebej v času, ko se staramo kot družba, v središču zanimanja mnogih njenih deležnikov. Kot v povezavi z zgoraj napisanim, piše Williams, so vedno v zgodovini obstajale premožne družbe, v katerih so razpolagali z obilico različnih virov in v katerih so tudi za svoje ostarele in onemogle člane dobro skrbeli; vendar se je v obdobjih recesij to spremenilo, stari in onemogli so pogosto ostali zapuščeni, v nekaterih kulturah celo žrtvovani (Williams 2017).

Skrb za starejše je, kot piše Andreson, domena družbene skupnosti že od pradavnine. Theofanidis in Krepia v zgodovinskem pregledu o skrbi za starejše ugotavljata, da so se tako v predzgodovinskih dobah kot v antiki v skrb za vsa opravila v zvezi z zdravjem in oskrbo starejših in nemočnih vključevale ženske (Theofanidis in Krepia 2015, 792), o čemer lahko med drugim beremo tudi v Homerjevih delih (793). Ritch pa med drugim piše, da za začetek skrbi za starejše v Angliji štejemo izdajo uredbe iz leta 1601 "Poor Relief Act" oziroma odredbo o pomoči ubogim, ki je med drugim predvidevala zbiranje finančnih sredstev od najemnikov z namenom oskrbe bolnega, ostarelega oziroma onemoglega prebivalstva (Rich 2015). Watson še dodaja, da je bilo v času kolonialne Amerike večina oskrbe starejših opravljena v domačem okolju. Institucionalna oskrba je bila namenjena revnim, družbeno izločenim in duševno bolnim (Watson 2012, 4).

Zgodovina skrbi za starejše ima tudi svoj antropološki obraz. Raziskovanje antropoloških fenomenov skrbi za starejše ni nekaj povsem novega, o čemer piše več avtorjev (Holden in Littlewood 2015; Buch 2015). Vsekakor pa je bil negovalni vidik skrbi za starejše skozi zgodovino obravnavan kot del medicinske znanosti, če se nanašamo na trditev Hajarja, ki časovnico medicine začinja v obdobju 2600 let pr. n .št. z Imhotepovim opisom diagnoz in zdravljenja dvestotih bolezni (Hajar 2015, 43).

Danes poznamo več oblik dolgotrajne oskrbe starejših, ki so opredeljeni v mednarodni definiciji dolgotrajne oskrbe. Dolgotrajna oskrba nikakor ne pomeni samo institucionalne oskrbe starejših, temveč le-to spada v njen širši okvir. Avtorji predloga zakona o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji pišejo, da: "obstaja splošen trend, po katerem se formalna oskrba v instituciji – razen za osebe s hudo invalidnostjo – umika razvoju individualnim potrebam prilagojenih storitev oskrbe na domu in v skupnosti. Sodobna tehnologija v obliki e-zdravja, spremljanja na daljavo (telemonitoringa), telemedicine in sistemov, ki omogočajo neodvisno življenje, olajšuje oskrbo na domu ali v skupnosti. Premik v poudarku omogoča posameznikom večjo svobodo izbire oskrbe, ki jo potrebujejo. Rezultat tega je, da lahko ljudje čim dlje bivajo v domačem okolju na svojem domu ter ob svoji družini in prijateljih, pri čemer jim je po potrebi zagotovljena podpora v obliki formalne oskrbe." (Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje 2017, 2). V istem dokumentu avtorji navajajo še, da Evropska komisija v zvezi z izzivi dolgotrajne oskrbe ugotavlja, da ključne naloge na tem področju zadevajo zagotavljanje splošne dostopnosti do kakovostnih storitev dolgotrajne oskrbe, zagotavljanje vzdržnega financiranja dolgotrajne oskrbe z ustrežno kombinacijo javnih in zasebnih finančnih virov ter možnimi spremembami mehanizmov financiranja, krepitev celostne obravnave oseb, vključenih v dolgotrajno oskrbo, spodbujanje oskrbe na domu ali v skupnosti, s čimer bi osebi, ki ne zmore popolne samooskrbe ali osebi, ki potrebuje pomoč pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil, omogočili, da čim dlje ostane v domačem okolju, izboljšanje pogojev zaposlovanja in delovnih pogojev izvajalcev formalne oskrbe ter podpiranje izvajalcev neformalne oskrbe (3).

Institucionalno varstvo, za katerega Ministrstvo Republike Slovenije za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti navaja, da je oblika obravnave v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, ki upravičencem nadomešča, dopolnjuje ali zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine. Institucionalno varstvo obsega osnovno oskrbo in socialno oskrbo v skladu s predpisi s področja socialnega varstva ter zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstvenega varstva.

Na splošno lahko na podlagi demografskih podatkov in drugih predstavljenih dejstev ugotovimo, da bo institucionalno varstvo kljub vedno novim oblikam dolgotrajne oskrbe (Nagode idr. 2014; Ramovš 2015 in Imperl 2014) zadržalo pomembno družbeno vlogo pri varstvu starejših zaradi večanja deleža starejše populacije v celotni populaciji in specifične zdravstvenega stanja oziroma obolevnosti za določenimi boleznimi. V Sloveniji pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev

(Uradni list RS, št. 54/19 z dne 6. 9. 2019) med drugim določa, da je institucionalno varstvo oblika obravnave v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, ki upravičencem nadomešča, dopolnjuje ali zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine. Obsega osnovno oskrbo in socialno oskrbo v skladu s tem pravilnikom in zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstvenega varstva. Osnovna oskrba zajema bivanje, organiziranje prehrane, tehnično oskrbo in prevoz. Bivanje se organizira v opremljenih in vzdrževanih sobah z ustrežno uravnavano temperaturo. Sobe so eno- ali dvoposteljne za odrasle osebe in starejše od 65 let, ter eno-, dvo- ali triposteljne za otroke in mladostnike. Vključuje zagotavljanje sanitarnih prostorov, prostorov za osebno higieno, skupnih prostorov ter prostorov za izvajanje programov. Bivanje zajema tudi čiščenje bivalnih prostorov in pranje, čiščenje ter vzdrževanje oblačil ter osebne in skupnega perila. Organiziranje prehrane zajema nabavo, pripravo in ustrezno postrežbo (tudi razrezane, sesekljane in pasirane) celodnevne, starosti in zdravstvenemu stanju primerne hrane in napitkov. Tehnična oskrba je organizirana dejavnost za zagotavljanje tehničnih pogojev za optimalno izvajanje institucionalnega varstva ter vključuje naloge vzdrževanja opreme, prostorov, objekta in okolice. Prevozi vključujejo organizacijo in izvedbo prevozov v zvezi z uveljavljanjem zakonskih pravic in obveznosti v nujnih primerih za vse upravičence, za otroke in mladostnike v dnevnem varstvu pa tudi v zvezi s prihodom in odhodom upravičencev k izvajalcu storitve. Socialna oskrba je strokovno vodena dejavnost, namenjena izvajanju vsebin socialne preventive, terapije in vodenja upravičencev. Vključuje izvajanje nalog varstva, posebnih oblik varstva, vzgoje in priprave na življenje in nalog vodenja. Varstvo pomeni nudenje pomoči pri vzdrževanju osebne higiene in izvajanju dnevnih aktivnosti (vstajanju, oblačenju, premikanju, hoji, komunikaciji in pri orientaciji). Posebne oblike varstva so namenjene ohranjanju in razvoju samostojnosti, razvoju socialnih odnosov, delovni okupaciji, korekciji in terapiji motenj, aktivnemu preživljanju prostega časa ter reševanju osebnih in socialnih stisk.

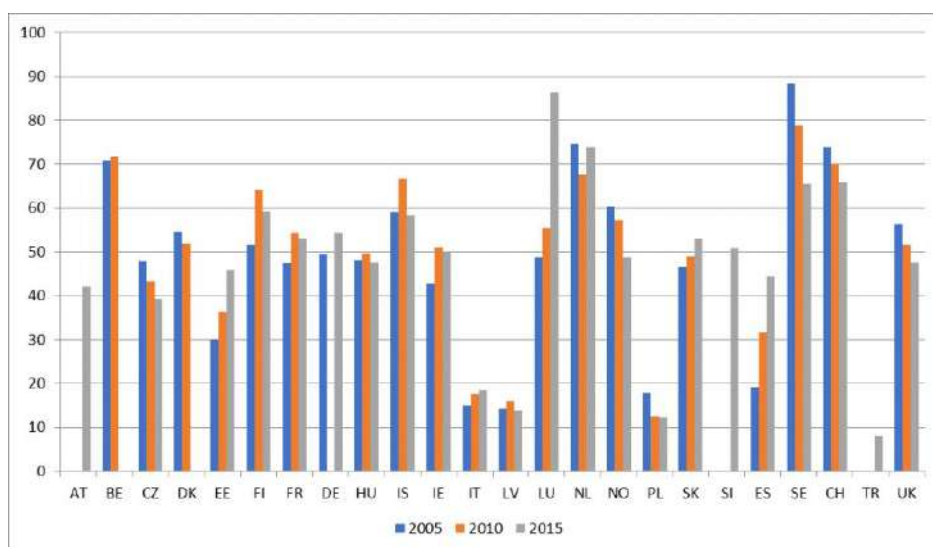
Po podatkih Eurostata iz leta 2012 izdatki za zdravstvene storitve sorazmerno z višanjem kronološke starosti v vseh državah članicah naraščajo, v večini držav članic se omenjeni



izdatki od starostne skupine nad 75 let nekoliko znižajo (Eurostat 2016, 24). V zvezi z izdatki po posameznih bolezenskih skupinah Eurostat še poroča, da so stroški obravnave cirkulatornih bolezni v vseh državah članicah še vedno visoki, vendar je opazna stagnacija rasti stroškov, ker so načini obravnave teh bolezni postali cenejši. V vseh državah članicah naraščajo izdatki za zdravljenje neoplazmatskih obolenj in duševnih bolezni, kar gre pripisati predvsem staranju populacije.

Po projekciji Evropske komisije se bodo javni izdatki za zdravstvene storitve in za storitve dolgotrajne oskrbe tudi v prihodnosti večali. Če so te vrste javnih izdatkov na področju Evropske unije še leta 1990 znašali 5,8 odstotka bruto domačega proizvoda, so do leta 2015 zahtevali že 8,7 odstotka bruto domačega proizvoda in bodo do leta 2060 predvidoma narasli na 12,6 odstotka bruto domačega proizvoda (Mifsud 2018, 7). Obvladovanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo bo tudi v prihodnje eden glavnih izzivov politike. Javni izdatki za dolgotrajno oskrbo bi naj po podatkih Evropske komisije do leta 2060 presegli 4 odstotke bruto domačega proizvoda Evropske unije (Mifsud 2018).

**Slika 2: Kapacitete namestitev dolgotrajne oskrbe za starejše od 65 let v nekaterih članicah Evropske unije**

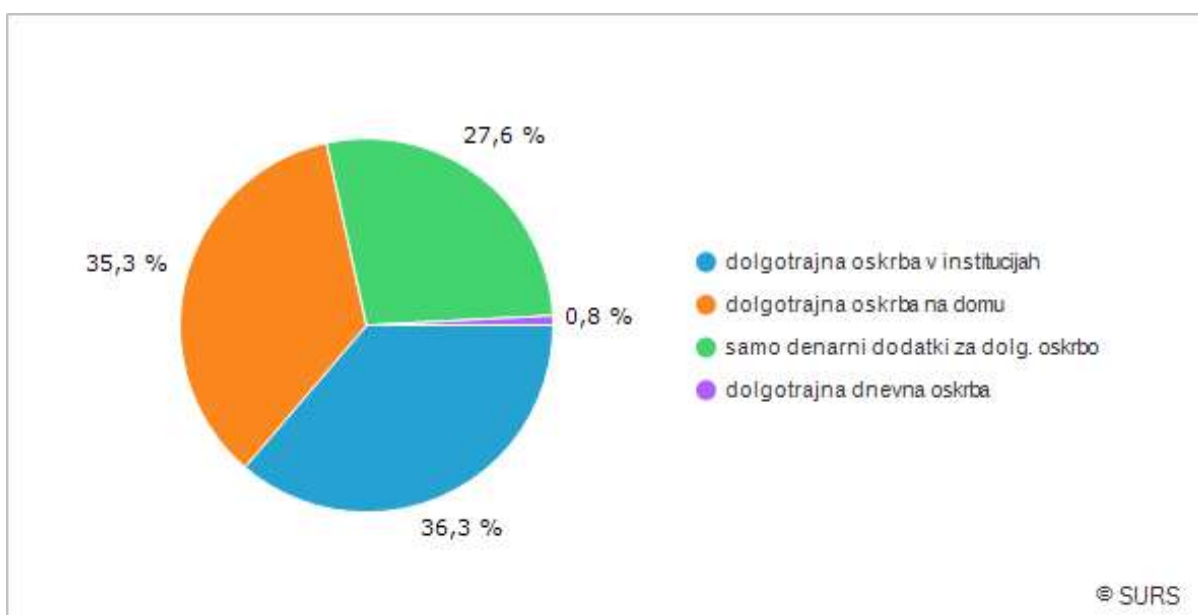


Vir: Evropska komisija 2018, 23.

Na sliki 2 je iz grafičnega prikaza razvidno, da se je dostopnost kapacitet institucionalnega varstva za starejše od 65 let v nekaterih državah članicah v zadnjih 10 letih povečala zaradi dostopnejše oskrbe na domu in ustrežnejšo oziroma izdatnejšo podporo lokalne skupnosti. Podatki Evropske komisije tako kažejo, da se je število enot za institucionalno oskrbo signifikantno znižalo v skandinavskih državah, državah Beneluxa in Združenem kraljestvu,

čepprav so nekatere od teh držav v zadnjih letih morale kapacitete v institucionalni oskrbi znova povečati kot npr. Luksemburg in Nizozemska (Spasova idr. 2018, 23). Ramovš ugotavlja, da se danes po vsem razvitem svetu ob institucionalizirani oskrbi telesno, duševno ali socialno kronično bolnih, starostno onemoglih in invalidnih ljudi naglo razvijajo novi modeli, ki njihovo oskrbo vračajo v sodobnejše in odgovornejše polje solidarnega sožitja v skupnosti (Ramovš 2015, 10). V Sloveniji Nagode s sodelavci poroča o razmerju med izdatki za dolgotrajno oskrbo glede na način oskrbe (institucionalna oskrba/domača oskrba) razmerje kot je prikazano na sliki 3.

**Slika 3: Izdatki za dolgotrajno oskrbo glede na način izvajanja v Sloveniji**



Vir: Nagode idr. 2014, 29.

Kot je razvidno iz slike 3, izdatki za dolgotrajno varstvo v institucijah zajemajo 36,3 odstotka vseh izdatkov za dolgotrajno oskrbo, medtem ko 35,3 odstotka zajemajo denarni izdatki za dolgotrajno oskrbo na domu.

Zgoraj opisano razmerje se je od leta 2011 znatno spremenilo v korist neformalne oskrbe (oskrbe na domu), saj je delež le-te v izdatkih za dolgotrajno oskrbo leta 2011 znašal le 24 odstotkov (Nagode idr. 2014, 29).

Statistik Austria poroča, da je leta 2017 v domovih za starejše živelo 82.485 oseb. V alternativnih oblikah bivanja (varovana stanovanja) je bivalo 3.395 oseb, 7928 jih je bilo vključenih v dnevne centre. Skupni izdatki za vse oblike dolgotrajne oskrbe so znašali približno 3,5 milijarde eurov (Statistik Austria 2019).

Primerljivi podatki za Republiko Hrvaško zaradi drugačne organizacije financiranja dolgotrajne oskrbe v predstavljeni obliki niso na voljo.

V zvezi z dolgotrajno oskrbo Imperl tudi meni, da ima intenzivno naraščanje starejše populacije pomembno povezavo z domovi starejših. Starajoča se družba ima številne učinke, predvsem na razvoj posameznih panog oziroma storitvenih dejavnosti. Domovi za starejše, tako Imperl, so in bodo ostali del te naraščajoče storitvene dejavnosti ter posledično deležni najmanj s sedanjim stanjem primerljivega obsega dejavnosti (Imperl 2014, 3). Zaradi obsežnega staranja populacije Spasova s sodelavci opredeljuje naslednja področja največjih izzivov dolgotrajne oskrbe za področje Evropske unije, in sicer so to izzivi na področju dostopnosti in primernosti dolgotrajne oskrbe, izzivi na področju zagotavljanja ustrezne kakovosti dolgotrajne oskrbe, zaposlovanje in finančna vzdržnost sistema dolgotrajne oskrbe (Spasova idr. 2018).

## **2.8 Poklici v institucionalnem varstvu starejših**

V institucionalnem varstvu starejših se danes srečujejo predstavniki mnogih poklicnih skupin zdravstvenih, socialnih in tehničnih strok, katerih skupni cilj je zagotavljanje kakovostnega preživljanja zadnjega življenjskega obdobja, ki ga posamezniki zaradi različnih razlogov ne morejo preživeti doma. V Evropski uniji ni enotno urejenega sistema dolgotrajne oskrbe, katere del je tudi institucionalno varstvo starejših. Zato so načini izobraževanja in tudi delovne aktivnosti zaposlenih različne. Mednarodna klasifikacija poklicev (MKP), ki je obvezni nacionalni standard, ki se uporablja za razvrščanje del, delovnih mest oziroma poklicev v skupine poklicev, definira pojem dela kot skupek nalog in dolžnosti, ki jih lahko opravlja oseba (in sicer kot zaposlena ali samozaposlena) (MKP 2011, 9), medtem ko isti dokument definira poklic kot skupek del, katerih poglavitne naloge in dolžnosti so si po vsebini in zahtevnosti zelo podobne (9). Glede na razvrstitev poklicev v poklicne skupine po MKP so v institucionalnem varstvu starejših zaposleni posamezniki vseh devetih glavnih skupin poklicev, ki posedujejo pripadajoče ravni znanj od prve do četrte ravni (MKP 2011, 9–14). Aktivnosti zaposlenih so še najbolj primerljive na področju zdravstvene nege in oskrbe. V Republiki Avstriji kompetence zdravstvenih delavcev in potrebno izobrazbo določa Zakon o zdravstveni negi (Gesundheits – und Krankenpflege Gesetz oziroma GuKG). GuKG z novelo iz leta 2016 določa poklicne skupine v zdravstveni negi in načine za pridobivanje ustrezne poklicne kvalifikacije (GuKG 41 čl. do 48 čl). V institucionalnem varstvu starejših so zaposlene diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki ter negovalke in negovalci in pestra paleta drugih poklicev, ki ne sodijo med

poklice zdravstvene nege, kar pa seveda ne zmanjšuje njihove nepogrešljivosti v sistemu institucionalnega varstva starejših.

V Sloveniji določa razpon del in nalog glede na poklicno kvalifikacijo dokument Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno in babiško nego: Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege iz maja 2019. V omenjenem dokumentu Ministrstvo za zdravje določa poklicne kompetence diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, poklicne kompetence zdravstvenih tehnic in tehnikov in poklicne kompetence bolničark in bolničarjev (Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje 2019).

V Republiki Hrvaški način delovanja, standarde izobraževanja, pogoje za opravljanje dejavnosti, dolžnosti in kompetence, kontrolo kakovosti in strokovni nadzor nad delom medicinske sestre določa Zakon o sestrinstvu.

Omenjeni zakon za področje sestrinstva opredeljuje naslednje poklicne skupine: medicinska sestra splošne nege, višja medicinska sestra splošne nege, višja medicinska sestra bolnišnične smeri, višja medicinska sestra dispanzersko patronažnega varstva, prvostopnica sestrinstva, strokovna prvostopnica sestrinstva, univerzitetna prvostopnica sestrinstva, univerzitetna prvostopnica sestrinstva specialist (z dodanim področjem specializacije), magistrica sestrinstva, diplomirana medicinska sestra in doktor znanosti sestrinstva (Zakon o sestrinstvu republike Hrvaške, 1. čl.).

Avstrijsko Ministrstvo za delo, socialo, zdravje in varstvo potrošnikov poroča, da je bilo leta 2019 v dolgotrajni oskrbi zaposlenih približno 60 000 zdravstvenih delavcev. Avstrijski sistem dolgotrajne oskrbe tako, zaradi rednega upokojevanja, do leta 2030 izkazuje potrebo po 42.000 novih zdravstvenih delavcih (Bundesministerium für Arbeit, soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, 4).

Glede na predpisano zakonodajo so razmerja med številom zaposlenih glede na poklic v institucionalnem varstvu po posameznih državah različna. Smolej, Nagode in Jacović ugotavljajo, da je ob koncu leta 2015 v Sloveniji dolgotrajno oskrbo v okviru formalnega sektorja izvajalo 11.514 oseb, kar pomeni več kot 3,1 osebe na vsakih 100 prebivalcev, ki so starejši od 65 let (Smolej, Nagode in Jacović 2016, 8). Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Uradni list RS, št. 54/19 z dne 6. 9. 2019) v 8. členu za institucionalno varstvo določa različne kadrovske normative glede na obliko bivanja, ki jo organizacija zagotavlja. Institucionalno varstvo v oskrbnih domovih izvajajo: en vodja storitve na vsakih 60 upravičencev, en izvajalec socialne oskrbe na vsakih 6 upravičencev, en izvajalec osnovne oskrbe na vsakih 10 upravičencev in za poslovanje,

administrativne naloge ter finančno računovodske naloge tolikšno število izvajalcev, ki predstavlja največ 12 % skupnega števila zaposlenih. Institucionalno varstvo v oskrbnih domovih, ki so specializirani za oskrbo oseb z napredovalo kronično oziroma neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja, izvajajo: en vodja storitve na 24 upravičencev, en izvajalec osnovne oskrbe na vsakih 6 upravičencev, en izvajalec socialne oskrbe na vsakih 6 upravičencev, za poslovanje, administrativne naloge ter finančno računovodske naloge tolikšno število izvajalcev, ki predstavlja največ 12 % skupnega števila zaposlenih.

Za Republiko Hrvaško so kadrovske normative podobne kot v Sloveniji določeni s pravilnikom o minimalnih pogojih za izvajanje socialnih storitev (Narodne novine, broj157/13), kjer je določeno, da mora imeti ustanova, ki izvaja storitve institucionalnega varstva za več kot dvajset oseb vodjo in najmanj dva oddelka zaposlenih, pri tem je 9 strokovnih delavcev s področja nege, rehabilitacije in socialne skrbi preračunano na 20 stanovalcev.

Kadrovske normative za domove starejših v Avstriji (PAVO Personalausstattungsverordnung) določa, da je kadrovska zasedenost odvisna od potreb po zdravstveni negi, ki so določene s kategorijo potreb po zdravstveni negi za vsakega uporabnika storitev posebej s strani institucije za invalidsko in pokojninsko zavarovanje. Kadrovske normative je tako fleksibilen, odgovornost za usklajeno zasedenost delovnih mest glede na potrebe stanovalcev je na strani vodje zdravstvene nege in oskrbe (Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 23. November 2017 über die Personalausstattung in Pflegeheimen (Personalausstattungsverordnung 2017 – PAVO).

## **2.9 Vzroki za absentizem, zapuščanje poklica in zgodnje upokojevanje zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših**

V prizadevanjih managementa za zagotavljanje zadostnega števila zaposlenih v vseh poklicnih skupinah v institucionalnem varstvu starejših predstavljajo absentizem, zapuščanje poklica in zgodnje upokojevanje, posebno področje dela. Pri pregledu literature na to temo najdemo največ relevantnih raziskav za zdravstvene delavce, predvsem medicinske sestre, za ostale poklicne skupine pa primerljivih raziskav nismo zasledili.

Zgodnje upokojevanje je po definiciji OECD opredeljeno kot situacija, ko se oseba odloči za upokožitev pred uradno upokožitveno starostjo in tudi prej pridobi pokojnino (OECD 2005). V povezavi z zgodnjim upokojevanjem na splošno Lamprianov ugotavlja, da je na področju 18 držav Evropske unije zelena upokožitvena starost pri 60 letih. Kar pomeni, da si ljudje želijo v pokoj 3, 4 ali 5 let pred doseženo uradno upokožitveno starostjo. Avtor še

ugotavlja, da je željena upokojitvena starost odvisna od države, v kateri je bila izvedena raziskava. Pri tem meni, da finančni, demografski in osebni razlogi najpogosteje privedejo do odločitve za zgodnjo upokojitev (Lamprianolu 2012, 16). Na splošno tudi van der Berg, in sod. pišejo, da so zdravje in slabi delovni pogoji pomembni odločitveni dejavniki v povezavi z zgodnjim upokojevanjem (Van der Berg idr.2008). Vezano na zdravstveni sistem Han in sod. izhajajo iz ugotovitve, da sta nizko zadovoljstvo na delovnem mestu in visoka stopnja fluktuacije med glavnimi težavami zdravstvenega sistema v ZDA. Avtorji ugotavljajo, da nizko stopnjo zadovoljstva povzročajo dolgi delovniki brez ustrezno urejenih odmorov in pomanjkanje podpore kolegov in vodilnih. Med razlogi, zaradi katerih medicinske sestre razmišljajo o menjavi službe, pa avtorji navajajo še nizko stopnjo avtonomije in tudi premalo podpore s strani kolegov in tistih medicinskih sester, ki nameravajo ostati (Han idr. 2015). V povezavi z vzroki, zaradi katerih medicinske sestre v ZDA, Kanadi in Singapurju zapuščajo delovna mesta v institucionalnem varstvu, McGilton s sodelavci izpostavlja vpliv predpisov na prilagodljivost in strokovno presojo, odsotnost podpornega vodenja in zunanje osebne in življenjske okoliščine, ki vodijo medicinske sestre k odločitvi, da zapustijo institucionalno varstvo (McGilton idr. 2014). Tudi Tummers s sodelavci je prišel do podobnih zaključkov, saj v povezavi z razlogi za pomanjkanje medicinskih sester na področju dolgotrajne oskrbe navaja omejene možnosti kariernega razvoja, negativno delovno klimo in omejevanje avtonomije pri delu (Trummers idr. 2013). Na splošno pa Zboril in Benson ugotavlja tudi, da velja absentizem med medicinskimi sestrami za veliko skrb delodajalcev, saj je drag in znižuje standarde zdravstvene nege. Kljub velikemu mednarodnemu interesu pa avtorica ugotavlja, da je na voljo relativno malo komulacijskega znanja o tej problematiki (Zboril -Benson 2016, 89).

V povezavi z vplivom nizke delovne sposobnosti na namero zaposlenih, da zapustijo poklic, se večina študij nanaša na poklicno skupino medicinskih sester. Na splošno pa Prakash s sodelavci ugotavlja, da se bodo zaposleni, stari nad petdeset let, ki izkazujejo nizko delovno sposobnost, verjetneje odločali za zgodnjo upokojitev (Prakash idr. 2019). Ocena delovne sposobnosti, poleg izpostavljenosti nasilju na delovnem mestu, velja po ugotovitvah Bardigon in Monteirove za enega od napovednih kazalnikov namere o zapustitvi delovnega mesta, organizacije ali poklica pri medicinskih sestrah v Braziliji (Bordignon in Montairo 2019). Podobne izsledke predstavlja tudi Derycke s sodelavci, prav tako za medicinske sestre in zdravstvene tehnike v Braziliji. Avtorji ugotavljajo, da nizka delovna sposobnost povečuje težnjo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, da zapustijo organizacijo že po enem letu. Pri tem je pomembno, da avtorji niso ugotovili povezave med socialno podporo in

namero o zapustitvi delovnega mesta ali organizacije. Kot dober moderator med nizko delovno sposobnostjo in namero oditi pa so se izkazali dobri medosebni odnosi (Derycke, idr. 2012). Kakovostna oskrba starejših v institucionalnem varstvu starejših ni odvisna zgolj od zdravstvenih delavcev. Pri pregledu literature pa ugotavljamo, da ostale poklicne skupine, ki so nujno potrebne za kakovostno oskrbo in zagotavljanje željene kakovosti življenja starejših v institucionalnem varstvu, niso predmet relevantnih raziskav o vplivu delovne sposobnosti ali o vzrokih za njihovo prezgodnje upokojevanje ali zapuščanje poklica.

## **2.10 Delovna sposobnost**

Iz kronološkega pregleda opravljenih raziskav na temo delovne sposobnosti je mogoče hitro ugotoviti, da potreba po spoznavanju dejavnikov, ki zaposlenim omogočajo izvedbo delovne naloge, ni nova. Na nemško govorečem področju že leta 1845 Kries piše o vedenju tkalcev in pomočnikov v predelavi lana v regiji Schleisen (Kries 1845). Tri leta kasneje zasledimo zapis Heyma, v katerem si zastavi še v sedanosti s stališča delovne sposobnosti zelo aktualno vprašanje – stroji ali ročno delo (Heym 1848). Leta 1876 izide v Nemčiji Knjiga razumnega življenjskega sloga: priljubljena higiena za ohranjanje zdravja in delovne sposobnosti (Reclam 1876).

Na temo delovne sposobnosti je v času pred prvo svetovno vojno, med obema vojnoma in do konca druge svetovne vojne mogoče najti malo objavljenih del, pa še ta so zelo politično usmerjena. Kljub temu pa je tudi v omenjenem zgodovinskem obdobju mogoče na nemško govorečem področju zaslediti nekatera dela različnih avtorjev, ki se že ukvarjajo s proučevanjem posameznih dejavnikov, ki zaposlenim omogočajo oziroma onemogočajo uspešno opravljanje zadane naloge. Tako Margaria poroča o učinkih znižanega zračnega tlaka na delovno sposobnost ljudi (Margaria 1929). Leta 1932 prideta Lehman in Szakall do pomembnih ugotovitev o vplivu sevanja ultravijolične svetlobe na delovno snov in delovno sposobnost ljudi (Lehmann in Szakall 1932). Marschak objavi rezultate eksperimenta o vplivu rekreacije na delovno sposobnost (Marschak 1932), Christensen in sod. pa ugotavljajo povezave med ustrezno, predvsem z ogljikovimi hidrati bogato, prehrano in delovno sposobnostjo (Christensen idr. 1939).

Pod vplivom dogodkov 2. svetovne vojne je Andersonova proučevala nekatere zdravstvene aspekte zaposlovanja žensk v vojni industriji (Anderson 1941). Wermel in Gelbaum leta 1945 objavita študijo o negativnih vplivih »prisilnega« upokojevanja posameznikov, ki si še želijo in so tudi še sposobni delati (Wermel in Gelbaum 1945). Na potrebo po natančnejšem

spoznavanju dejavnikov, ki zaposlenim omogočajo uspešno izvesti zadane naloge, so pomembno vplivale tudi razvijajoče se teorije managementa.

Kot piše Rozman, je v nastajajočih podjetjih 19. stol. nastopala vrsta težav; težko je bilo pridobiti ustrezne delavce, druga težava pa je bila njihovo usposabljanje; nepismenost je bila pogosta, standardizirane metode dela neznane, usposabljanje pa ustno in s pomočjo sodelavcev (Rozman 2002, 66). Posamezniki, ki so v 19. stol. že proučevali management in razmere v podjetjih, so bili tako med drugimi Owen, ki je videl revščino zaposlenih in poskušal izboljšati delovne pogoje, Charles Babbage, ki se je ukvarjal z razvijanjem tehnologij, ki bi ljudem olajšala delo, Charles Dupin, ki je pisal o delitvi dela in izračunavanju časa delovnih operacij ter dodelitvi operacij zaposlenim.

Drugo polovico 19. stol. je zaznamovala utemeljitev znanstvenega managementa, ki so ga zaznamovali Taylor, Fayol in Mayo (67–74). Od leta 1975 je mogoče spremljati objave finskega raziskovalca Juhania Ilmarinena. Ilmarinen v zgodnjem obdobju svojega raziskovalnega dela proučuje predvsem vpliv različnih fizikalnih dejavnikov, ki bi lahko bili povezani z delom ali delovnim okoljem, kot je na primer ocena učinkov in izvedljivosti programa hoje po stopnicah za moške na in izven dela (Fardy in Ilmarinen 1975) ali proučevanje ukrepov fizične aktivnosti za ženske z visoko stopnjo tveganja za nastanek koronarne srčne bolezni (Ilmarinen in Fardy 1977) in poklicno povzročeni stres, obremenitve in največje obremenitve, povezane s starostjo (Ilmarinen in Rutenfranz 1980). Leta 1991 je Ilmarinen s Tuomijevo objavil rezultate študije o delovni sposobnosti »starajočih se« delavcev. V študiji avtorja med drugim ugotavljata, da so možnosti upravljanja s poklicnim življenjem določene s fizičnimi, duševnimi in socialnimi kapacitetami posameznika. Rezultati študije so pokazali, da vrednost indeksa delovne sposobnosti rahlo pade med 45 in 62 letom; raziskava ni pokazala razlik glede na spol. V nadaljevanju avtorja trdita še, da obstajajo razlike glede nevarnosti za zmanjšanje delovne sposobnosti v zvezi z naravo dela (fizično ali psihično). Tako je raziskava pokazala značilne razlike med možnostjo za zmanjšanje delovne sposobnosti med moškimi in ženskami glede na naravo dela (Ilmarinen in Tuomi 1992, 8). Delovna sposobnost je definirana kot vsota dejavnikov, ki ženski ali moškemu v določeni situaciji omogočijo, da uspešno opravi zadano delovno nalogo (Tempel in Ilmarinen 2015, 15). Kot elementarni temelj za doseganje delovne sposobnosti Ilmarinen definira zdravje. Rezultati omenjenih raziskav podajajo znanstveno izhodišče, na podlagi katerega je Ilmarinen s sodelavci oblikoval teoretični model delovne sposobnosti, ki se še vedno razvija in pomeni izhodišče mnogim raziskavam

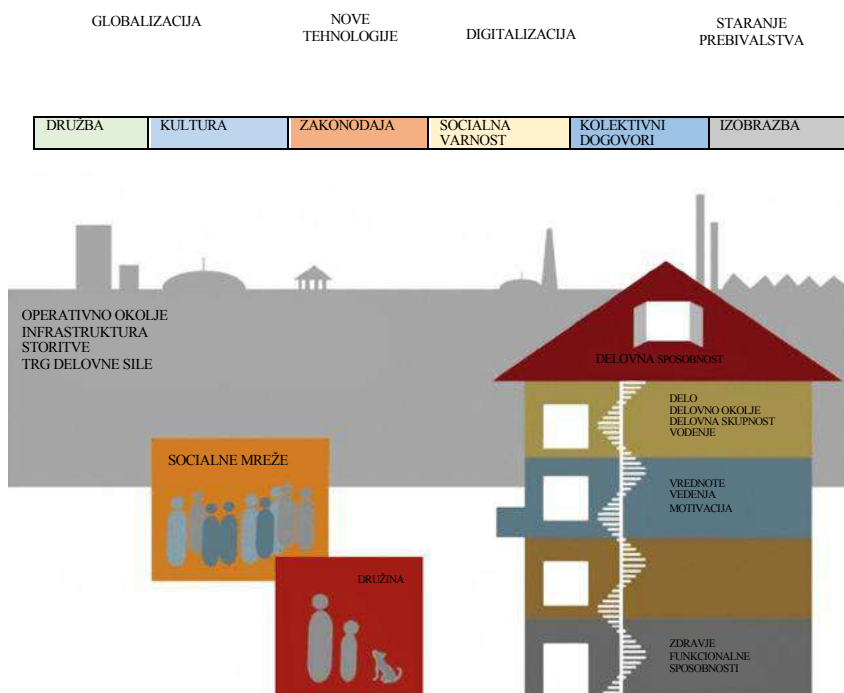


in pristopom k izboljševanju in ohranjanju delovne sposobnosti s pomočjo proučevanja in spreminjanja njenih ključnih elementov v specifičnem delovnem okolju.

## 2.11 Model delovne sposobnosti

Model delovne sposobnosti je v zgodnjih osemdesetih letih prejšnjega stoletja pod okriljem finskega inštituta za zdravje pri delu začel razvijati finski sociolog prof. dr. Juhani Ilmarinen. Ilmarinen je model predstavil v obliki "hiše delovne sposobnosti". V središče pozornosti raziskovanja je v modelu postavljen človek z različnimi psihičnimi, fizičnimi in socialnimi sposobnostmi. Delovna sposobnost je definirana kot vsota dejavnikov, ki ženski ali moškemu v določeni situaciji omogočijo, da uspešno opravi zadano delovno nalogo (Tempel in Ilmarinen 2015, 15). Model delovne sposobnosti v obliki hiše delovne sposobnosti je prikazan na sliki 4.

**Slika 4: Model delovne sposobnosti**



Vir: Ilmarinen 2019, 2882.

Ilmarinen razlaga, da tri nižja nadstropja hiše delovne sposobnosti opisujejo individualne zmožnosti, med katere sodijo zdravstvena in funkcionalna zmožnost, kompetence, vrednote, odnosi in motiviranost. Četrto nadstropje pokriva delovno življenje.

Delovna sposobnost tako predstavlja ravnovesje med individualnimi zmožnostmi in delom. Vsa nadstropja hiše delovne sposobnosti so med seboj povezana (Ilmarinen 2012, 3).

Tempel in Ilmarinen v podrobnejšem opisu hiše delovne sposobnosti razlagata, da individualni in kolektivni odnos do zdravja, do tveganj v zvezi z zdravjem, kakor tudi do omejitev zaradi kroničnih bolezni ali invalidnosti ter do predčasne delovne nesposobnosti, odločilno vplivata na delovno klimo (Tempel in Ilmarinen 2015, 43). Hornung medtem zagovarja dejstvo, da mora vsak delavec biti fizično in psihično zdrav, šele nato lahko svoje delovne sposobnosti ponudi delodajalcu (Hornung 2013, 12).

V povezavi z izkazovanjem odličnega zdravja in delovne sposobnosti pa Tempel in Ilmarinen ugotavljata nasprotno, saj namreč pišeta, da narašča delež zaposlenih, ki po lastnem mnenju kljub kroničnim boleznim ali invalidnosti pri opravljanju delovnih nalog niso omejeni (Tempel in Ilmarinen 2015, 46).

V povezavi z obolevnostjo zaposlenih Eihhorst in sod. še dodajajo, da je v poklicnih skupinah (ISCO 88) z nižjo stopnjo izobrazbe izkazanih več dni zadržanosti z dela zaradi bolezni kot poklicnih skupinah z višjo stopnjo izobrazbe (Eihhorst idr. 2016, 12). Ilmarinen med drugim tudi navaja, da spodbujanje zdravja zajema različna področja življenjskega sloga – prehranjevanje, pitje alkohola, telesne dejavnosti, okrevanje in spanje.

Med kompetence strokovnjakov s področja zdravja pri delu je treba vključiti tudi vprašanja v zvezi s staranjem in zdravjem. Ilmarinen v nadaljevanju še ugotavlja, da močna vzajemna povezanost zdravja in dela zahteva dejavno sodelovanje med strokovnjaki s področja zdravja in varnosti pri delu, delodajalci in delavci (Ilmarinen 2012, 5).

V drugem nadstropju hiše delovne sposobnosti so kompetence. Avtorja pri tem ločita tri vrste kompetenc, in sicer poklicne kompetence, ki jih razumeta kot sposobnost samostojno opraviti delovno nalogo na podlagi dejstev in teoretičnih zahtev.

Avtorja nadaljujeta z ugotovitvijo, da sta prevzem in predaja metodoloških kompetenc močno navezana na proces učenja. Tempel in Ilmarinen tako trdita, da so metodološke kompetence tiste, ki delavcu oziroma delavki omogočata kompetentno uporabo strokovnega znanja. Socialne kompetence pa so v predstavljenem sklopu tiste sposobnosti posameznika, ki se jih le-ta nauči v socialnem okolju in so izrednega pomena za timsko delo in pri delu s strankami (Tempel in Ilmarinen 2015, 52). Ilmarinen podrobneje razlaga, da ohranjanje poklicne kompetence zahteva stalno učenje. Učenje na delovnem mestu je mogoče, če so

delovna vsebina in delovne naloge zasnovane tako, da zagotavljajo učne izkušnje. Pozitivne učne izkušnje pri delu tekom cele delovne dobe posameznika zmanjšujejo število ovir za učenje novih stvari in s tem odpravljajo negativen odnos do učenja (Ilmarinen 2012, 5).

Tretje nadstropje hiše delovne sposobnosti predstavljajo vrednote, odnosi in motiviranost. Na tem mestu v hiši delovne sposobnosti, kot jo opisujeta Tempel in Ilmarinen, prihaja do izmenjave mnenj in pogledov med vodstvom in zaposlenimi ter med samimi zaposlenimi. Tako se križajo v dobrem in v slabem predstave in mnenja, ki se v določeni situaciji razvijejo v vprašanja ali v morebiti konflikt. Kakovost opisanega procesa zelo pomembno vpliva na delovno vzdušje in organizacijsko kulturo (Tempel in Ilmarinen 2015, 66).

Ilmarinen k razlagi hiše delovne sposobnosti dodaja, da se morajo delavci počutiti spoštovane in morajo vedeti, da delodajalcu lahko zaupajo. Pričakujejo, da jih bo nadzorni delavec podpiral v zahtevnih in težkih delovnih situacijah (Ilmarinen 2012, 5). Zadnje, najvišje in največje nadstropje hiše delovne sposobnosti predstavlja delo in vse, kar je z delom povezano. To je po pisanju Tempela in Ilmarinena tudi najtežje nadstropje hiše delovne sposobnosti. Njegovo težo nosijo preko medsebojnih povezav vsa druga nadstropja hiše delovne sposobnosti (Tempel in Ilmarinen 2015, 75).

Ilmarinen še razlaga, da četrto nadstropje hiše delovne sposobnosti zajema delovno okolje (telesno, duševno, socialno), organizacijo dela in delovno ureditev, delovni čas, delovno skupnost in delovne naloge ter upravljanje. Vodstveni in nadzorni delavci imajo pomembno vlogo, ker so pristojni za ureditev delovnih postopkov in individualnih delovnih nalog. Poleg tega pa so odgovorni za zadeve v zvezi z zdravjem in varnostjo pri delu, vključno z ocenami tveganja (Ilmarinen 2012, 5). Proučevanje delovne sposobnosti v zadnjih letih pridobiva na pomenu, saj kot ugotavlja Van den Berg, nizka delovna sposobnost povečuje možnosti za zgodnje upokojevanje, dolgotrajno odsotnost z dela zaradi bolezni in nezmožnost za delo (Van den Berg idr. 2009). Posebno pozornost je treba, kot ugotavlja Boström, nameniti mladim delavcem, saj je pred njimi dolga delovna doba, od njih pa se pričakuje, da že na začetku svoje delovne poti izkazujejo zelo dobro delovno sposobnost (Boström 2016). Kot osnovni instrument za ugotavljanje delovne sposobnosti služi Work Ability Indeks (WAI) (Ilmarinen idr. 2005; Ilmarinen 2007 in Martus idr. 2010).

## **2.12 Elementi modela delovne sposobnosti**

Iz modela delovne sposobnosti (Tempel in Ilmarinen 2015, 41), razberemo elemente, ki vplivajo na delovno sposobnost (zdravje in funkcionalne zmožnosti, kompetence, vrednote,

odnosi, motiviranost, delo, delovna skupnost, vodstvo, družina, socialna mreža, regionalno okolje, kultura, zakonodaja, izobraževanje in zdravstvena ter socialna politika).

Pri tem hišo delovne sposobnosti, kot ključni element delovne sposobnosti gradi šest glavnih elementov (zdravje, kompetence, vrednote, motivacija, delo in vodenje zaposlenih). Sicer pregleden in na prvi pogled razumljiv model delovne sposobnosti pa sestavljajo posamezni, že po definiciji zelo kompleksni in ranljivi elementi, ki so odvisni od mnogih dejavnikov, ki lahko nanje vplivajo in od medsebojnih korelacij v definiranem okolju.

- **Zdravje**

Svetovna zdravstvena organizacija od leta 1948 definira zdravje kot stanje popolnega psihičnega, fizičnega in mentalnega blagostanja in ne zgolj odsotnost bolezni.

Tempel in Ilmarinen postavljata zdravje kot temelj modela delovne sposobnosti in pri tem izpostavljata, da je zdravje pomemben pogoj za samostojno delovanje osebe in zahteva, da so psihične, fizične, duševne in socialne sposobnosti posameznika v stabilnem ravnovesju (Tempel in Ilmarinen 2015, 43). Pri proučevanju delovne sposobnosti daje Ilmarinen posebno pozornost vplivu poklicnih bolezni na oceno trenutne delovne sposobnosti in vplivu kroničnih bolezni ter vplivu njihovega morebitnega poslabšanja na dolgotrajno delovno sposobnost zaposlenih, da bi preprečili zgodnje upokojevanje, absenteizem in zapuščanje poklicev.

Kot ugotavljata Joseph in Joseph, je na svetu približno 59 milijonov zdravstvenih delavcev, ki so izpostavljeni zdravstvenim in varnostnim tveganjem, ki izhajajo iz njihovega dela in obsegajo biološka tveganja, kot so bakterijske in virusne okužbe (tuberkuloza, HIV), izpostavljenosti kemikalijam, radiaciji, hrupu ter ergonomskim dejavnikom, med katerimi avtorja izpostavljata dvigovanje težkih bremen in dolgotrajno stanje, dolgi delavniki pa dodajajo delu tudi stres (Joseph in Joseph 2016, 71). Med skupinami bolezni in okvar, ki vplivajo na delovno sposobnost, so v merilnem instrumentu za oceno delovne sposobnosti, vprašalniku Work Ability Indeks (WAI), izpostavljene predvsem bolezni mišic, kosti in sklepov, bolezni hrbtenice, srčno-žilne bolezni, respiratorne bolezni, nevrološke bolezni, bolezni kože in presnovne bolezni.

Stričević s sodelavci ugotavlja, da so delavci v zdravstveni negi v literaturi opredeljeni kot zelo tvegana skupina za pojav bolečin v hrbtenici, pri čemer, kot največja dejavnika tveganja, izpostavlja ročno dvigovanje in prenašanje bremen. V raziskavi so ugotovili, da je imela večina (79 %) od 575 vprašanih zdravstvenih delavcev pogosto težave z bolečino v ledvenem in 65,9 % z bolečino v vratnem delu hrbtenice (Stričević idr. 2012, 195). Za poklicno skupino snažilnic in snažilcev v bolnišnicah, kar smatramo kot primerljivo delovno

okolje z institucionalnim varstvom starejših, Elbadry ugotavlja, da je imelo približno 25 %, težave z dihali, 18 % s kožo in 14,7 % jih je izkazovalo simptome okvar mišično-skeletnega sistema ali drugo (Elbadry 2019, 205).

- **Strokovne, osebne in socialne kompetence**

Slovar slovenskega knjižnega jezika definira pojem kompetence kot obseg, mero odločanja, določeno navadno z zakonom, pristojnost, pooblastilo, medtem ko pojem kompetenten, nanašajoč se na kompetenco, pomeni pristojen; pooblaščen, tisti ki temeljito pozna področje. Ena pogostejše uporabljenih definicij kompetenc je definicija iz leta 2001. Weinert pravi, da kompetence obsegajo to, kar oseba v resnici zna, kar obsega vse njene sposobnosti, znanja in veščine, razmišljanja, ki jih oseba v svojem življenju pridobi in uporablja. Izraz pa se nanaša tudi na individualna sredstva, kvalifikacije in potenciale (Weinert 2001). Pri tem Rychen in Salganik opozarjata, da mora nabor ključnih kompetenc odgovarjati zahtevam mednarodnih listin o človekovih pravicah in demokratičnih vrednotah, ključne kompetence ponujajo posameznikom priložnosti za boljše, uspešnejše življenje in pri tem niso neskladne s socialno in osebno različnostjo, presegajo mejo znanja in sposobnosti in so priučene (Rychen in Salganik 2000, 7–8).

Erpenbeck in Sauter definirata kompetence kot tiste sposobnosti, ki posamezniku v odprtih, kompleksnih, dinamičnih in občasno kaotičnih situacijah omogočajo kreativno in samoorganizirano delovanje in ločita med štirimi razredi kompetenc, in sicer osebne kompetence, poklicno metodološke kompetence, socialnokomunikacijske kompetence in aktivnostno ter realizacijsko naravnane kompetence (Erpenbeck in Sauter 2013, 33). Za model delovne sposobnosti so po mnenju Tempel in Ilmarinen še posebej pomembne poklicne kompetence, ki zajemajo vse sposobnosti opravljanja specifičnih poklicnih nalog v skladu s teoretičnimi zahtevami področja (Tempel in Ilmarinen 2015, 51). V nadaljevanju pa avtorja razlagata, da se metodološke kompetence nanašajo na sposobnost opravljanja nalog v povezavi z učenjem, medtem ko med socialne kompetence umeščata komunikacijske sposobnosti, sposobnosti sklepanja dogovorov in sposobnosti delovanja v timu (52).

- **Delovne in moralne vrednote**

Musek Lešnik in Lešnik Musek pišeta, da: "cenimo lahko zelo različne stvari. Pravzaprav prav pri vrednotah najdemo eno od največjih bogastev medčloveških razlik – tako kot se razlikujemo po barvi oči in las, pričeski, poraščenosti, velikosti noge, višini in teži, se razlikujemo po njih. Oziroma če prestopimo v svet organizacij – tako kot se razlikujejo po strukturi, številu zaposlenih, vrsti dela, procesih, izdelkih in storitvah, se razlikujejo po tem, kaj ocenjujejo kot dobro, pozitivno, zaželeno – torej vrednotah." (Musek Lešnik in Lešnik

Musek 2014). Klamer pa ugotavlja, da v ekonomskem pogledu vrednote ekvivalirajo s ceno, v kulturnem smislu se vrednote po navadi nanašajo na kakovost umetniškega dela ali znanstvenega doprinosa. V moralni filozofiji imajo vrednote moralno noto kot spoštovanje, dobrohotnost, solidarnost in iskrenost (Klamer 2017, 48–49).

V modelu delovne sposobnosti so posebej izpostavljene delovne vrednote, o katerih Musek Lešnik in Lešnik Musek pišeta, da ker ljudje velik del življenja preživimo ob delu, ni presenetljivo, da se veliko naših vrednot nanaša tudi na delo ali z njim povezane reči. Delovne vrednote opredeljujejo, v kolikšni meri je za človeka pomembno, da pri svojem delu dosega različne cilje (na primer varno delo, visoko plačo, razumevanje s sodelavci ali nadrejenimi, možnost ustvarjalnega dela ipd. (Musek Lešnik in Lešnik Musek 2014). Le Dov Elizur in Abraham Sagie delovne vrednote delita v tri večje skupine, in sicer kognitivne (napredovanje, status, dosežki, osebna rast, neodvisnost), afektivne (priznanje, ki ga dobimo pri delu, odnosi s sodelavci, samovrednotenje) in instrumentalne (zaslužek, varnost, delovni čas, delovni pogoji) (Elizur in Sagie 1999, 83).

- **Motivacija**

Razlaga splošno uporabljenega pojma, kot je motivacija, se zdi kot relativno enostavna naloga, a zaradi množice teorij in definicij kmalu ugotovimo, da gre za zapleten psihološki proces, za katerega so značilni različni pristopi in teorije, katerih razvoju sledimo od najstarejših civilizacij človeške družbe. Pakdel piše, da so grški filozofi Sokrat, Platon in Aristotel postavili temelje teoretični razlagi motivacijskih elementov, in sicer s predvidevanjem, da telesne potrebe, užitki in bolečina vodijo človeka v gibanje (Pakdel 2013, 240).

Izraz motivacija izhaja iz latinskega glagola *movere*, ki v dobesednem pomenu besede pomeni »premikati se«. Gollwitzer in Oettingen ugotavljata, da je bila motivacija izvorno proučevana kot samostojen element človekovih misli, občutkov in dejanj. Kaj kmalu pa je sledila ugotovitev, da princip motivacije deluje v povezavah z drugimi dejavniki, kot so spoznanja, afekti in navade. To spoznanje je pripeljalo do zelo sofisticiranega nivoja odgovora na vprašanje, kako diferencirati posamezne človeške potrebe in kako se te potrebe izražajo v smislu vodenja in vzpodbujanja ljudi (Gollwitzer in Oettingen 2015). Muryama pa v tem kontekstu tudi piše, da so se časi spremenili in tako danes govorimo o motivacijski znanosti, ki z uporabo multidisciplinarnega in multimetodološkega pristopa zagotavlja integrativni pogled na človeško motivacijo (Murayama 2018).

Motivacija v kontekstu modela delovne sposobnosti, kot pišeta Tempel in Ilmarinen, tesno korelira z vrednotami in pripravljenostjo, ki določajo oblike delovnega vedenja. Kot

dodajata avtorja, bi moralo delo, ko je to le mogoče, biti zaposlenim v veselje in imeti smisel (Tempel in Ilmarinen 2015, 66).

- **Delo**

Delo je širok pojem, katerega definicija je imela v različnih zgodovinskih obdobjih različne pomene. Neff sicer ugotavlja, da o zgodovinskih začetkih dela vemo malo, da pa lahko vsaj ekonomsko interpretacijo zgodovine dela pričnemo z zapisi Karla Marksa (Neff 2017, 19). Delo je definirano kot zavestno usmerjen proces človekovega delovanja, v katerem človek iz razpoložljivih vložkov ustvarja uporabno vrednost (Možina idr. 2002, 822).

Sicer je delo fizična aktivnost, ki jo lahko izračunamo in se nanaša na energijo, merjena v joulih, ki je potrebna, da se opravi neko delo (npr. spremeni položaj telesa). Koncept dela lahko v grobem razdelimo na fizično, psihološko in sociološko komponento, kar potrjujejo številne raziskave teh aspektov.

Arnold in soavtorji tako ugotavljajo, da začetki proučevanja psiholoških aspektov dela segajo vsaj do industrijske revolucije, pri čemer avtorja posebej izpostavljata Hawthornske študije (Arnold idr. 2016). Arnold s sodelavci tudi piše, da psihologija dela predstavlja aplikativno disciplino psihologije in izhaja iz dveh različnih pristopov, in sicer prvega, ki se ukvarja z možnostmi in posledicami prilagoditve človeka delu in drugega, ki proučuje načine in posledice prilagoditve dela človeku (Arnold idr. 2020, 6).

Na področju proučevanja socioloških aspektov dela se opiramo na starejše definicije, med katerimi tako Černetič piše, da se sociologija dela ukvarja predvsem z družbenimi odnosi, ki so osnovani na delu. Pri čemer gre za proučevanje družbenega značaja dela (Černetič 1997, 3). Campbell o vprašanju napredka sociologije, kot znanosti tudi na splošno piše o možni stagnaciji sociologije znanosti (Campbel 2019, 105), kar se verjetno odraža tudi na področju sociologije dela.

V sled pisanju Tempela in Ilmarinena (Tempel in Ilmarinen 2015, 15) si je v zaostrenih delovnih razmerah za uspešno opravljanje delovnih nalog potrebno zastaviti naslednja vprašanja, in sicer ali je delo lahko izvedljivo in nenevarno, nenaporno in znosno, produktivno in brez napak, odgovarja pravilom in predpisom, razumno in zadovoljivo. Delo predstavlja zelo pomemben element v modelu delovne sposobnosti. Pri tem na delovno sposobnost vpliva tako razdelitev kot organizacija dela (75).

Na splošno ugotavljamo, da predstavlja delo kot pojem zelo široko raziskovalno področje, kjer se prepletajo interesi tako naravoslovnih kot družboslovnih znanosti, kar priča o kompleksnosti elementa dela in pomenu dela tako za posameznika kot za družbo.

- **Vodenje zaposlenih**

Tudi koncept vodenja je, kot piše Silva, težko definirati in dodaja, da je skozi stoletja vodenje veljalo za osebno kvaliteto, do katere se je opredelil že Konfucij, ki je zagovarjal mnenje, da morajo biti vodje virtuozni in morajo skrbeti za svoje ljudi, saj je primarna naloga vodje služiti ljudem (Silva 2016, 2).

Vodenje je, kot piše Možina: »usmerjanje, vplivanje in motiviranje zaposlenih, da bi ustrezno opravljali svoje naloge, potrebne za doseganje organizacijskih ciljev.« (Možina idr. 2002, 848). Winston in Patterson v integrativni definiciji vodenja ugotavljata, da je vodja ena ali več oseb, ki izbira, opremlja, trenira in vpliva na enega ali več sledilcev, ki imajo različne talente, sposobnosti in spretnosti.

Vodja vodi sledilce, da prostovoljno in entuziastično vlagajo duševno, čustveno in fizično energijo v usklajeno koordiniran trud za doseganje organizacijskega poslanstva in ciljev (Winston in Patterson 2006,7). Silva po obsežnem pregledu literature med drugim tudi ugotavlja, da je šele v zadnjem času bolj kot osebna kvaliteta vodenje videno kot kompleksni fenomen, v katerem imata sam kontekst vodenja in sledilci zelo pomembno vlogo. Avtor pri tem sklene, da je vodenje proces interaktivnega vplivanja, ki se pojavi v danem kontekstu, ko ljudje sprejmejo nekoga kot svojega vodjo, s katerim bodo dosegli zastavljene cilje (Silva 2016, 3).

### **2.13 Indeks delovne sposobnosti**

Z uporabo indeksa delovne sposobnosti Work Ability Indexs (*slv. Indeks delovne sposobnosti*) oziroma WAI, so začeli, kot piše Ilmarinen, na Finskem v zgodnjih osemdesetih letih 20. stoletja. Kot znanstvena podlaga je služilo vprašanje, kako dolgo lahko delavci delajo in do kakšnega obsega je to odvisno od vsebine in zahtev dela (Ilmarinen 2009, 1). Hasselhorn in Freude razlagata, da WAI služi oceni delovne sposobnosti na podlagi vprašalnika, ki obsega deset vprašanj s področij psihičnih in fizičnih zahtev dela, zdravja in rezerv v sposobnostih zaposlenega. Rezultat pokaže, kako visoko zaposleni ocenjuje svojo delovno sposobnost (Hasselhorn in Freude 2007, 14).

Ilmarinen razlaga, da je WAI instrument (Ilmarinen 2007, 150), s katerim je mogoče oceniti delovno sposobnost (Ilmarinen 2012, 4). WAI je zasnovan na podlagi odgovorov na vrsto vprašanj, ki se nanašajo na zahteve dela, zdravstveno stanje zaposlenih in njihov status. Ilmarinen dodaja, da se z WAI meri sedem sklopov, in sicer ocena trenutne delovne sposobnosti v primerjavi z najboljšo delovno sposobnostjo kadarkoli, delovna sposobnost v razmerju do delavnih zahtev, število trenutno diagnosticiranih bolezni, ocenjena delovna



okrnjenost zaradi bolezni, odsotnost z dela zaradi bolezni v preteklem letu (v 12-ih mesecih), osebna prognoza delovne sposobnosti za naslednji dve leti in duševne sposobnosti (Ilmarinen 2007,150).

Vrednost WAI se ocenjuje z: nizka, dobra ali odlična (Ilmarinen 2012, 4). V zvezi z veljavnostjo in zanesljivostjo vprašalnika Ilmarinen zagotavlja, da sta bili ti dve vrednosti preverjeni v komulacijskih analizah. Z WAI je tako po besedah avtorja mogoče zanesljivo predvidevati delovno sposobnost, upokojitve in smrtnost (Ilmarinen 2007, 150). Ilmarinen tako zatrjuje, da ima WAI visoko napovedovalno vrednost. Indeks delovne sposobnosti je bil preveden v 26 jezikov, njegova uporaba pa je razširjena po vsem svetu (Ilmarinen 2012, 4), tako lahko indeks delovne sposobnosti sprejemamo kot zanesljiv in veljaven instrument. Čeprav se je WAI v mnogih študijah izkazal za zanesljiv instrument za oceno delovne sposobnosti, pa Ahlstrom s sodelavci trdi, da je lahko uporabnost WAI v praksi v določenih primerih omejena zaradi nekaterih vprašanj, ki se ne nanašajo nujno na delovno sposobnost (Ahlstrom idr. 2010, 406).

Sicer lahko po pregledu dostopnih virov med drugim tudi ugotovimo, da je na razpolago zelo malo informacij o pomanjkljivostih WAI. Tako na primer Reeuwijks s sodelavci piše o pomanjkanju informacij o prognostični vrednosti indeksa delovne sposobnosti (Reeuwijk idr. 2015). Bascour - Sandoval idr. v evalvaciji španske različice WAI ugotavlja, da instrument izkazuje sprejemljive psihometrične lastnosti, ki oblikujejo zanesljiv instrument za merjenje delovne sposobnosti aktivne delovne populacije v servisnem sektorju (Bascour – Sandoval idr. 2020, 1).

## **2.14 Razvojne perspektive modela delovne sposobnosti in alternativni modeli**

Med izstopajočimi lastnostmi modela delovne sposobnosti lahko po pisanju nekaterih avtorjev (Ilmarinen 2007, 150; Ahlstrom idr. 2010, 406 in Ilmarinen 2012, 4) izpostavimo njegovo napovedno vrednost. Smith s sodelavci ugotavlja, da je mogoče modificiran model delovne sposobnosti uporabiti pri načrtovanju in podpori trajnostne zaposljivosti splošnih zdravnikov. Nadaljnji razvoj modela pa bi omogočil določene prognoze tudi pri drugih skupinah zdravstvenih delavcev (Smyth idr. 2018).

Fließel s sodelavci modelu delovne sposobnosti doda korelacije z razmerjem med zdravjem in motivacijo (Fließel idr. 2017, 7). Avtorji med drugim še menijo, da bosta v prihodnosti optimalni poslovni management in varovanje zdravja premalo za zagotavljanje sodelovanja pri delu, potrebno bo vključiti tudi varstvo zaposlenih, motivacijo in delovno sposobnost (11).

Model delovne sposobnosti pomeni izhodišče za razvoj še nekaterih v prihodnost usmerjenih modelov. Teoretični model age managementa pomeni nadgradnjo modela delovne sposobnosti. V središču so vplivi demografskih sprememb na starejše zaposlene, na njihovo zdravje in delovno sposobnost (Hafkesbrink in Krause 2017, 17). Avtorja predlagata, da bi morala vsaka organizacija razmisliti o uvedbi ustrezne age management strategije, saj menita, da lahko s pomočjo modela age managementa organizacija opredeli tveganja in potencialne svojih zaposlenih, določi potrebo po ukrepih in le-te uvede s pomočjo ustreznega akcijskega načrta (24).

Bille meni, da lahko pojem age managementa razumemo tudi kot demografsko ozavešeni kadrovski management, katerega cilj je ohranitev zdravja, motivacije in produktivnosti med starejšimi zaposlenimi (Bille 2007, 24). V povezavi s tem Hedge in Borman namreč ugotavljata, da spremembe v demografski sestavi delovne sile in njeni dinamiki za delovne organizacije ponujajo tako izzive kot priložnosti (Hedge in Borman 2012). Čeledova s sodelavci vidi v uvedbi koncepta age managementa rešitev pri problemu nizke delovne sposobnosti medicinskih sester in babic starejših od petdeset let, v bolnišnici Ostrava na Češkem (Čeledova idr. 2014).

Z naraščanjem števila starejših delavcev, ki so pripravljene delati tudi po dopoljnjeni delovni dobi, bo potrebno nujno razvijati pristope, ki bodo izhajali iz boljšega razumevanja odnosov starejših delavcev do dela in do organizacij, v katerih so zaposleni, kakor tudi procesa upokojevanja (Hedge in Borman 2012, 7).

- **Age management**

Izraz age management (*upravljanje s starostjo*) se nanaša na različne dimenzije upravljanja s človeškimi viri v organizacijah s posebnim poudarkom na upravljanju glede na starost zaposlenih s pomočjo javne politike ali kolektivnih pogajanj (Walker 2005, 685).

Okolje, v katerem živimo, moramo na vseh področjih prilagoditi potrebam starajoče se družbe, kar med drugim pomeni tudi načrtovanje in izvajanje ukrepov za podaljšanje delovne sposobnosti starejših delavcev, za prostovoljno podaljšanje delovne dobe, vspodbujanje pripravljenosti za predajanje znanja mlajšim generacijam na eni strani in pripravljenost za vse življenjsko učenje na drugi strani. Landau s sodelavci ugotavlja, da je v Evropski uniji 45 odstotkov vseh zaposlenih starih med 55 in 65 let, (Landau idr. 2016, 76).

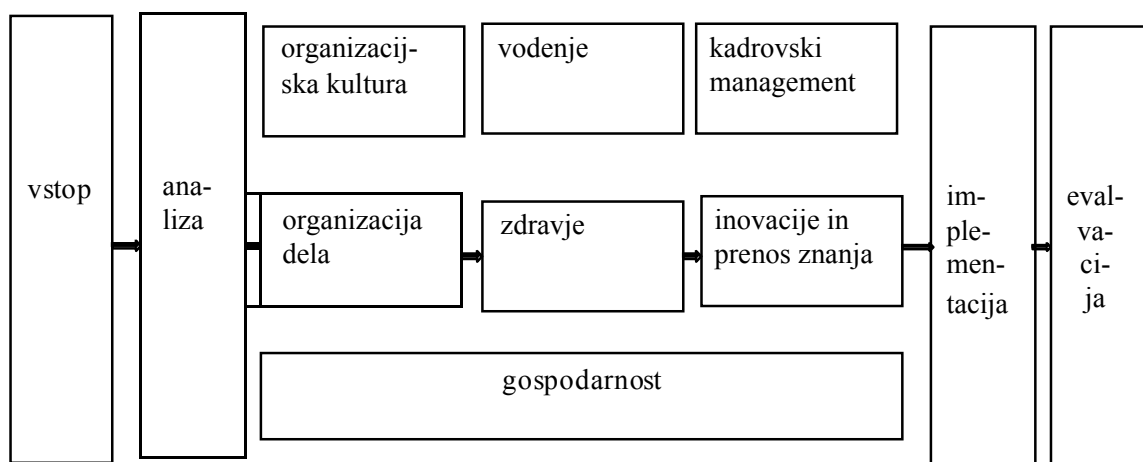
Principi in sodelavca pišejo, da je trend staranja delovne sile opazen že vse od devetdesetih let. Omenjen trend zaznamujejo povišanje upokojitvene starosti, zahteve za predčasno

upokojevanje ter istočasno potreba po uvajanju pravil proti starostni diskriminaciji (Principi idr. 2015, 802).

Hedge in Borman predvidevata, da bo z naraščanjem števila starejših delavcev, ki so pripravljeni delati tudi po dopoljnjeni delovni dobi, potrebno nujno razvijati pristope, ki bodo izhajali iz boljšega razumevanja odnosov starejših delavcev do dela in do organizacij, v katerih so zaposleni, kakor tudi procesa upokojevanja (Hedge in Borman 2012, 7). Hafkersbring in Krause pa opozarjata, da se bodo demografske spremembe v prihodnjih letih postopoma, v različnih časovnih obdobjih in z različno hitrostjo v diferenciranih razsežnostih, dotaknile organizacijskih struktur na različnih nivojih. Avtorja zato predlagata, da vsaka organizacija razvije sebi primerno strategijo upravljanja s starostjo zaposlenih (Hafkersbring in Krause 2017, 31).

Nagele in Walker v zvezi z začetki age managementa pišeta, da pobuda za odpravo diskriminacije zaradi starosti prihaja s strani strokovnjakov za kadrovska vprašanja, ki so prepoznali prednosti starostne različnosti zaposlenih (Naegele in Walker 2006). Na sliki 5 so predstavljeni elementi modela age managementa.

**Slika 5: Model upravljanja s starostjo zaposlenih**



Vir: Hafkersbring in Krause 2017, 23.

Avtorja Hafkersbring in Krause v razlagi na sliki 5 predstavljenega modela age managementa podrobneje pojasnjujeta vsebino vseh elementov. Tako je po odločitvi za uvedbo age managementa najprej potrebna analiza demografske situacije v organizaciji. Vsebinsko središče modela gradi šest glavnih elementov (Hafkersbring in Krause 2017, 23). Za uspešno implementacijo age managementa je na prvem mestu potrebna demografsko

usmerjena organizacija kultura, ki odseva iz vizije organizacije v zahtevi po spoštljivem odnosu do individualnih razlik zaposlenih.

Naslednji element v modelu je vodenje. Ohranjanje in izboljšanje delovne sposobnosti v največji meri določa vedenje vodilnih (25). Kadrovski management v modelu age managementa predvideva nove pristope, ki morajo vzpodbujati starostno mešano sestavo zaposlenih, pripadnost zaposlenih organizaciji, ohranjanje delovne sposobnosti ne glede na starost, pravočasno načrtovanje zamenjav in pravočasno in zadostno rekrutiranje novih delavcev (26). Avtorja v nadaljevanju razlage modela opozarjata, da je za uspešno uvedbo age managementa potrebno posebno pozornost nameniti tudi sami organizaciji dela, kar pomeni predvsem razvoj in implementacijo modelov fleksibilnega delovnega časa, optimizacijo delovnih procesov, razvoju delovnih struktur, ki motivirajo in vzpodbujajo učenje in zaposlitev starejših delavcev z ustreznimi kompetencami (27).

Ker model age managementa vsebinsko podpira model delovne sposobnosti, je velik poudarek pri implementaciji modela namenjen ohranjanju zdravja zaposlenih, kakor tudi skrb za prenos inovacij in prenosa znanja, pri čemer Hafkersbrink in Krause predlagata, da se pri tem osredotoči na težnjo k inovacijam na podlagi novih znanj in izkušenj, ter zaznavanja potencialov spreminjajoče se družbe za razvoj novih produktov in storitev (28). Witkowski in Bartoszova predlagata, da bi bilo potrebno v okviru age managementa posebno pozornost nameniti tudi značaju sprememb, odvisnih od socialnih, družinskih in ekonomskih okoliščin posameznika, preučiti pa bi bilo potrebno tudi notranje vire v smislu sistema vrednot, psihološke zrelosti, osebne integracije in prejšnjih načinov psihološkega vedenja posameznika (Witkowski in Bartosz 2017, 83).

Naegele in Walker tudi opredeljujeta pet ključnih razlogov za uvedbo age managementa v organizaciji, pri čemer trdita, da se age management v organizacijah uvaja zaradi kombinacije dveh izmed naštetih petih razlogov, med katerimi so povečanje baze kompetenc, nujnost vključevanja starejših zaposlenih v organizacijske spremembe in razvoj, pripravljenost starejših zaposlenih na sprejemanje novih izzivov, zmanjšanje stroškov dela, odvisnih od starosti zaposlenih, prilagajanje spremembam na trgu dela in reševanje pomanjkanja delavcev na lokalnem in zunanjem trgu (Naegele in Walker 2006).

Uporabnost in gospodarstvena vrednost age managementa se po ugotovitvah Hafkersbringa in Krausea kaže v ohranjanju telesnih sposobnosti zaposlenih, zmanjšanju neželene odsotnosti z dela, zmanjšanju nezmožnosti za delo, izboljšanju delovne in procesne organizacije, pripravljenost zaposlenih na tehnološke in organizacijske spremembe, povišanju zadovoljstva in motiviranosti zaposlenih, razvoju novih idej za produkte in

storitve, povešanju kakovosti izdelkov in storitev, izboljšanju delovne klime in zmanjšanju fluktuacije (Hafkersbring in Krause 2017, 28).

Ker je model age managementa namenjen skoraj izključno vodenju starejših zaposlenih (Dimovski in Žnidaršič 2007; Holleder 2016 in Hafkersbring in Krause 2017, 17), je v novejših raziskavah mogoče zaslediti izraz diversity management (*slv. upravljanje različnosti*) (Bieling idr. 2015; Barak 2016 in Krisor in Köster 2016). Mehra in Sharma izraz diversity management opredeljujeta kot nov pristop k upravljanju različnosti v organizacijah z namenom izboljšanja produktivnosti in nižanja števila in obsega težav, ki izhajajo iz individualnih razlik med zaposlenimi (Mehra in Sharma 2018).

- **Diversity Management – model upravljanja različnosti**

V času globalizacije in mobilnosti delovne sile se na vseh področjih dela in učenja soočamo s široko paleto različnosti. Kosi s sodelavci piše, da je raznolikost širok koncept, ki zajema številne vidike različnosti oziroma osebnih okoliščin med ljudmi in vpliva na to, kako se posamezniki obnašajo in kako delujejo v interakciji. Osnovne osebne okoliščine, po katerih se posamezniki razlikujejo, so rasa, barva kože, spol, starost, etnična pripadnost, narodnost, veroizpoved, spolna usmerjenost, zakonski stan, starševstvo, dohodek oziroma premoženje in politično ali drugo prepričanje (Kosi, Nastav in Dolenc 2012, 13).

Management upravljanja različnosti se je, kot ugotavljata Özbilgin in Tatli, najprej pojavil v diskurzu in praksi v devetdesetih letih v Združenih državah Amerike (Özbilgin in Tatli 2008, 3). Avtorja v definiciji upravljanja različnosti le-tega opredeljujeta kot načrtovanje, koordinacijo in implementacijo upravljavskih strategij, politike, iniciativ, usposabljanj in razvojnih aktivnosti, katerih naloga je umestitev različnih paketov socialnih in individualnih ozadij, interesov, prepričanj, vrednot in načinov dela v organizacijah z mednarodno, multinacionalno, globalno in transnacionalno delovno silo (8).

Za upravljanje različnosti je bilo razvitih več teoretičnih modelov. Jansen in Özbilgin tako v smislu upravljanja različnosti predstavljata procesni model, vsebinski model, interventni model, hišo globalnega upravljanja različnosti in komunikacijski model različnosti (Jansen in Özbilgin 2014, 378). Jansen in Özbilgin k procesnemu modelu globalnega upravljanja različnosti razlagata, da je pri doseganju prednosti, ki jih prinaša proces upravljanja različnosti z uporabo intervencij, na prvem mestu nujna podpora vodstva, izpolnjeni pa morajo biti tudi drugi zahtevani pogoji, ki vzpodbujajo razcvet različnosti v organizaciji (370). Delovno področje institucionalnega varstva starejših se v časih hitrega staranja populacije sooča z mnogimi novimi izzivi, med katerimi so na eni strani potrebe uporabnikov in njihovih svojcev in na drugi strani zmožnosti zaposlenih in njihovim

vsesplošnim pomanjkanjem, kar rezultira v mobilnosti in raznolikosti zaposlenih; implementacija novih managerskih znanj in upoštevanje individualnih razlik med zaposlenimi omogočata povečanje kakovosti storitev in varnosti za stanovalce in zaposlene.

### **2.15 Pregled izsledkov primerljivih raziskav s področja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših**

Ko govorimo o vplivu demografskih sprememb na zaposlene v institucionalnem varstvu starejših, najprej pomislimo na povečanje povpraševanja po storitvah institucionalnega varstva starejših in izzivov, povezanih z daljšanjem življenjske dobe.

V sistemu institucionalnega varstva pa je odprtih še veliko več problemskih polj, ki so lahko, ni pa nujno, med drugim povezane tudi z demografskimi spremembami v strukturi zaposlenih in možnostmi za ohranjanje in izboljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

Van den Berg tako ugotavlja, da nizka delovna sposobnost povečuje možnosti za zgodnje upokojevanje, dolgotrajno odsotnost z dela zaradi bolezni in nezmožnost za delo (Van den Berg idr. 2008). Pri delovni sposobnosti gre za primarno vprašanje ravnovesja med delom in osebnimi viri (Ilmarinen 2009, 1). Lindberg s sodelavci na primer ugotavlja, da je izkazovanje odlične delovne sposobnosti odvisno od fizičnih sposobnosti, jasnih delovnih nalog in pozitivnih povratnih informacij, medtem ko naj bi bilo izkazovanje slabe delovne sposobnosti pogojeno z varnostjo zaposlitve in psihosocialnimi dejavniki (Lindberg idr. 2006, 113). Van der Berg in sod. pričakovano dokazujejo negativen vpliv mišično-skeletnih, srčnih in respiratornih bolezni ter duševnih motenj na delovno sposobnost in odsotnost z delovnega mesta zaradi bolezni med nizozemskimi zdravstvenimi delavci (Van der Berg idr. 2017, 658).

V longitudinalni študiji med švedskimi zdravstvenimi delavci, ki so dolgotrajno odsotni z delovnega mesta zaradi bolezni, je Ahlsromova s sodelavci potrdila povezavo med dolgotrajno odsotnostjo z delovnega mesta zaradi bolezni in delovno sposobnostjo (Ahlsrom idr. 2010, 404). Goedhard poroča o rezultatih raziskave z WAI med medicinskimi sestrami v splošni bolnišnici in statistično zanesljivo ugotavljajo vpliv starosti in zaznanega stresa na nižjo delovno sposobnost, med tem ko v skupini medicinskih sester, zaposlenih na oddelku za srčne bolezni, rezultati niso pokazali negativnega vpliva dela v izmenah na delovno sposobnost (Goedhard idr. 2011, 449).

Oliv s sodelavci ugotavlja, da fizično manj zahtevno delo pozitivno vpliva na odlično delovno sposobnost pri moških in ženskah z bolečinami v vratu v različnih starostnih skupinah (Oliv idr. 2017, 358).

Z uporabo kombinacije WAI in vprašalnika o kakovosti življenja (WHOQOL – BREF) so Sorić in sodelavci dokazali, povezavo med nizko izobrazbo in nizko delovno sposobnostjo in nizkim nivojem psihičnega zdravja po vprašalniku o kakovosti življenja (QOL). Študija ni pokazala povezave med opravljanjem izmenskega dela in delovno sposobnostjo in ne s kvaliteto življenja (Sorić idr. 2013, 379).

Če so zdravstveni delavci pogosto v središču številnih znanstvenih raziskav o delovni sposobnosti (Flo idr. 2014; de Wind idr. 2015; Rheumen in Mullen 2018; Olsen, Bjaalid in Mikkelsen 2017), pa so zaposleni v čistilnih službah domov za starejše pogosto neopaženi. Kot ugotavljajo Müller in sodelavci, čistilno osebje na tri ključne načine sodeluje v dolgotrajni oskrbi starejših, in sicer na področju preprečevanja okužb, skrbi za čisto, varno in domačno vzdušje v domu in s podpiranjem drugih zdravstvenih delavcev v njihovi skrbi za stanovalce (Müller idr 2017).

Hopsu s sodelavci piše o ugotovljenih povezavah med zaznano delovno sposobnostjo in individualnimi značilnostmi kot napovedniku zgodnjega umika profesionalnih čistilcev iz poklicnega življenja (Hopsu idr. 2005). Na poklicno skupino čistilcev je mogoče aplicirati tudi spoznanja nekaterih drugih raziskav (Glise idr. 2010; Arif in Delcos 2011 in Robroeck idr. 2013).

Administrativni delavci so bili predmet velike raziskave, s katero sta Ilmarinen in Tuomi postavila teoretične okvirje modelu delovne sposobnosti (Ilmarinen in Tuomi, 1992). Virtanen s sodelavci je med drugim ugotovil, da je možnost, da bodo zaposleni na višjih delovnih mestih ostali zaposleni še po dopoljnjeni delovni dobi, dvakrat večja kot pri zaposlenih na nižjih delovnih mestih (Virtanen idr. 2017, 43).

Pričakovano negativen vpliv kroničnih boleznih na delovno sposobnost delavcev, starejših od 45 let, podaja Koolhaas s sodelavci (Koolhaas idr. 2014, 433). Reeuwik s sodelavci piše, da obstaja verjetnost, da bo 82 odstotkov administrativnih delavcev, ki izkazujejo slabo delovno sposobnost na podlagi ocene z WAI, odsotnih z delovnega mesta zaradi bolezni več kot 15 dni v naslednjem koledarskem letu (Reeuwik idr. 2015, 14).

Ugotavljamo, da se večina raziskav vse od osemdesetih let naprej ukvarjajo s stanjem delovne sposobnosti, posledicami nizke delovne sposobnosti in vplivi posameznih dejavnikov na delovno sposobnost zaposlenih. V raziskave so najpogosteje vključeni

zdravstveni poklici (Ehegartner idr. 2019; Barnett idr. 2019; Gustafson idr. 2019 in Dordoni idr.2019) ostale poklicne skupine ostajajo bolj kot ne neopazne.

Ker je problematika zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših globalna, predvidevamo, da bi vsaj osnovni pristopi k reševanju problematike lahko izhajali iz enotnega koncepta, ki pa bi moral dopuščati upoštevanje političnih, finančnih, kulturnih, jezikovnih, organizacijskih in izobrazbenih značilnosti posameznih sistemov institucionalnega varstva starejših. Mogoče je namreč predvidevati, da zaposlenim v institucionalnem varstvu starejših uspešno izvedbo delovnih nalog omogočajo za različne poklicne skupine različni, vendar značilni, dejavniki.



### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 Namen in cilji raziskovanja**

Namen raziskave je oblikovanje socialnogerontološkega modela, s pomočjo katerega bi lahko izboljšali delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in vplivali na preprečevanje zgodnjega upokojevanja, zmanjševanja obsega delovnega časa in zapuščanja poklica med zaposlenimi.

Na poti do uresničevanja namena raziskovanja smo si zastavili naslednje cilje:

1. CILJ: Opredeliti teoretična izhodišča, ki določajo umestitev pojma delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših na znanstveno področje socialne gerontologije.
2. CILJ: Identificirati dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.
3. CILJ: Oblikovati seznam možnih ukrepov za podaljšanje delovne sposobnosti za zaposlene v institucionalnem varstvu starejših.
4. CILJ: Glede na identificirane dejavnike in predlagane ukrepe oblikovati socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

#### **3.2 Raziskovalne hipoteze in raziskovalna vprašanja**

Ob upoštevanju predstavljenih teoretičnih izhodišč in aktualnosti raziskovalnega problema smo oblikovali v nadaljevanju predstavljena raziskovalna vprašanja in raziskovalne hipoteze.

1. RAZISKOVALNO VPRAŠANJE: Kako na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vplivajo različni dejavniki, ki so značilni za posamezne poklicne in starostne skupine?
2. RAZISKOVALNO VPRAŠANJE: Kateri dejavniki, ki vplivajo na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, so za posamezne poklicne in starostne skupine bolj in kateri manj pomembni?
3. RAZISKOVALNO VPRAŠANJE: S katerimi ukrepi je mogoče vplivati na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših glede na posamezne poklicne in starostne skupine?

Socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših smo strukturirali na osnovi treh hipotez:

H1: Na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vplivajo zunanji dejavniki.

H1a: Na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vplivajo dejavniki delovne klime.

H1b: Na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vplivajo dejavniki delovnega okolja.

H1c: Ocena trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših je odvisna od vpliva neposrednih vodilnih.

H1d: Ocena trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših je odvisna od vpliva centralnega vodstva.

H1e: Na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vpliva zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem.

H1f: Ocena trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših je odvisna od vpliva družine.

H2: Na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vpliva ocena notranjih dejavnikov.

H2a: Na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vpliva zdravstveno stanje.

H2b: Ocena trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših je odvisna od vpliva kompetenc.

H2c: Ocena trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših je odvisna od vpliva vrednot.

H2d: Ocena trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših je odvisna od vpliva motivacije.

H3: Vpliv kronološke starosti na oceno trenutne delovne sposobnosti se statistično pomembno razlikuje med posameznimi poklicnimi skupinami zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

H3a: Zaposleni v poklicih, ki zahtevajo višjo stopnjo izobrazbe, izkazujejo pri višji kronološki starosti boljšo delovno sposobnost (glede na samooceno delovne sposobnosti) kot zaposleni v poklicih, ki zahtevajo nižjo stopnjo izobrazbe.

### **3.3 Raziskovalna metodologija**

Z namenom doseganja zastavljenih ciljev doktorske disertacije smo uporabili tako kvantitativno kot kvalitativno metodo raziskovanja. Pri tem smo se med drugim opirali tudi na pisanje Mishre in Aloka, ki navajata, da raziskovalec z izborom ustrezne raziskovalne metodologije razloži posamezne korake na poti do rešitve raziskovalnega problema (Mishra in Alok 2019, 1).

Da bi lahko ustrezno utemeljili socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, smo v prvem koraku izvedli kvantitativno raziskavo. V raziskavi smo kot raziskovalni instrument uporabili anketni vprašalnik o vplivu dejavnikov, ki so utemeljeni v modelu delovne sposobnosti na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših (v nadaljevanju anketni vprašalnik). Raziskavo smo izvedli na reprezentativnem vzorcu zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših (v nadaljevanju zaposlenih). Na podlagi dobljenih rezultatov in njihove statistične analize smo lahko določili dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih glede na posamezne starostne in poklicne skupine.

Kvantitativni del raziskave v raziskovalnem procesu predstavlja poleg zbiranja podatkov, s pomočjo anketnega vprašalnika za statistično analizo, na podlagi katere smo lahko potrdili ali ovrgli raziskovalne hipoteze, tudi prvo fazo delfijeve metode, v kateri smo zbrali splošno mnenje o raziskovalnem problemu v širšem krogu poznavalcev te problematike. Zbrani podatki predstavljajo izhodišče za pripravo vprašalnikov v nadaljnjih krogih delfi metode. Kvantitativno raziskavo smo izvedli na reprezentativnem vzorcu zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših v domovih starejših v Sloveniji, Avstriji in na Hrvaškem. S delfi metodo smo v treh krogih zbirali ukrepe, ki bi po mnenju dvanajstih priznanih strokovnjakov najpomembneje vplivajo na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

Oblikovanje socialnogerontološkega modela podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših smo izvedli ob upoštevanju predvidenega raziskovalnega načrta, kot je prikazan na sliki 6.

## Slika 6: Prikaz raziskovalnega procesa oblikovanja socialnogerontološkega modela podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših

### RAZISKOVALNI PROCES OBLIKOVANJA SOCIALNO GERONTOLOŠKEGA MODELA PODALJŠANJA DELOVNE SPOSOBNOSTI ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH

KVANTITATIVNA RAZISKAVA	KVALITATIVNA RAZISKAVA
MERILNI INSTRUMENT	RAZISKOVALNA METODA
anketni vprašalnik	Delphi
VZOREC	VZOREC
Zaposleni v inst. varstvu starejših v Avstriji, na Hrvaškem in v Sloveniji	Priznani strokovnjaki iz področja institucionalnega varstva starejših iz, Avstrije Hrvaške in Slovenije
Razdeljeni vprašalniki N=900	N=12
Vrnjeni vprašalniki N=674	
Veljavni vprašalniki N=490	Delfi metodologija 1.krog
STATISTIČNA OBDELAVA PODATKOV	Predlagani ukrepi, za izboljšanje delovne sposobnosti glede na dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost
OPISNA STATISTIKA	123 ukrepov
Frekvenčne porazdelitve	Delfi metodologija 2.krog
Najmanjša in največja vrednost	Ocena ukrepov glede na pomembnost implementacije v delovne procese
Srednja vrednost	Delfi metodologija 3.krog
Standardni odklon	Rangiranje ukrepov glede na pomembnost njihove implementacije v delovne procese
DOLOČANJE ODVISNOSTI MED SPREMENLJIVKAMI	21 ukrepov
Regresijska analiza	
Korelacijska analiza	
ANALIZA VPLIVA MED SPREMENLJIVKAMI	
Multipla regresija	
Linearna regresija	
Analiza variance	
DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA OCENO TRENUTNE DELOVNE SPOSOBNOSTI ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH	UKREPI ZA IZBOLJŠANJE DELOVNE SPOSOBNOSTI ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH
HIBRIDNI SOCIALNO GERONTOLOŠKI MODEL PODALJŠANJA DELOVNE SPOSOBNOSTI ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH	

Vir: Lastna raziskava 2020.

V procesu oblikovanja socialnogerontološkega modela za podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in ugotavljanju dejavnikov, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih, sledi implementacija ukrepov, ki jih za podaljšanje delovne sposobnosti priporočajo neodvisni, priznani strokovnjaki.

### 3.3.1 Metode in tehnike

Zbiranje podatkov je potekalo ločeno za kvantitativni in kvalitativni del raziskave z uporabo izbranih raziskovalnih metod.

- **Neeksperimentalna kvantitativna metoda raziskovanja z anketnim vprašalnikom**

Zbiranje podatkov je potekalo v več fazah. V prvi fazi raziskovalnega procesa smo najprej poslali prošnje za opravljanje raziskave v domove starejših v Sloveniji, ki razpolagajo z najmanj 90 posteljnimi enotami. Seznam domov starejših v Sloveniji smo pridobili s spletne strani državne uprave Slovenije GOV.SI. Za sodelovanje v raziskavi se je odločilo 9 domov starejših iz navedenega seznama, objavljenega junija 2018. Ker se odgovorni v večini domov, v katere smo poslali prošnjo za opravljanje raziskave, za sodelovanje niso odločili, bi bila transparentnost vzorca predvsem v poklicnih skupinah, ki zajemajo v skladu s standardizacijo delovnih mest manj zaposlenih na posamezni dom starejših vprašljiva, smo se odločili, da raziskavo razširimo v Avstrijo in na Hrvaško.

Za opravljanje raziskave na Hrvaškem smo pridobili seznam domov starejših, v katerih lahko opravljamo raziskavo in hkrati tudi dovoljenje za opravljanje raziskave v imenovanih domovih s strani Gradskega urada za socialnu zaščito; odjel za ustanove socialne skrbi, ki je tudi upravljavec državnih domov na področju mesta Zagreb. Razen tega smo prošnjo za opravljanje raziskave poslali tudi v domove starejših privatnih upravljavcev. Na Hrvaškem smo raziskavo tako izvedli v skupno 13 domovih za starejše. V Avstriji smo prošnjo za opravljanje raziskave poslali 3 največjim privatnim upravljavcem domov za starejše. V raziskavi je skupno sodelovalo 16 domov za starejše<sup>7</sup>. V drugem koraku procesa pridobivanja podatkov smo razdelili 900 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 674 vprašalnikov, kar predstavlja 74,9 odstotka vseh razdeljenih vprašalnikov. V nadaljevanju procesa zbiranja in obdelave podatkov smo določili kriterije veljavnosti vprašalnikov. Za veljavne smo šteli tiste vprašalnike, ki so vsebovali podatek o kronološki starosti, podatek o poklicni pripadnosti in oceno trenutne delovne sposobnosti. V nadaljnji statistični analizi smo po izločitvi neveljavnih vprašalnikov tako uporabili 490 vprašalnikov. 184 vprašalnikov smo

---

<sup>7</sup> Seznam sodelujočih organizacij je razviden v prilogi, privolitve organizacij so na voljo pri avtorici.

izložili iz statistične obdelave, ker niso vsebovali bodisi opredelitve poklicne skupine oziroma so pripadali poklicni skupini, ki ni klasificirana po MKP, oziroma so opravljali delovno mesto, ki ni skladno z njihovo izobrazbo (zdr. tehnik na mestu diplomirane medicinske sestre<sup>8</sup> oziroma niso odgovorili na ključni vprašanji, to sta: ocenite svojo trenutno delovno sposobnost ali se niso opredelili glede starosti.

- **Metoda delfi**

Tako kot večina izhodišč v pričujoči doktorski disertaciji tudi pojem konsenz, kot cilj usklajevanja strokovnjakov z namenom reševanja izpostavljenega problema, izhaja iz antične grške filozofije in kot tak danes predstavlja enega temeljev demokratične družbe. Izraz sam izhaja iz latinščine in pomeni dogovor.

Delfi metodo lahko označimo, kot ugotavljata Linstone in Turoff, kot metodo strukturiranega skupinskega komunikacijskega procesa, tako da je ta učinkovit in omogoča skupini posameznikov, da se vsak posamično soočajo s kompleksnim problemom (Linstone in Turoff 2002, 3). Dalkey in Helmer pojasnjujeta, da je izvorno ime metode delfi pravzaprav "Project Delfi" in je služilo poimenovanju raziskovalnega projekta ameriških zračnih sil v zgodnjih petdesetih letih dvajsetega stoletja, ki se je nanašal na uporabo mnenja strokovnjakov.

Namen izvirne študije je bil pridobiti najbolj zanesljiv dogovor (konsenz) izbrane skupine strokovnjakov z uporabo večih, intenzivnih vprašalnikov, prepletenih s kontroliranimi povratnimi informacijami (Dalkey in Helmer 1963, 458). Linstone in Muroff ločita dva možna načina izvedbe delphi metode, in sicer konvencionalni delfi, pri katerem manjši nadzorni tim oblikuje vprašalnike in jih posreduje skupini respondentov (strokovnjakov), vrnjene vprašalnike nadzorni tim analizira in oblikuje nove vprašalnike (Linstone in Muroff 2002, 5).

Novejšo obliko, tako še v nadaljevanju pišeta Linstone in Muroff, imenujemo delfi konferenca in poteka z uporabo računalniškega programa, ki producira zbirke rezultatov skupinskega dela, pri čemer ima nadzorni tim možnost spreminjanja pravil med samim potekom komunikacijskega procesa med izbranimi strokovnjaki.

Novejša oblika delfi metode se imenuje Real-lucre Delphi (5). Sekayi in Kennedy v zvezi z delfi metodo, kot kvalitativno raziskovalno metodo, ugotavljata, da je mogoče raziskavo z uporabo delfi metode izvesti tudi tako, da se podatki zbirajo preko elektronske pošte ali z uporabo aplikacij za deljenje dokumentov (Sekayi in Kennedy 2017, 2755).

---

<sup>8</sup> Raziskavo smo izvedli pred uveljavitvijo poklicnih kompetenc za področje zdravstvene nege v Sloveniji.

Livinstone in Turoff navajata, da se metoda delfi izvaja v štirih fazah, ki predstavljajo značilen potek raziskovanja. Prva faza se tako nanaša na zbiranje podatkov o problemu, druga faza je namenjena oblikovanju mnenj izbranih strokovnjakov in identifikaciji tistih elementov problema, o katerih se izbrani strokovnjaki ne strinjajo. V nadaljevanju raziskave, v njeni tretji fazi, se analizirajo razlike med mnenji strokovnjakov in proučijo možnosti za njihovo oceno, medtem ko v četrti fazi nastopi končna ocena, ko so vse, v prejšnjih fazah zbrane informacije, analizirane in je vrednotenje služilo kot povratna informacija (Livinstone in Turoff 2002, 6).

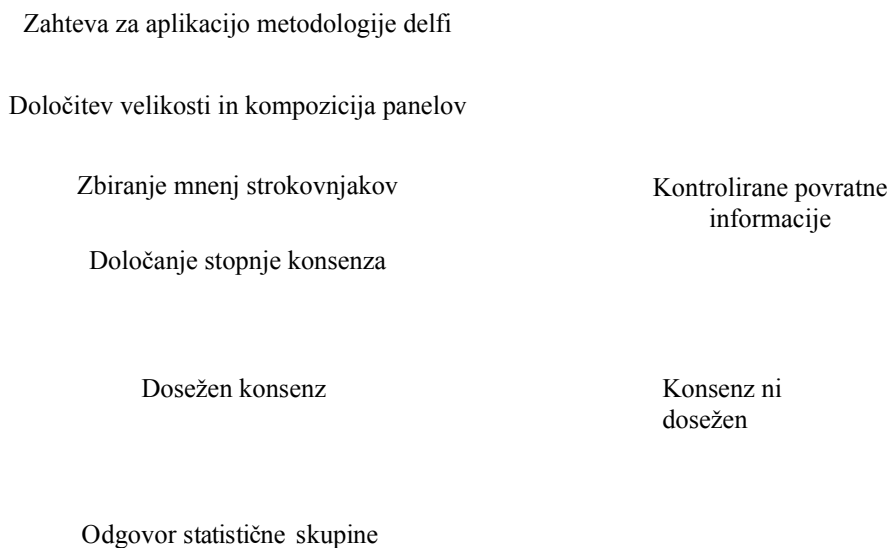
Sekayi in Kennedy nekoliko moderniziran pristop k izvedbi raziskave z uporabo delfi metode še vedno opisujeta kot štiri fazni proces. Prva faza v procesu poteka v obliki odprte diskusije, ki predstavlja vsebinsko podlago za oblikovanje vprašalnika v obliki trditev o obravnavanem problemu. Vprašalnik je v tretji fazi posredovan ekspertom, ki razvrstijo izjave glede na stopnjo strinjanja.

Konsenz je definiran vnaprej v obliki odstotka strinjanja vseh sodelujočih strokovnjakov, npr. dogovor o izjavi (konsenz) je dosežen, ko se 80 odstotkov zelo strinja ali strinja z izjavo. Konsenz ni dosežen takrat, ko stopnja strinjanja med strokovnjaki tudi po več krogih ne preseže 50 odstotkov. Takrat govorimo o stabilnosti. Stabilnost predstavlja mejo, ko strokovnjaki več ne spreminjajo stopnje strinjanja z izjavo (Sekayi in Kennedy 2017, 2756). Delfi je bila kot raziskovalna metoda predstavljena na več možnih načinov, ugotavljajo Habibi in sod., kot raziskava, študija, procedura, pristop in tehnika, kar potrjuje splošno priznano lastnost, da delfi metoda omogoča mnoga odstopanja pri utemeljitvi njene uporabe, velikosti panelov, samem načinu konstituiranja panelov in prepoznavanja zaključka delfi procesa (Habibi idr. 2014, 8). Delfi metoda se je izkazala kot široko uporaben raziskovalni pristop pri izboru primernih raziskovalnih metod na raziskovalnem področju socialnih znanosti, kjer na ključne besede "Uporabnost metode delfi v socialnih študijah" za obdobje od 2010 do 2019 najdemo približno 17 200 zadetkov.

Habibi, in sod.pa omenjajo tudi šibkost lastnih teoretičnih okvirjev delfi metode in jo prepoznavajo kot eno glavnih pomanjkljivosti, sicer zelo uporabne raziskovalne metode (Habibi idr. 2014, 8).

V procesu zbiranja podatkov za kvalitativno raziskavo z uporabo metode delfi smo oblikovali skupino priznanih strokovnjakov, po štiri iz Avstrije, Hrvaške in Slovenije. Strokovnjaki niso bili seznanjeni s tem, kdo je še v skupini. Raziskava je potekala v skladu s teoretičnim modelom za uporabo metodologije delfi v kvalitativnem raziskovanju, ki ga predlagajo Habibi in sod., kot je prikazano na sliki 7.

## Slika 7: Teoretični okvir izvedbe raziskave z uporabo metode delfi



Vir: Habibi idr. 2014, 9

V procesu priprave raziskave smo ugotovili, da nobenega od do sedaj objavljenih seznamov ukrepov (Planko idr. 2017 in Glaser idr. 2018) ne moremo v objavljeni obliki umestiti v socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti, zato odločitev za sklic panela strokovnjakov, ki bodo predlagali potreben seznam ukrepov z uporabo metode delfi. V naslednjem koraku procesa smo določili velikost panela in k sodelovanju povabili po štiri priznane strokovnjake s področja managementa v institucionalnem varstvu starejših iz Slovenije, Avstrije in Hrvaške. Raziskavo smo izvedli z uporabo modificirane metode papir – svinčnik. Posredovanje vprašalnikov in njihovo vračanje je potekalo preko elektronske pošte.

### 3.3.2 Opis instrumentarija

- **Neeksperimentalna kvantitativna metoda raziskovanja z anketnim vprašalnikom**

Z namenom potrditve predstavljenih raziskovalnih hipotez in oblikovanja socialnogerontološkega modela podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših smo izvedli raziskavo z uporabo preverjenega anketnega vprašalnika kot merilnega instrumenta (v prilogi). Kot izhodišče za vprašalnik smo uporabili teoretična izhodišča v nadaljevanju predstavljenih avtorjev. Vprašalnik o dejavnikih, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih (v nadaljevanju vprašalnik), je razdeljen na pet osnovnih sklopov, in sicer prvi sklop ocena lastne delovne sposobnosti, ki je v nadaljevanju razdeljen še na tri podvprašanja, ki se nanašajo na oceno trenutne delovne sposobnosti,



oceno vpliva kronološke starosti na trenutno delovno sposobnost ter primerjavo trenutne delovne sposobnosti z najboljšo delovno sposobnostjo kadarkoli. Vprašanja v prvem sklopu vprašalnika izhajajo neposredno iz modela delovne sposobnosti in so identična vprašanjem v indeksu delovne sposobnosti.

Drugi sklop vprašalnika vsebuje vprašanja, ki se nanašajo na področje družine in socialnih stikov in služijo oceni vpliva zadovoljstva oziroma odstopanj od zadovoljstva na osebnem področju na delovno sposobnost.

Tretji sklop vprašalnika zajema vprašanja o osebnih notranjih dejavnikih posameznika. Tretji sklop se sestoji iz šestih podvprašanj, od katerih v treh obsežnejših podsklopih – zdravje, kompetence, ki smo jih povzeli po klasifikaciji kompetenc po Sonntag in Schaper (Sonntag in Schaper 1999), vrednote in motivacija – sprašujemo sodelujoče o vplivih posameznih elementov prej naštetih dejavnikov na njihovo delovno sposobnost. Na podoben način v četrtem sklopu proučujemo zunanje dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, in sicer v štirih podvprašanjih, od katerih je prvo namenjeno ugotavljanju vpliva posameznih elementov vodenja na delovno sposobnost udeležencev ter vpliva vodij na posameznih nivojih vodenja (vodja tima, delovne izmene, vodja enote ali centralno vodstvo). V zadnjem podvprašanju četrtega sklopa pa se sodelujoči opredeljujejo do posameznih elementov delovnega okolja kot enega izmed štirih glavnih elementov Ilmarinenovega modela delovne sposobnosti. Peti sklop vprašalnika je hkrati tudi zaključek vprašalnika in sodelujoče sprašuje o splošnih in demografskih informacijah, ki služijo opisu raziskovalnega vzorca in predstavljajo neodvisne spremenljivke v procesu statistične obdelave podatkov (starost, spol, delovna doba, zakonski stan, poklic). Vprašalnik vsebuje tudi informacijo o prostovoljnosti sodelovanja in anonimnosti podatkov.

Anketirani so na vprašanja odgovarjali tako, da so ocenjevali vpliv posameznih naštetih dejavnikov na njihovo trenutno delovno sposobnost, pri čemer smo uporabili Likertovo lestvico.

Likerto lestvico je razvil ameriški socialni psiholog Rensis Likert (1903–1981). Willits, in sod. pišejo, da je Likertovo lestvico Rensis Likert razvil v sklopu svoje doktorske disertacije na Univerzi Columbia leta 1932 (Willits idr. 2016, 126). Ambrož in Colarič - Jakšetova ob tem ugotavljata, da Likertova lestvica sodi med seštevalne lestvice. Pri tej lestvici je tako pomembno, da uporabimo toliko stopenj, da lahko vanjo vključimo tudi stopnjo nevtralno (Ambrož in Colarič - Jakše 2015, 127).

V povezavi z Likertovimi skalami Willits in sod., Likertove lestvice uvrščajo na področje raziskovanja družbenega vedenja. Omenjeni avtorji ob tem tudi opozarjajo, da čeprav so

Likertove lestvice pogosto uporabljena metoda na področju raziskovanja v socialnih znanostih, imajo tudi pomanjkljivosti, med katerimi metodologi s področja socialnih znanosti najpogosteje omenjajo število in značilnosti kategorij (Willis idr. 2016, 127). V uporabljenem vprašalniku smo uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico.

V različnih sklopih vprašanj smo kategorije poimenovali različno, in sicer tako, da smiselno odražajo oceno strinjanja s postavljenim vprašanjem.

- **Kvalitativna raziskava z uporabo metode delfi**

V kvalitativnem delu raziskave smo v skladu s predstavljenim teoretičnim okvirjem uporabili tri vprašalnike. V prvem vprašalniku smo strokovnjake v panelu prosili, da za navedenih sedem dejavnikov, za katere smo v predhodni kvantitativni raziskavi ugotovili, da statistično signifikantno vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, navedejo vsaj tri ukrepe, za katere menijo, da bi z njimi lahko vplivali na podaljšanje trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. V drugem vprašalniku smo iste strokovnjake prosili, da zbrane ukrepe ocenijo z oceno od ena do, pet pri tem smo ponovno uporabili Likertovo lestvico.

Vrnjene vprašalnike smo statistično obdelali s programom SPSS V25; pri tem smo izračunali povprečne vrednosti ocen za posamezen ukrep in standardni odklon. V tretjem krogu delfijeve metode so izbrani strokovnjaki določali, kako smiselna se jim zdi implementacija predlaganih ukrepov na lestvici od ena do pet. V modelu smo uporabili najvišje 3 ocenjene ukrepe po posameznem dejavniku glede na višino izračunane povprečne ocene in standardnega odklona.

- **Preverjanje zanesljivosti merilnega instrumenta kvantitativne raziskave**

Zanesljivost anketnega vprašalnika smo preverili s Cronbach  $\alpha$  testom, izvedenim s programom SPSS.V25. Z merjenjem zanesljivosti vprašalnika smo želeli oceniti prisotnost slučajnih napak. Saj, kot piše Šuster s sod.:”manjša kot je naključna ali slučajna napaka, večja je zanesljivost merjenja” (Šuster idr. 2012, 34). Zanesljivost vprašalnika smo preverili tako za posamezne sklope vprašanj kot za vprašalnik kot celoto. Pri tem smo ugotovili, da je pri analizi zanesljivosti vprašanj v prvem sklopu vrednost Cronbach  $\alpha$  znašala 0,62 in je sama po sebi prenizka, da bi zagotavljala zadostno zanesljivost, ki je po navadi izražena pri vrednosti Cronbach  $\alpha$  pri 0,7. Takšna vrednost  $\alpha$  bi bila problematična in vprašalnik bi bil v tem delu potreben spremembe, če bi bil cilj ta, da vsa vprašanja merijo skupen faktor oziroma isto spremenljivko. V našem primeru pa rezultat Cronbach  $\alpha$  kaže, da vprašanja v sklopu merijo ločene pojave, kar je razvidno tudi iz vsebine vprašanja.

Ker je v drugem sklopu vprašanj vsako vprašanje samostojno in usmerjeno na svoj pojav, je tudi v tem delu vprašalnika zanesljivost Cronbach  $\alpha$  nizka zaradi vsebine vprašanj, zato menimo, da sprememba vprašalnika ni potrebna. Zanesljivost tretjega sklopa vprašanj je v odvisnosti od narave vprašanja, ki se nanaša na vpliv posameznih bolezni na delovno sposobnost zaposlenih pri 0,66 kar, je posledica tega, da so na njega odgovarjali zgolj tisti udeleženci v raziskavi, ki so lahko ocenili vpliv bolezni na svojo delovno sposobnost.

V naslednjem podsklopu tretjega sklopa vprašanj o veščinah in kompetencah je zanesljivost vprašalnika odlična pri vrednosti Cronbach  $\alpha$  pri 0,97, prav tako izkazuje Cronbach  $\alpha$  odlično vrednost pri sklopu vprašanj, vezanih na vrednote, saj ni pri nobenem dejavniku nižja od 0,98. V nadaljevanju izkazuje odlično zanesljivost tudi sklop vprašanj o motivaciji. Nezadovoljivo zanesljivost pa izražata vprašanji, kako bi ocenili vašo sedanjo motivacijo za opravljanje dodeljenih poklicnih nalog in kako vaša trenutna motivacija za opravljanje delovnih nalog vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost. Razlog je najverjetneje ta, da se vprašanji navezujeta na dva različna pojave. Zanesljivost posameznih podsklopov vprašanj, vezanih na zunanje dejavnike (4. sklop), dejavniki, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, je v vseh podsklopih odlična pri vrednosti Cronbach  $\alpha$  0,93.

Čeprav je merjenje zanesljivosti vprašalnika pokazalo nezadovoljivo zanesljivosti pri posameznih pododsekih ali vprašanjih, ki merijo ločene pojave, pa je preverjanje celotnega vprašalnika pokazalo visoko zanesljivost vprašalnika pri skupni vrednosti Cronbach  $\alpha$  0,95. Tudi korelacijska matrika kaže, da med spremenljivkami prevladujejo pozitivne korelacije, med katerimi so povezanosti med nekaterimi spremenljivkami zelo močne. Iz tabele pa tudi izhaja, da je korelacija nižja pri spremenljivkah iz sklopa I pri vprašanju ocena lastne delovne sposobnosti, pri drugi in tretji spremenljivki iz II. sklopa družina in socialni stiki, nižja pa je tudi korelacija spremenljivk, ki opisujejo vpliv kroničnih bolezni na delovno sposobnost.

Po preverjanju zanesljivosti vprašalnika lahko torej trdimo, da v doktorski disertaciji uporabljen merilni instrument izkazuje visoko zanesljivost.

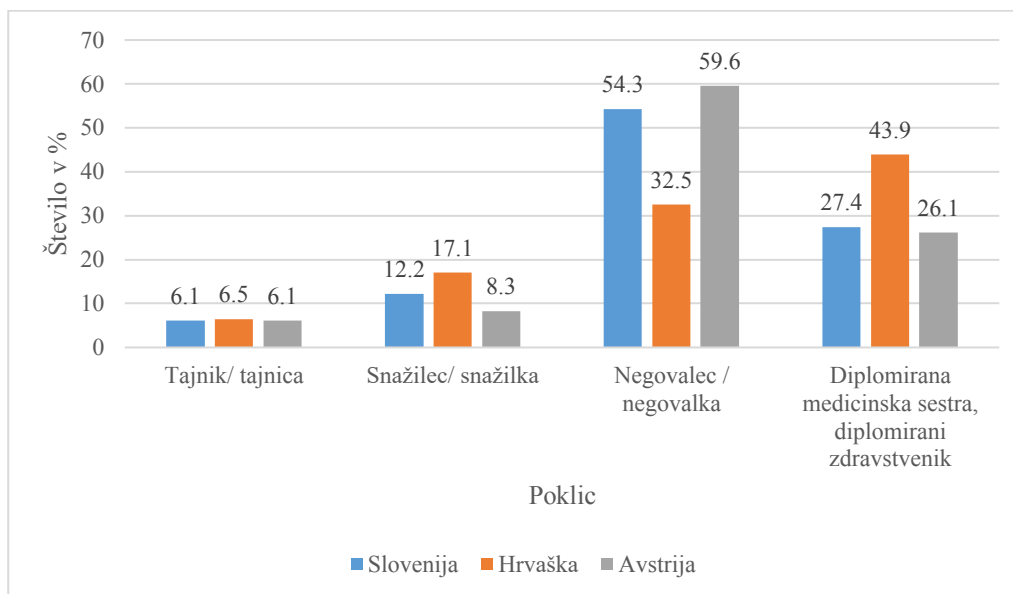
### 3.3.3 Opis vzorca

Predstavljen vzorec sestavljajo zaposleni v domovih starejših v Sloveniji, Avstriji in na Hrvaškem, ki so oddali izpolnjene vprašalnike. Po pregledu splošnih in demografskih podatkov in po preverjanju veljavnosti vprašalnikov smo pri preverjanju raziskovalnih hipotez uporabili skupno 490 vprašalnikov. Kot veljavne smo obravnavali tiste vprašalnike,

kjer so se anketirani opredelili glede na starost in poklic in ocenili svojo trenutno delovno sposobnost.

Iz slike 8 je razviden prikaz diferenciacije raziskovalnega vzorca glede na države in poklicne skupine.

**Slika 8: Grafični prikaz diferenciacije raziskovalnega vzorca glede na države in poklicne skupine**



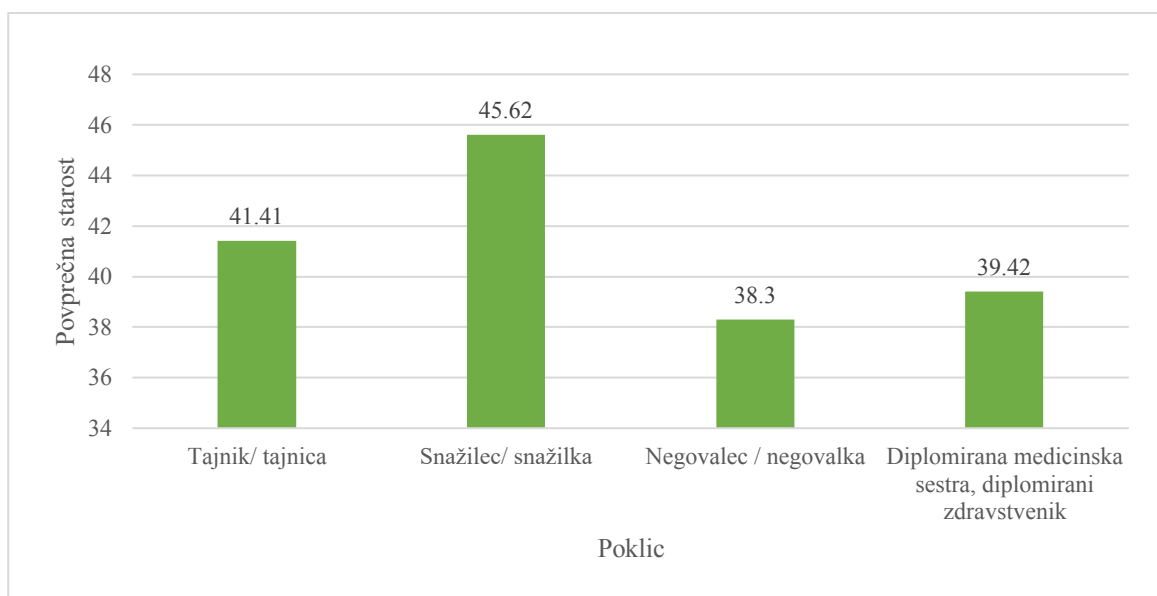
Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz prikaza (slika 8) diferenciacije raziskovalnega vzorca glede na države in poklicne skupine je razvidno, da poklicno skupino tajnikov in tajnic v vseh treh državah zastopa zelo podoben delež vseh sodelujočih v raziskavi in se giblje med 6,1 in 6,5 odstotka vseh sodelujočih v posamezni državi. Bolj dinamična razporeditev sodelujočih glede na države se kaže v skupini snažilcev in snažilk. Iz Slovenije je v celotnem vzorcu države sodelovalo 12,2 odstotka snažilcev in snažilk, iz Hrvaške 17,1 odstotka in iz Avstrije 8,3 odstotka. V poklicni skupini negovalcev/negovalk najmanjši delež sodelujočih v tej poklicni skupini to je 32,5 odstotka predstavljajo negovalke in negovalci iz Hrvaške, največ sodelujočih negovalcev in negovalk, in sicer 59,6 odstotka v skupnem raziskovalnem vzorcu glede na državo je iz Avstrije. V poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov največji delež v skupnem raziskovalnem vzorcu glede na državo predstavljajo diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki iz Hrvaške, katerih delež v skupnem vzorcu znaša 43,9 odstotka, med slovenskimi diplomiranimi medicinskimi sestrami in diplomiranimi zdravstveniki, ki so zaposleni v izbranih domovih starejših v Sloveniji, kjer je potekala

raziskava, znaša delež te poklicne skupine v skupnem raziskovalnem vzorcu za Slovenijo 27,4 odstotka.

Skupni raziskovalni vzorec sestavlja 87 moških in 570 žensk, 17 vprašanih se ni opredelilo glede spola. Iz slike 9 je razvidna primerjava med posameznimi poklicnimi skupinami glede na povprečno kronološko starost sodelujočih.

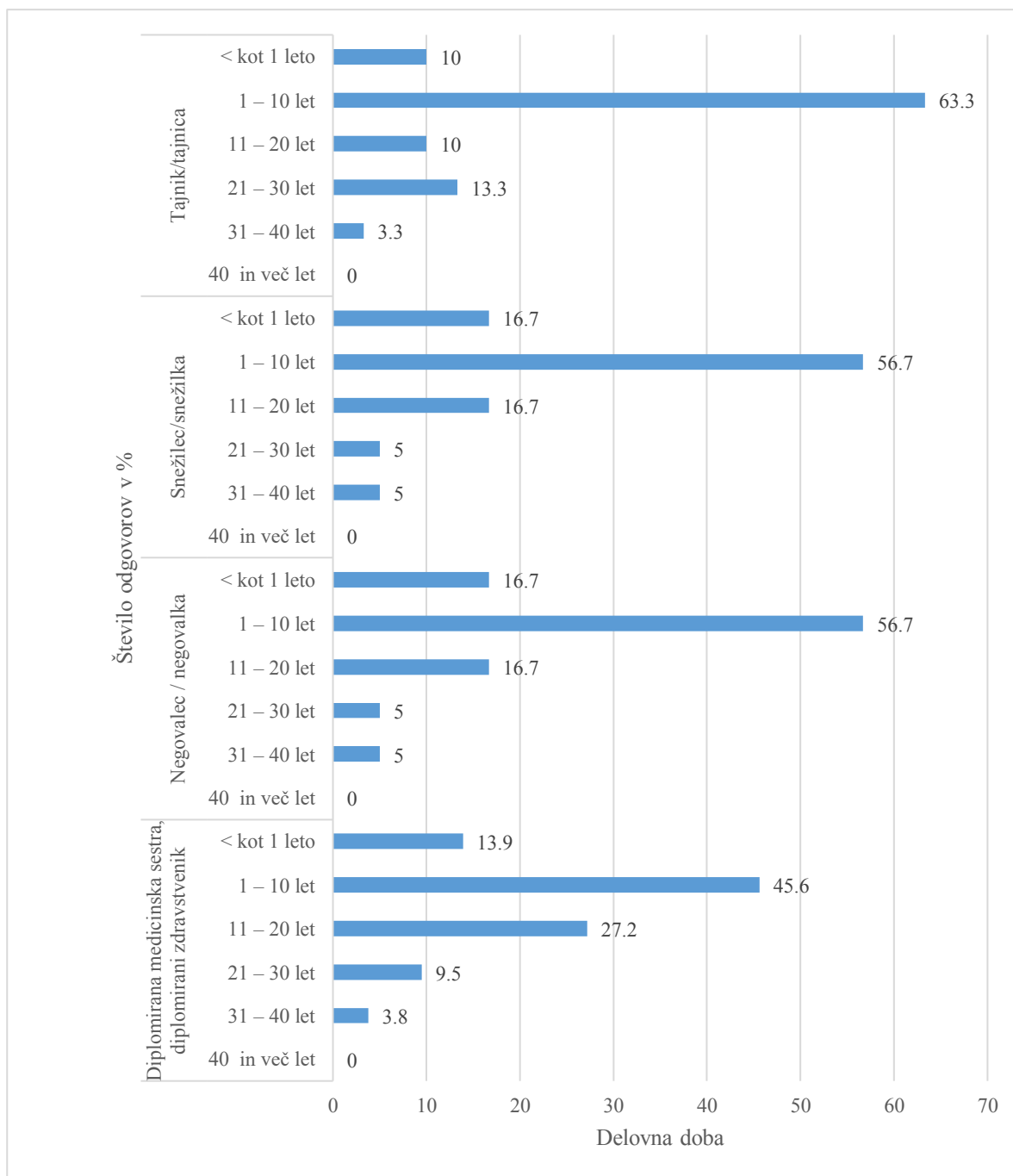
**Slika 9: Grafični prikaz povprečne starosti anketiranih glede na poklic**



Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz prikaza na sliki 9 je razvidno, da najvišjo povprečno starost v skupnem raziskovalnem vzorcu izkazujejo v poklicni skupini snažilk in snažilcev s 45,62 let, sledi poklicna skupina tajnic in tajnikov s povprečno starostjo 41,41 let, povprečna starost v poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov znaša 39,4 let, v poklicni skupini negovalk in negovalcev pa je povprečna starost najnižja in znaša 38,3 let. V nadaljevanju analize raziskovalnega vzorca ugotavljamo, da je 108 sodelujočih samskih, 309 poročenih, 189 jih živi v partnerstvu, 16 je ovdovelih, 30 vprašanih se pri vprašanju o zakonskem stanu ni opredelilo. 158 vprašanih nima otrok, nekaj več kot polovica vprašanih ima enega ali dva otroke, 53 vprašanih od skupno 674 sodelujočih v raziskavi ima 3 otroke, 16 vprašanih ima 4 otroke ali več. Na sliki 10 je prikazana povprečna delovna doba glede na poklicne in starostne skupine.

**Slika 10: Prikaz povprečne delovne dobe v diferenciranem raziskovalnem vzorcu glede na poklic in kronološko starost**



Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz slike 10 je razvidno, da ima v vseh poklicnih skupinah največ vprašanih med 1 in 10 let delovne dobe, v poklicnih skupinah tajnic in tajnikov, snažilk in snažilcev in negovalk in negovalcev ima več kot polovica vprašanih med 1 in 10 let delovne dobe. V poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov ima 45,6 odstotka sodelujočih med 1 in

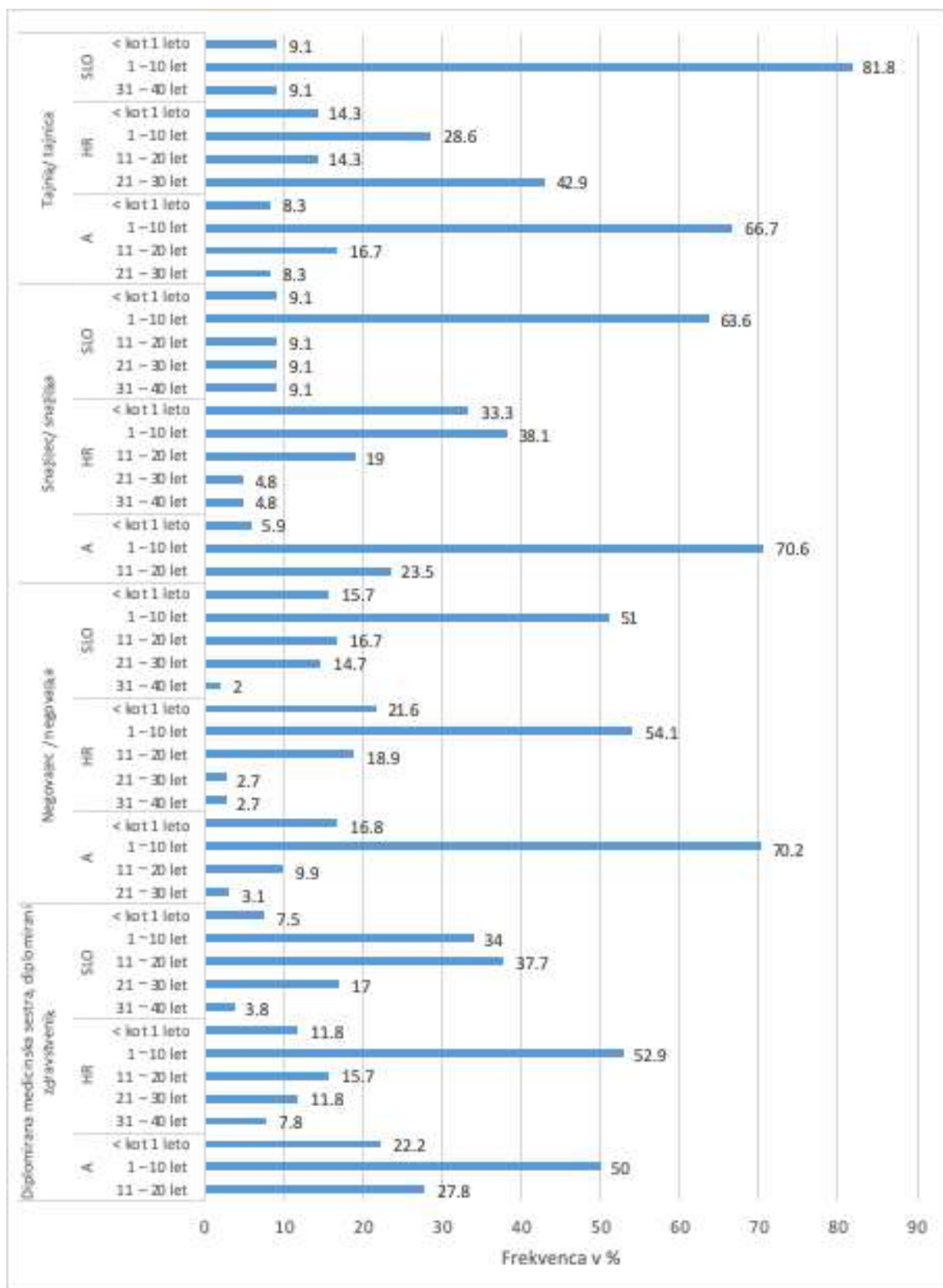
10 let delovne dobe. V vseh poklicnih skupinah opazamo tudi podobne razporeditve vrednosti povprečne delovne dobe v intervalih manj kot 1 leto in od 11 do 20 let, kjer je največ diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov, in sicer 27,2 odstotka ter najmanj tajnic in tajnikov, in sicer 10 odstotkov. Iz grafičnega prikaza je mogoče še ugotoviti, da število vprašanih po posameznih določenih intervalih delovne dobe strmo pada, tako med sodelujočimi ni bilo nikogar, ki bi imel več kot 40 let delovne dobe. V interval med 21 in 30 let delovne dobe je največ tajnic in tajnikov, in sicer 13,3 odstotka, sledi poklicna skupina diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov, med katerimi jih ima 9,5 odstotka med 21 in 30 let delovne dobe.

Iz slike 10 je mogoče tudi razbrati, da ima med 31 in 40 let delovne dobe le še 3,8 odstotka diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov in 3,3 odstotka tajnic in tajnikov ter 5 odstotkov negovalk in negovalcev ter snažilk in snažilcev.

Iz analize podatkov v skupnem raziskovalnem vzorcu kot pomemben podatek ocenjujemo tudi delovno dobo na trenutnem delovnem mestu.

Na sliki 11 je prikazana delovna doba na trenutnem delovnem mestu glede na posamezne poklicne in starostne skupine.

**Slika 11: Delovna doba na trenutnem delovnem mestu, glede na poklic in kronološko starost**



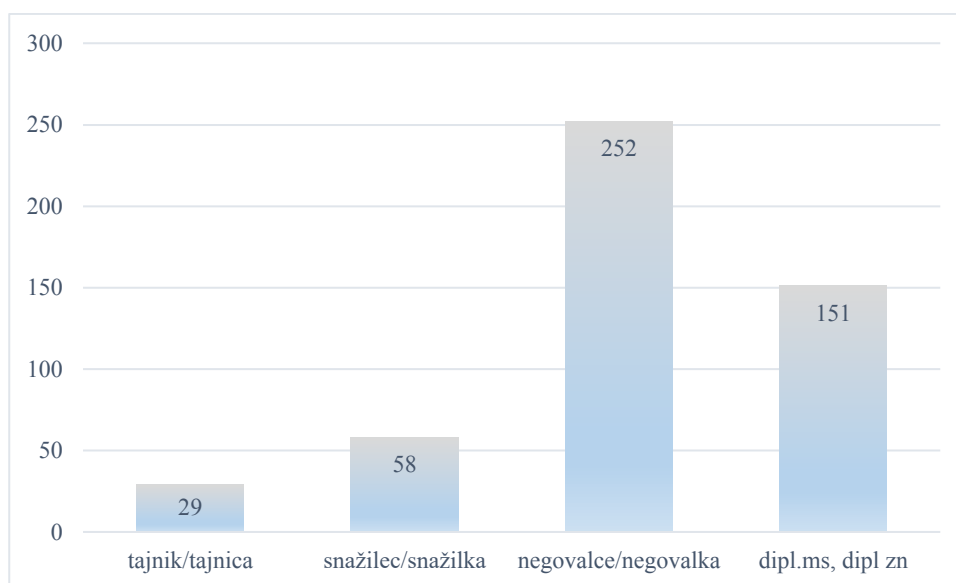
Vir: Lastna raziskava 2019.



Iz slike 11 vidimo, da je največ vprašanih v skupnem vzorcu na trenutnem delovnem mestu zaposlenih med eno in deset let. V poklicni skupini tajnic in tajnikov na Hrvaškem jih je 42,9 odstotka na trenutnem delovnem mestu zaposlenih od 21 do 30 let. V poklicni skupni snažilke in snažilcev je v vseh treh državah na trenutnem delovnem mestu največ zaposlenih med eno in deset let. V poklicni skupni negovalke in negovalcev opazimo zelo podoben trend kot v vzorcu poklicnih skupin tajnic in tajnikov ter snažilke in snažilcev. V vseh treh državah delež negovalke in negovalcev, ki so na trenutnem delovnem mestu zaposleni med eno in deset let, presega petdeset odstotkov sodelujočih negovalke in negovalcev v posameznih državah.

V vzorcu vsake posamezne države se zrcali fleksibilnost delovne sile v institucionalnem varstvu starejših. Tako delež negovalke in negovalcev, ki so na trenutnem delovnem mestu zaposleni med deset in dvajset let v nobeni državi ne presega dvajsetih odstotkov. Delež negovalke in negovalcev, ki so na trenutnem delovnem mestu zaposleni med 21 in 30 let, je največ v slovenskem raziskovalnem vzorcu, in sicer 14,7 odstotka, medtem ko jih je v raziskovalnem vzorcu iz Hrvaške le 2,7 odstotka in v raziskovalnem vzorcu iz Avstrije 3,1 odstotka. V raziskovalnem vzorcu iz Avstrije ni nobenega negovalca ali negovalke, ki bi bil na trenutnem delovnem mestu zaposlen več kot trideset let, v slovenskem raziskovalnem vzorcu je negovalcev in negovalke, ki na trenutnem delovnem mestu delajo več kot trideset let 3,8 odstotka in v hrvaškem 2,7 odstotka. Največ diplomiranega zdravstvenega kadra, ki je na trenutnem delovnem mestu zaposlen več kot trideset let smo zaznali v hrvaškem raziskovalnem vzorcu, in sicer 7,8 odstotka in v slovenskem raziskovalnem vzorcu 3,8 odstotka, medtem ko med sodelujočimi diplomiranimi medicinskimi sestrami in diplomiranimi zdravstveniki iz Avstrije ni bilo nobenega, ki bi bil na trenutnem delovnem mestu zaposlen več kot trideset let. Na sliki 12 je prikazana diferenciacija raziskovalnega vzorca glede na poklicne skupine.

**Slika 12: Diferenciacija raziskovalne populacije glede na poklic**



Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz slike 12 je razvidno, da je v raziskavi sodelovalo 29 tajnic in tajnikov, 58 snažilcev in snažilke, 252 negovalcev in negovalke in 151 diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov. Raziskava je potekala v Sloveniji, Avstriji in na Hrvaškem, vendar raziskovalne hipoteze niso vezane na diferenciacijo vzorca po posameznih državah, zato v statistični obdelavi nismo podatkov ločevali po državah.

#### 3.3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Vrnjene vprašalnike smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS V25. Podatke smo najprej analizirali z metodami opisne statistike. Pri tem smo uporabili frekvenčne porazdelitve, najmanjšo in največjo vrednost, mere srednje vrednosti in standardni odklon. Kot razlagata Ambrož in Colarič - Jakšetova, nam srednje vrednosti, porazdelitev podatkov in standardni odklon povedo veliko o lastnostih podatkov, nič pa na ne povedo o povezavi med spremenljivkami, ki smo jih merili v populaciji. Zvezo med dvema spremenljivkama, kot pišeta avtorja, merimo s korelacijo ali regresijo.

Z regresijsko in korelacijsko analizo ugotavljamo medsebojno odvisnost med dvema ali večimi skupinami spremenljivk (Ambrož, Colarič - Jakše 2015, 187). S faktorsko analizo (metoda glavnih komponent) smo reducirali podatke na manjše število spremenljivk (faktorjev). Pri preverjanju hipotez smo uporabili interferenčne metode, kot so multipla regresija, splošna linearna regresija in analiza variance, s katerimi smo analizirali vpliv neodvisnih spremenljivk: notranjih dejavnikov, zunanjih dejavnikov, poklica, starosti in

izobrazbe na delovno sposobnost (odvisna spremenljivka). V povezavi s tem Ambrož in Jakše - Colaričeva definirata linearno regresijo, ki jo imenujemo tudi regresijska analiza, kot matematično metodo, s pomočjo katere lahko izračunamo matematično razmerje med dvema spremenljivkama in vpliv ene na drugo (Ambrož in Jakše - Colarič 2015, 193).

Moč povezav med odvisno in neodvisnimi spremenljivkami smo definirali na osnovi lestvice za določanje moči povezanosti na osnovi vrednosti koeficienta korelacije (R). Ratner predlaga v tabeli 1 prikazano lestvico za določanje moči povezanosti med spremenljivkama.

**Tabela 1: Lestvica za določanje moči povezanosti med spremenljivkama**

Vrednost koeficienta korelacije (R)	Ocena moči povezanosti med dvema spremenljivkama
$R = 0$	Ni povezanosti med spremenljivkama.
$R = 0 \rightarrow 0,3$ ( $0 \rightarrow -0,3$ )	Vrednost R nakazuje pozitivno (negativno) <b>šibko</b> linearno povezanost.
$R = 0,3 \rightarrow 0,7$ ( $0,3 \rightarrow -0,7$ )	Vrednost R nakazuje pozitivno (negativno) <b>zmerno</b> linearno povezanost.
$R = 0,7 \rightarrow 1$ ( $-0,7 \rightarrow -1$ )	Vrednost R nakazuje pozitivno (negativno) <b>močno</b> linearno povezanost.
<b>R = 1</b>	Vrednost R pomeni <b>popolno</b> pozitivno linearno povezanost. Ko se poveča vrednost ene spremenljivke, se poveča tudi vrednost druge spremenljivke.

Vir: Ratner 2011, 18

### 3.4 Rezultati

S pomočjo opisane metodologije smo dobili v nadaljevanju predstavljene rezultate, ki služijo potrditvi oziroma zavrnitvi postavljenih raziskovalnih hipotez ter oblikovanju socialnogerontološkega modela podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

**Preverjanje hipoteze H1: Na oceno delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vplivajo zunanji dejavniki<sup>9</sup>.**

Pri preverjanju hipoteze H1 predstavlja ocena trenutne delovne sposobnosti odvisno spremenljivko. Kot neodvisne spremenljivke smo proučevali:

<sup>9</sup> Izpis vseh podatkov iz SPSS-ja je na voljo pri avtorici.

- vpliv dejavnikov, ki oblikujejo delovno klimo (medosebni odnosi v timu, sodelovanje v timu, avtonomija v timu, varnost na delovnem mestu, odnosi vodilnih do ostalih zaposlenih),
- vpliv dejavnikov delovnega okolja (organizacija dela, razpored dela, delovni čas, delo v izmenah ob nedeljah in praznikih, razpoložljivost osnovnih delovnih sredstev in tehničnih pripomočkov, funkcionalnost stavbe in okolice in urejenost stavbe in okolice),
- vpliv neposrednih vodilnih na anketirane,
- vpliva centralnega vodstva na anketirane,
- vpliva dejavnikov socialne mreže (zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem, obveznosti, povezane s partnerskim in družinskimi življenjem, zdravje družinskih članov).

Da bi lahko potrdili ali ovrgli domnevo, da proučevani dejavniki vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, smo najprej ugotavljali, kako sodelujoči ocenjujejo svojo trenutno **delovno sposobnost**, in sicer tako, da so odgovorili na vprašanje: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

Analiza rezultatov v celotni raziskovalni populaciji kaže, da je delovna sposobnost anketiranih dobra, kar potrjuje aritmetična sredina, ki znaša pri vseh poklicih več kot  $\bar{x} > 4$ .

**Tabela 2: Prikaz ocene trenutne delovne sposobnosti v raziskovalnem vzorcu**

Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost	N	$\bar{x}$	$\sigma$
tajnik/tajnica	29	4,34	0,49
snažilec/snažilka	58	4,14	0,81
negovalec/negovalka	252	4,21	0,74
diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	151	4,33	0,65

Legenda: N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost ocene delovne sposobnosti,

Vir: Lastna raziskava 2019.

Oceno delovne sposobnosti smo ocenjevali z Likertovo lestvico pri čemer pomeni ocena dejavnika z 1 – zelo slaba, 2 – slaba, 3 – srednja, 4 – dobra, 5 – zelo dobra delovna sposobnost.

Iz tabele 2 je tako še razvidno, da svojo trenutno delovno sposobnost najvišje ocenjujejo v poklicni skupini diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki ( $\bar{x} = 4,33$ ,  $\sigma = 0,65$ ). V poklicni skupini snažilke in snažilcev izkazujejo dobro trenutno delovno

spodobnost, ki pa je v povprečju ocenjena z najnižjo vrednostjo med vsemi sodelujočimi poklicnimi skupinami ( $\bar{x} = 4,06, \sigma = 0,81$ ). V poklicnih skupinah tajnic/tajnikov ( $\bar{x} = 4,32, \sigma = 0,53$ ) in negovalcev/negovalk ( $\bar{x} = 4,21, \sigma = 0,70$ ) prav tako izkazujejo dobro delovno sposobnost.

Hipotezo H1 smo razdelili na šest podhipotez: Na oceno trenutne delovne sposobnosti<sup>10</sup> zaposlenih v institucionalnem varstvu <sup>11</sup>starejših vplivajo **ocene<sup>12</sup> zunanjih dejavnikov**.

**Preverjanje podhipoteze H1a: Na delovno sposobnost vplivajo dejavniki delovne klime**

Hipotezo H1a smo preverili na podlagi statistične analize odgovorov na vprašanje:

Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vplivajo našeti dejavniki, ki oblikujejo delovno klimo v organizaciji.

**Tabela 3: Vpliv dejavnikov delovne klime na delovno sposobnost za poklicno skupino tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

dejavniki delovne klime	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
medosebni odnosi v timu	9	3,89 $\pm 1,05$	13	3,92 $\pm 0,86$	7	3,29 $\pm 1,70$	29	3,70 $\pm 1,20$
sodelovanje v timu	9	3,67 $\pm 0,86$	13	4,08 $\pm 0,86$	7	3,43 $\pm 1,81$	29	3,72 $\pm 1,17$
avtonomija v timu	9	3,56 $\pm 0,88$	13	3,62 $\pm 0,96$	7	2,86 $\pm 1,57$	29	3,34 $\pm 1,13$
varnost na delovnem mestu	9	3,67 $\pm 0,86$	13	4,00 $\pm 1,00$	7	3,14 $\pm 1,34$	29	3,60 $\pm 1,06$
odnosi vodilnih do ostalih zaposlenih	9	4,22 $\pm 0,97$	13	4,31 $\pm 0,85$	7	3,71 $\pm 1,38$	29	4,08 $\pm 1,06$

Legenda: N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Vpliv dejavnikov delovne klime na delovno sposobnost smo ocenjevali z Likertovo lestvico, pri čemer pomeni pri čemer pomeni ocena dejavnika z 1 – ne vpliva, 2 – nekoliko vpliva, 3 – znatno vpliva, 4 – močno vpliva, ocena 5 – zelo močno vpliva in velja za tabele od 3 – 12.

<sup>10</sup> Ocena trenutne delovne sposobnosti v nadaljevanju delovna sposobnost.

<sup>11</sup> Zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših velja za vse tabele.

<sup>12</sup> Vpliv ocene dejavnikov je v nadaljevanju besedila izražen vpliv dejavnikov.

Iz tabele 3 je razvidno, da večina tajnic in tajnikov ocenjuje *odnos vodilnih do zaposlenih* kot najpomembnejši dejavnik delovne klime, ki močno vpliva na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 4,08$ ,  $\sigma = 1,06$ ), medtem ko ima *avtonomija v timu* najmanjši vpliv na delovno sposobnost v celotni skupini tajnikov in tajnic, kar je izkazano z ( $\bar{x} = 3,34$ ,  $\sigma = 1,13$ ). Iz tabele 3 je tudi razvidno, da je dejavnik odnos vodilnih do zaposlenih v vseh starostnih skupinah ocenjen kot dejavnik z najmočnejšim vplivom na delovno sposobnost tajnic in tajnikov, vpliv drugih obravnavanih dejavnikov na delovno sposobnost se glede na posamezne starostne skupine nekoliko razlikuje.

**Tabela 4: Vpliv dejavnikov delovne klime na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilck in snažilcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

dejavniki delovne klime	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
medosebni odnosi v timu	9	2,33 $\pm 1,41$	28	3,00 $\pm 1,44$	20	3,25 $\pm 1,58$	57	2,86 $\pm 1,47$
sodelovanje v timu	9	2,56 $\pm 1,74$	28	3,39 $\pm 1,34$	19	3,47 $\pm 1,38$	56	3,14 $\pm 1,48$
avtonomija v timu	9	2,67 $\pm 1,65$	26	3,12 $\pm 1,36$	19	3,58 $\pm 1,34$	56	3,12 $\pm 1,45$
varnost na delovnem mestu	9	2,78 $\pm 1,56$	28	3,29 $\pm 1,43$	20	3,35 $\pm 1,63$	57	3,14 $\pm 1,54$
odnosi vodilnih do ostalih zaposlenih	9	2,78 $\pm 1,78$	28	3,32 $\pm 1,46$	19	3,79 $\pm 1,54$	56	3,29 $\pm 1,59$

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz tabele 4 je razvidno, da je posamezne dejavnike delovne klime v skupnem vzorcu ocenjevalo največ 57 anketiranih v tej poklicni skupini (medosebni odnosi v timu in varnost na delovnem mestu) in najmanj 56 (sodelovanje v timu, avtonomija v timu in odnosi vodilnih do ostalih zaposlenih).

Iz tabele je razvidno, da ima med dejavniki delovne klime največji vpliv na delovno sposobnost snažilck in snažilcev v skupnem vzorcu dejavnik *odnosi vodilnih do zaposlenih* pri ( $\bar{x} = 3,29$ ,  $\sigma = 1,59$ ). Medtem ko dejavnik delovne klime *medosebni odnosi v timu*,

izhajajoč iz povprečja ( $\bar{x} = 2,86$ ,  $\sigma = 1,47$ ), najmanj vpliva na njihovo delovno sposobnost. Glede na starostne skupine vidimo, da dejavnik vpliv vodilnih do ostalih zaposlenih najpomembnejši dejavnik delovnega okolja, ki vpliva na delovno sposobnost tajnic in tajnikov ne glede na starost.

**Tabela 5: Vpliv dejavnikov delovne klime na delovno sposobnost za poklicno skupino negovalk in negovalcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

dejavniki delovne klime	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
medosebni odnosi v timu	107	3,88 $\pm 1,24$	108	3,81 $\pm 1,22$	36	3,53 $\pm 1,27$	251	3,74 $\pm 1,65$
sodelovanje v timu	107	4,02 $\pm 1,15$	108	3,97 $\pm 1,06$	36	3,72 $\pm 1,18$	251	3,90 $\pm 1,13$
avtonomija v timu	106	3,66 $\pm 1,21$	107	3,60 $\pm 1,14$	33	3,33 $\pm 1,31$	246	3,53 $\pm 1,22$
varnost na delovnem mestu	107	3,78 $\pm 1,25$	107	3,83 $\pm 1,24$	36	3,64 $\pm 1,24$	250	3,75 $\pm 1,24$
odnosi vodilnih do ostalih zaposlenih	107	4,15 $\pm 1,18$	107	3,85 $\pm 1,25$	36	4,17 $\pm 1,13$	250	4,05 $\pm 1,18$

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Posamezne dejavnike delovne klime v skupnem vzorcu poklicne skupine negovalcev in negovalk je ocenjevalo 252 negovalk in negovalcev, največ (251) anketiranih dejavnike medosebni odnosi v timu, in sodelovanje v timu in najmanj (246) anketiranih

V skupnem vzorcu so negovalke in negovalci ocenili, da na njihovo delovno sposobnost med dejavniki delovne klime vpliva dejavnik *odnosi vodilnih do zaposlenih* ( $\bar{x} = 4,05$ ,  $\sigma = 1,18$ ).

V tej poklicni skupini ocenjujejo, da na njihovo delovno sposobnost najmanj vpliva dejavnik *avtonomija v timu* ( $\bar{x} = 3,53$ ,  $\sigma = 1,22$ ).

**Tabela 6: Ocena vpliva dejavnikov delovne klime na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

dejavniki delovne klime	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
medosebni odnosi v timu	60	3,75 $\pm 1,08$	63	3,65 $\pm 1,16$	27	3,53 $\pm 1,27$	150	3,64 $\pm 1,17$
sodelovanje v timu	60	3,97 $\pm 1,00$	64	3,72 $\pm 1,11$	26	3,72 $\pm 1,18$	150	3,80 $\pm 1,09$
avtonomija v timu	60	3,70 $\pm 1,03$	63	3,44 $\pm 1,18$	26	3,33 $\pm 1,31$	149	3,49 $\pm 1,17$
varnost na delovnem mestu	60	3,77 $\pm 1,06$	63	3,35 $\pm 1,19$	27	3,64 $\pm 1,24$	150	3,58 $\pm 1,16$
odnosi vodilnih do ostalih zaposlenih	60	3,92 $\pm 1,04$	63	3,97 $\pm 1,09$	27	4,17 $\pm 1,13$	150	4,02 $\pm 1,08$

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Posamezne dejavnike delovne klime v skupnem vzorcu poklicne skupine diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov je ocenjevalo največ 150 anketiranih, razen dejavnika avtonomija v timu, ki je bil ocenjen 149-krat. Diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki so ocenili, da na njihovo delovno sposobnost med dejavniki delovne klime najbolj vpliva dejavnik *odnosi vodilnih do zaposlenih* ( $\bar{x} = 4,02$ ,  $\sigma = 1,08$ ). V tej poklicni skupini ocenjujejo, da na njihovo delovno sposobnost najmanj vpliva dejavnik *avtonomija v timu* ( $\bar{x} = 3,49$ ,  $\sigma = 1,17$ ).

Diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki v starostni skupini od 18 do 35 let ocenjujejo, da je najpomembnejši dejavnik delovne klime *sodelovanje v timu*. Menijo, da ta dejavnik znatno vpliva na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 3,97$ ,  $\sigma = 1,00$ ). Prav tako ima znatni vpliv dejavnik *odnosi vodilnih ostalih zaposlenih* ( $\bar{x} = 3,92$ ,  $\sigma = 1,04$ ). Najmanjši



vpliv so v tej starostni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov pripisali dejavniku *avtonomija v timu* ( $\bar{x} = 3,70$ ,  $\sigma = 1,03$ ).

Pri preverjanju podhipoteze H1a smo ugotavljali, kakšna je ocena vpliva dejavnikov, ki oblikujejo delovno klimo (neodvisna spremenljivka) na ocenjeno trenutno delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših (odvisna spremenljivka). Za to smo uporabili linearni regresijski model. V izračunu smo med seboj primerjali posamezne ocene obeh spremenljivk na enakih merskih lestvicah (od 1 do 5).

Koeficient korelacije med odvisno spremenljivko delovna sposobnost in neodvisnimi spremenljivkami (dejavniki delovne klime) znaša  $R = 0,07$ , kar pomeni, da je povezava med dejavniki, ki določajo delovno klimo in oceno trenutne delovne sposobnosti, šibka. To potrjuje tudi vrednost koeficienta determinacije, ki znaša  $R^2 = 0,005$ , kar nam pove, da lahko samo 0,5 % variabilnosti odvisne spremenljivke (ocena trenutne delovne sposobnosti) pojasnimo z variabilnostjo neodvisne spremenljivke (ocena dejavnikov, ki oblikujejo delovno klimo). V naslednjem koraku smo z uporabo ANOVA testa preverili statistično značilnost prej izračunane povezave med odvisno spremenljivko ocenjeno trenutno delovno sposobnostjo in neodvisno spremenljivko dejavniki delovne klime ( $F = 2,82$ ). Vrednost nestandardiziranega koeficienta B znaša  $B = 4,08$ , je pozitivna in ni statistično značilna. Vrednost regresijskega koeficienta  $\beta$  za spremenljivko delovna klima je zelo nizka in ni statistično značilna znaša  $\beta = 0,04$  ( $p = 0,09$ ), statistično značilnega vpliva delovne klime na delovno sposobnost ne moremo potrditi, zato podhipotezo H1a **zavrnamo**.

### **Preverjanje podhipoteze H1b: Na delovno sposobnost vplivajo dejavniki delovnega okolja**

Podhipotezo H1b smo preverili na podlagi statistične analize odgovorov na vprašanje: Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vplivajo posamezni dejavniki delovnega okolja.

**Tabela 7: Vpliv dejavnikov delovnega okolja na delovno sposobnost za poklicno skupino tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

dejavniki delovnega okolja	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
organizacija dela	9	3,44 $\pm 0,72$	13	3,92 $\pm 0,86$	7	3,86 $\pm 1,21$	29	3,74 $\pm 0,93$
razpored dela	9	3,44 $\pm 0,82$	13	3,62 $\pm 0,87$	7	3,57 $\pm 0,97$	29	3,54 $\pm 0,88$
delovni čas	9	3,44 $\pm 1,13$	13	3,62 $\pm 1,04$	7	3,57 $\pm 0,57$	29	3,54 $\pm 1,04$
delo v izmenah ob nedeljah in praznikih	9	2,50 $\pm 1,60$	13	2,62 $\pm 1,80$	7	2,43 $\pm 1,61$	29	2,51 $\pm 1,67$
razpoložljivost osnovnih delovnih sredstev in tehničnih pripomočkov	9	2,89 $\pm 1,05$	13	3,31 $\pm 1,18$	7	3,86 $\pm 1,21$	29	3,35 $\pm 1,14$
funkcionalnost stavbe in okolice	9	2,67 $\pm 1,11$	13	3,08 $\pm 1,18$	7	3,57 $\pm 1,61$	29	3,10 $\pm 1,30$
urejenost stavbe in okolice	9	2,78 $\pm 1,09$	13	3,08 $\pm 1,25$	7	3,86 $\pm 1,06$	29	3,24 $\pm 1,13$

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz tabele je razvidno, da večina tajnic in tajnikov ocenjuje *organizacijo dela* kot najpomembnejši dejavnik delovnega okolja, ki bolj kot znatno in manj kot močno vpliva na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 3,74$ ,  $\sigma = 0,93$ ), medtem ko ima *delo v izmenah ob nedeljah in praznikih* najmanjši vpliv na delovno sposobnost v celotni skupini tajnikov in tajnic, ne glede na njihovo starost, kar je izkazano s ( $\bar{x} = 2,51$ ,  $\sigma = 1,67$ ). Vpliv dejavnikov delovnega okolja sicer z najnižje ocenjujejo tajnice in tajniki v starostni skupini od 18 do 35 let.

**Tabela 8: Vpliv dejavnikov delovnega okolja na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilk in snažilcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

dejavniki delovnega okolja	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
organizacija dela	9	2,56 $\pm 1,23$	28	3,14 $\pm 1,23$	19	3,21 $\pm 1,54$	56	2,97 $\pm 1,33$
razpored dela	9	2,00 $\pm 1,11$	28	3,00 $\pm 1,38$	20	2,85 $\pm 1,46$	57	2,61 $\pm 1,31$
delovni čas	9	1,89 $\pm 1,16$	27	3,04 $\pm 1,42$	18	2,94 $\pm 1,55$	54	2,62 $\pm 1,76$
delo v izmenah ob nedeljah in praznikih	9	2,56 $\pm 1,01$	28	2,93 $\pm 1,48$	18	2,78 $\pm 1,43$	55	2,75 $\pm 1,30$
razpoložljivost osnovnih delovnih sredstev in tehničnih pripomočkov	9	2,67 $\pm 1,32$	27	3,15 $\pm 1,43$	19	3,16 $\pm 1,53$	55	2,99 $\pm 1,42$
funkcionalnost stavbe in okolice	9	2,44 $\pm 1,33$	28	3,11 $\pm 1,39$	20	2,85 $\pm 1,56$	57	2,8 $\pm 1,42$
urejenost stavbe in okolice	9	2,56 $\pm 1,23$	28	3,11 $\pm 1,44$	20	3,05 $\pm 1,43$	57	2,90 $\pm 1,36$

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Posamezne dejavnike je ocenjevalo največ 57 in najmanj 54 snažilk in snažilcev od skupno 58 snažilk in snažilcev v raziskovalnem vzorcu.

V skupnem vzorcu snažilk in snažilcev ocenjujejo, da med dejavniki delovnega okolja na delovno sposobnost najbolj vpliva *razpoložljivost osnovnih delovnih sredstev in tehničnih pripomočkov* ( $\bar{x} = 2,99$ ,  $\sigma = 1,42$ ). Medtem ko snažilci in snažilke ne glede na starost menijo, da na njihovo delovno sposobnost najmanj vpliva *organizacija dela* ( $\bar{x} = 2,61$ ,  $\sigma = 1,33$ ). Na splošno je iz deskriptivne statistike v tej proučevani skupini možno razbrati, da našeti dejavniki le nekoliko vplivajo na delovno sposobnost, saj so sodelujoči vse dejavnike ocenili nižje od  $\bar{x} = 3$ .

**Tabela 9: Vpliv dejavnikov delovnega okolja na delovno sposobnost za poklicno skupino negovalk in negovalcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

dejavniki delovnega okolja	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
organizacija dela	106	3,69 $\pm 1,14$	106	3,53 $\pm 1,11$	36	3,58 $\pm 1,18$	248	3,69 $\pm 1,14$
razpored dela	107	3,72 $\pm 1,18$	108	3,50 $\pm 1,24$	37	3,57 $\pm 1,28$	252	3,59 $\pm 1,23$
delovni čas	107	3,61 $\pm 1,22$	106	3,45 $\pm 1,25$	35	3,17 $\pm 1,48$	248	3,41 $\pm 1,34$
delo v izmenah ob nedeljah in praznikih	107	3,46 $\pm 1,42$	107	3,32 $\pm 1,45$	37	2,86 $\pm 1,54$	251	3,21 $\pm 1,47$
razpoložljivost osnovnih delovnih sredstev in tehničnih pripomočkov	107	3,77 $\pm 1,16$	108	3,48 $\pm 1,22$	37	3,76 $\pm 1,03$	252	3,67 $\pm 1,13$
funkcionalnost stavbe in okolice	107	3,22 $\pm 1,25$	108	3,20 $\pm 1,23$	36	3,33 $\pm 1,28$	251	3,25 $\pm 1,25$
urejenost stavbe in okolice	107	3,23 $\pm 1,30$	108	3,07 $\pm 1,27$	37	3,14 $\pm 1,27$	252	3,14 $\pm 1,28$

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Na vprašanje je odgovarjalo največ 252 in najmanj 248 negovalk in negovalcev od skupno 252 negovalk in negovalcev v raziskovalnem vzorcu, ki so se opredelili o svoji kronološki starosti in poklicu.

V skupnem vzorcu negovalk in negovalcev pripisujejo najvišji vpliv na delovno sposobnost med dejavniki delovnega okolja *organizaciji dela* ( $\bar{x} = 3,69$ ,  $\sigma = 1,14$ ), medtem ko najmanj na njihovo delovno sposobnost vpliva dejavnik *urejenost stavbe in okolice* ( $\bar{x} = 3,14$ ,  $\sigma = 1,28$ ). Iz tabele je razvidno še, da anketirani na splošno dejavnikom delovnega olja

pripisujejo znaten vpliv na delovno sposobnost  $\bar{x} = > 3$ . Pri nadaljnjem pregledu deskriptivne statistike smo ugotovili, da v skupini negovalk in negovalcev obstajajo evidentne razlike pri oceni vpliva dejavnikov delovnega okolja na delovno sposobnost glede na starostne skupine. Negovalke in negovalci v starostni skupini od 18 do 35 let tako ocenjujejo, da ima najvišji vpliv med naštetimi dejavniki na njihovo delovno sposobnost dejavnik *razpored dela* ( $\bar{x} = 3,72$ ,  $\sigma = 1,18$ ), medtem ko ima najmanjši vpliv na delovno sposobnost *funkcionalnost stavbe in okolice* ( $\bar{x} = 3,22$ ,  $\sigma = 1,25$ ). V srednji starostni skupini negovalk in negovalcev ocenjujejo, da na njihovo sposobnost najbolj vpliva *organizacija dela* ( $\bar{x} = 3,53$ ,  $\sigma = 1,11$ ) in najmanj *urejenost stavbe in okolice* ( $\bar{x} = 3,07$ ,  $\sigma = 1,27$ ). V najstarejši starostni skupini negovalk in negovalcev pripisujejo najvišji vpliv na delovno sposobnost dejavniku delovnega okolja *razpoložljivost osnovnih delovnih sredstev in tehničnih pripomočkov* ( $\bar{x} = 3,76$ ,  $\sigma = 1,03$ ), kar je tudi najvišje ocenjen vpliv naštetih dejavnikov delovnega okolja v poklicni skupini negovalk in negovalcev. Najmanjši vpliv na delovno sposobnost ima *delo v izmenah ob nedeljah in praznikih* ( $\bar{x} = 2,86$ ,  $\sigma = 1,54$ ).

**Tabela 10: Vpliv dejavnikov delovnega okolja na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

Dejavniki delovnega okolja	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
organizacija dela	60	3,82 $\pm 1,00$	63	3,51 $\pm 1,10$	26	3,58 $\pm 1,18$	149	3,63 $\pm 1,09$
razpored dela	60	3,75 $\pm 1,01$	63	3,25 $\pm 1,21$	25	3,57 $\pm 1,28$	148	3,52 $\pm 1,16$
delovni čas	59	3,51 $\pm 1,16$	64	3,23 $\pm 1,34$	25	3,17 $\pm 1,48$	148	3,30 $\pm 1,32$
delo v izmenah ob nedeljah in praznikih	60	3,25 $\pm 1,32$	62	2,66 $\pm 1,55$	24	2,86 $\pm 1,54$	146	2,92 $\pm 1,47$
razpoložljivost osnovnih delovnih sredstev in tehničnih pripomočkov	60	3,67 $\pm 1,11$	63	3,52 $\pm 1,20$	26	3,76 $\pm 1,03$	149	3,65 $\pm 1,11$

**Tabela 10 nadaljevanje: Vpliv dejavnikov delovnega okolja na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

funktionalnost stavbe in okolice	60	3,28 ± 1,15	63	3,00 ± 1,19	26	3,33 ± 1,28	149	3,20 ± 1,59
urejenost stavbe in okolice	60	3,13 ± 1,18	63	2,98 ± 1,18	26	3,14 ± 1,27	149	3,08 ± 1,60

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Na vprašanje je odgovarjalo največ 149 in najmanj 146 diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov od skupno 151 vključenih v raziskavo.

V raziskovalnem vzorcu med dejavniki delovnega okolja na delovno sposobnost diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov najbolj vpliva dejavnik *organizacija dela* ( $\bar{x} = 3,63$ ,  $\sigma = 1,09$ ), najmanj pa *delo v izmenah ob nedeljah in praznikih*

( $\bar{x} = 2,92$ ,  $\sigma = 1,47$ ). Za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov lahko ugotovimo, da dejavniki delovnega okolja znatno vplivajo na njihovo delovno sposobnost, saj je povprečna ocena pri vseh dejavnikih razen enega  $\bar{x} > 3$ . Pri pregledu rezultatov ugotavljamo tudi, da obstajajo nekatere razlike pri ocenjevanju vpliva dejavnikov okolja, ki so vezane na posamezne starostne skupine.

V najmlajši starostni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, prav tako kot v skupnem vzorcu, ocenjujejo, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva *organizacija dela* ( $\bar{x} = 3,82$ ,  $\sigma = 1,00$ ), najmanj pa dejavnik delovnega okolja *urejenost stavbe in okolice* ( $\bar{x} = 3,13$ ,  $\sigma = 1,18$ ). V nadaljevanju v srednji starostni skupini (od 36 do 50 let) ugotavljamo, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva *dostopnost osnovnih delovnih sredstev in tehničnih pripomočkov* ( $\bar{x} = 3,52$ ,  $\sigma = 1,20$ ), najmanj pa *delo v izmenah ob nedeljah in praznikih* ( $\bar{x} = 2,66$ ,  $\sigma = 1,55$ ). V starostni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, starejših od 51 let, so mnenja, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva *organizacija dela* ( $\bar{x} = 3,63$  in  $\sigma = 1,09$ ) in da na njihovo delovno sposobnost najmanj vpliva dejavnik delovnega okolja *delo v izmenah ob nedeljah in praznikih* ( $\bar{x} = 2,86$ ,  $\sigma = 1,54$ ).

Pri preverjanju hipoteze H1b smo ugotavljali, kakšen je vpliv ocene dejavnikov delovnega okolja na ocenjeno trenutno delovno sposobnost zaposlenih. Za to smo uporabili linearni regresijski model. V izračunu smo med seboj primerjali posamezne ocene obeh spremenljivk na enakih merskih lestvicah (od 1 do 5).

Korelacija med delovno sposobnostjo in dejavniki delovnega okolja znaša  $R = 0,03$ , kar pomeni, da je povezanost šibka. To sicer potrjuje tudi vrednost koeficienta determinacije, ki znaša  $R^2 = 0,001$ , kar nam pove tudi, da je zgolj 0,1 % variabilnosti delovne sposobnosti moč pojasniti z oceno vpliva dejavnikov delovnega okolja. V naslednjem koraku smo z uporabo modela ANOVA preverili statistično značilnost prej izračunane povezave med ocenjeno trenutno delovno sposobnostjo in oceno vpliva dejavnikov delovnega okolja. Vrednost nestandardiziranega koeficienta B znaša 4,16 in je pozitivna, vendar ni statistično značilna ( $p = 0,41$ ). Vrednost regresijskega koeficienta  $\beta$  delovnega okolja sestavljena spremenljivka znaša  $\beta = 0,02$ . Pri pregledu statistike vidimo, da neodvisna spremenljivka (dejavniki delovnega okolja) ni statistično značilna ( $F = 0,61$ ,  $p = 0,41$ ).

Ugotavljamo, da dejavniki delovnega okolja ne vplivajo statistično značilno na delovno sposobnost, zato podhipotezo H1b **zavrnamo**.

### **Preverjanje podhipoteze H1c: Delovna sposobnost je odvisna od vpliva neposrednih vodilnih**

Hipotezo H1c smo preverili na podlagi statistične analize odgovora na vprašanje: Ocenite, kako vaši neposredni vodilni vplivajo na vašo delovno sposobnost.

**Tabela 11: Vpliv neposrednih vodilnih na delovno sposobnost zaposlenih glede na poklicne in starostne skupine**

vpliv neposrednih vodilnih na delovno sposobnost	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
tajniki/tajnice	9	3,67 $\pm 0,86$	13	3,54 $\pm 0,96$	7	3,57 $\pm 1,39$	29	3,59 $\pm 1,07$
snažilci/snažilke	9	2,78 $\pm 1,30$	28	2,79 $\pm 1,25$	21	3,00 $\pm 1,64$	58	2,85 $\pm 1,39$

**Tabela 11 nadaljevanje: Vpliv neposrednih vodilnih na delovno sposobnost zaposlenih glede na poklicne in starostne skupine**

negovalke/ negovalci	<b>107</b>	<b>3,60</b> $\pm 1,12$	<b>108</b>	<b>3,38</b> $\pm 1,25$	<b>36</b>	<b>3,61</b> $\pm 1,15$	<b>251</b>	<b>3,53</b> $\pm 1,17$
diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki	60	3,35 $\pm 1,05$	64	3,19 $\pm 1,03$	27	3,15 $\pm 1,16$	151	3,23 $\pm 1,08$

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz tabele 11 je razvidno, da anketirani glede na posamezne poklicne in starostne skupine različno ocenjujejo vpliv neposrednih vodilnih na oceno trenutne delovne sposobnosti.

V skupnem vzorcu vpliv ocene neposrednih vodilnih na oceno trenutne delovne sposobnosti najvišje ocenjujejo v poklicni skupini tajnic in tajnikov ( $\bar{x} = 3,59$ ,  $\sigma = 1,07$ ) najnižje pa v poklicni skupini snažilk in snažilcev ( $\bar{x} = 2,58$ ,  $\sigma = 1,39$ ). V poklicni skupini tajnic in tajnikov, starih med 18 in 35 let, ocenjujejo vpliv neposrednih vodilnih višje ( $\bar{x} = 3,67$ ,  $\sigma = 0,86$ ) kot njihovi kolegi in kolegice v starostni skupini od 36 do 50 let ( $\bar{x} = 3,54$ ,  $\sigma = 0,96$ ) in v starostni skupini, starejših od 51 let, ( $\bar{x} = 3,57$ ,  $\sigma = 1,39$ ). V poklicni skupini snažilk in snažilcev ocenjujejo vpliv neposrednih vodilnih na oceno trenutne delovne sposobnosti najnižje med vsemi poklicnimi skupinami. V tej poklicni skupini tako ocenjujejo, da imajo neposredni vodilni najvišji vpliv na delovno sposobnost zaposlenih v starostni skupini, starejših od 51 let, ( $\bar{x} = 3,00$ ,  $\sigma = 1,64$ ), z najnižjim povprečjem pa ocenjujejo vpliv neposrednih vodilnih v tej poklicni skupini najmlajši zaposleni stari od 18 do 35 let ( $\bar{x} = 2,78$ ,  $\sigma = 1,30$ ). Razlika med oceno vpliva neposrednih vodilnih med najmlajšo starostno skupino in srednjo starostno skupino, starih od 36 do 50 let, je majhna ( $\bar{x} = 2,79$ ,  $\sigma = 1,25$ ). V poklicni skupini negovalk in negovalcev ocenjujejo, da neposredni vodilni večinoma znatno ( $\bar{x} = 3,60$ – $3,61$ ,  $\sigma = 1,12$ – $1,15$ ) vplivajo na njihovo oceno trenutne delovne sposobnosti, kar velja za vse starostne skupine, pri tem vpliv neposrednih vodilnih najnižje ocenjujejo v srednji starostni skupini pri čemer je ( $\bar{x} = 3,38$ ,  $\sigma = 1,25$ ). Tudi v poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ocenjujejo, da imajo neposredni vodilni na oceno njihove trenutne delovne sposobnosti znaten vpliv, in sicer najvišji v starostni skupini najmlajših diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov,



starih od 18 do 35 let, ( $\bar{x} = 3,35$ ,  $\sigma = 1,05$ ). V tej poklicni skupini opažamo, da ocena vpliva neposrednih vodilnih na oceno trenutne delovne sposobnosti v povezavi z naraščanjem kronološke starosti nekoliko upada, tako je v starostni skupini med 36 in 50 let ( $\bar{x} = 3,19$ ,  $\sigma = 1,03$ ) in v starostni skupini, starejših od 51 let, ( $\bar{x} = 3,15$ ,  $\sigma = 1,16$ ).

Pri preverjanju hipoteze H1c smo ugotavljali, kakšen je vpliv neposrednih vodilnih na ocenjeno trenutno delovno sposobnost vseh poklicnih skupin skupaj. Za to smo uporabili linearni regresijski model. V izračunu smo med seboj primerjali posamezne ocene obeh spremenljivk na enakih merskih lestvicah (od 1 do 5).

Koeficient korelacije med delovno sposobnostjo in vplivom neposrednih vodilnih znaša  $R = 0,11$ , kar pove, da med njima obstaja šibka povezanost. Vrednost koeficienta determinacije znaša  $R^2 = 0,014$ , s čimer smo ugotovili, da je 1,4 % variabilnosti delovne sposobnosti moč pojasniti z oceno vpliva neposrednih vodilnih. V naslednjem koraku smo z uporabo ANOVA testa preverili statistično značilnost prej izračunane povezave med ocenjeno trenutno delovno sposobnostjo in oceno vpliva neposrednih vodilnih. Vrednost nestandardiziranega koeficienta B znaša 3,99 in je pozitivna. Kar pomeni, da se z višanjem ocene vpliva neposrednih vodilnih viša tudi ocena trenutne delovne sposobnosti. Vrednost regresijskega koeficienta vpliv neposrednih vodilnih znaša 0,07 ( $F = 2,50$ ,  $p = 0,04$ ). Ugotavljamo, da ocena vpliva neposrednih vodilnih statistično značilno vpliva na oceno trenutne delovne sposobnosti, zato podhipotezo H1c **potrdimo**.

### **Preverjanje podhipoteze H1d: Delovna sposobnost je odvisna od ocene vpliva centralnega vodstva**

Hipotezo H1d smo preverili na podlagi statistične analize odgovora na vprašanje:

Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vpliva centralno vodstvo.

**Tabela 12: Vpliv centralnega vodstva na delovno sposobnost zaposlenih glede na poklicne in starostne skupine**

vpliv centralnega vodstva	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
tajniki/tajnice	9	3,33 $\pm 0,86$	13	3,54 $\pm 1,05$	7	4,00 $\pm 0,81$	29	3,62 $\pm 0,90$

**Tabela 12 nadaljevanje: Vpliv centralnega vodstva na delovno sposobnost zaposlenih glede na poklicne in starostne skupine**

snažilci/snažilke	9	2,78 ± 1,48	28	2,71 ± 1,43	21	2,95 ± 1,53	58	2,81 ± 1,30
negovalke/ negovalci	107	2,98 ± 1,21	108	3,00 ± 1,25	36	3,36 ± 1,24	251	3,11 ± 1,23
diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki	60	3,35 ± 1,05	64	3,19 ± 1,03	27	3,15 ± 1,16	151	3,23 ± 1,08

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz tabele 12 je razvidno, da v skupnem vzorcu ocenjujejo vpliv centralnega vodstva na delovno sposobnost najvišje v poklicni skupini tajnic in tajnikov ( $\bar{x} = 3,62$ ,  $\sigma = 0,90$ ) in najnižje v poklicni skupini snažilk in snažilcev ( $\bar{x} = 2,81$ ,  $\sigma = 1,30$ ). V poklicni skupini tajnic in tajnikov opazimo, da se ocena vpliva centralnega vodstva na delovno sposobnost viša glede na višanje kronološke starosti, kar je v starostni skupini od 18 do 35 let izraženo s ( $\bar{x} = 3,33$ ,  $\sigma = 0,86$ ), v starostni skupini med 36 in 50 let ( $\bar{x} = 3,54$ ,  $\sigma = 1,05$ ) in v starostni skupini nad 61 let s ( $\bar{x} = 4,00$ ,  $\sigma = 0,81$ ). V poklicni skupini snažilk in snažilcev ocenjujejo, da centralno vodstvo nekoliko vpliva na oceno trenutne delovne v starostni skupini med 18 in 35 let, ( $\bar{x} = 2,78$ ,  $\sigma = 1,41$ ), v starostni skupini med 35 in 50 let ( $\bar{x} = 2,71$ ,  $\sigma = 1,43$ ) in v starostni skupini nad 61 let ( $\bar{x} = 2,95$ ,  $\sigma = 1,53$ ). V poklicni skupini negovalk in negovalcev podobno kot v skupini tajnic in tajnikov opazimo, da se ocena vpliva centralnega vodstva na oceno trenutne delovne sposobnosti viša glede na višanje kronološke starosti, pri tem v starostni skupini med 18 in 35 let ocenjujejo, da centralno vodstvo nekoliko vpliva na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 2,98$ ,  $\sigma = 1,21$ ), medtem ko v starostni skupini med 36 in 50 let ( $\bar{x} = 3,00$ ,  $\sigma = 1,25$ ) in v starostni skupini nad 51 let ( $\bar{x} = 3,36$ ,  $\sigma = 1,24$ ) ocenjujejo, da je vpliv centralnega vodstva na njihovo delovno sposobnost znaten. Pri tem lahko opazimo tudi, da v starostni skupini med 18 in 35 let vpliv centralnega vodstva ocenjujejo najvišje ( $\bar{x} = 3,35$ ,  $\sigma = 1,05$ ), v srednji starostni skupini med 36 in 50 let ( $\bar{x} = 3,19$ ,  $\sigma = 1,03$ ) in v najstarejši starostni skupini ( $\bar{x} = 3,15$ ,  $\sigma = 1,16$ ) najnižje.

Pri preverjanju hipoteze H1d smo ugotavljali kakšen je vpliv centralnega vodstva na oceno delovne sposobnosti vseh v vzorec vključenih poklicnih skupin. Za to smo uporabili linearni regresijski model. V izračunu smo med seboj primerjali posamezne ocene obeh spremenljivk na enakih merskih lestvicah (od 1 do 5).

Korelacije med delovno sposobnostjo in vplivom centralnega vodstva znaša  $R = 0,07$ , kar kaže na to, da obstaja šibka povezanost med oceno vpliva centralnega vodstva in oceno trenutne delovne sposobnosti. Vrednost koeficienta determinacije znaša  $R^2 = 0,005$ , s čimer smo ugotovili, da je 0,5 % variabilnosti delovne sposobnosti, moč pojasniti z oceno vpliva centralnega vodstva. Vrednost nestandardiziranega koeficienta B znaša ( $B = - 0,03$ ). V naslednjem koraku smo z uporabo ANOVA testa preverili statistično značilnost prej izračunane povezave  $p = 0,35$ . Ker je  $p > 0,05$ , ugotavljamo, da povezanost med proučevanima dejavnikoma ni statistično značilna, zato podhipotezo H1d **zavrnamo**.

### **Preverjanje podhipoteze H1e: Na delovno sposobnost vpliva ocena zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem**

Hipotezo H1e smo preverili na podlagi statistične analize odgovorov na vprašanje:

Ocenite zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem.

**Tabela 13: Vpliv socialne mreže na delovno sposobnost zaposlenih glede na poklicne in starostne skupine**

zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let			skupno
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
tajniki/tajnice	9	4,22 $\pm 1,03$	13	4,00 $\pm 0,70$	7	4,29 $\pm 0,75$	29	4,17 $\pm 0,82$
snažilci/snažilke	9	4,11 $\pm 0,78$	28	3,82 $\pm 0,94$	21	3,52 $\pm 1,03$	58	3,81 $\pm 0,91$
negovalke/ negovalci	106	4,06 $\pm 0,88$	108	4,10 $\pm 0,73$	37	4,11 $\pm 0,73$	251	4,09 $\pm 0,78$

**Tabela 13 nadaljevanje: Vpliv socialne mreže na delovno sposobnost zaposlenih glede na poklicne in starostne skupine**

diplomirane	60	3,93	64	4,02	27	4,00	151	3,98
medicinske		$\pm 0,89$		$\pm 0,93$		$\pm 0,87$		$\pm 0,89$
sestre/diplomirani zdravstveniki								

Legenda: N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost,

Vir: Lastna raziskava 2019.

Vpliv socialne mreže na delovno sposobnost smo ocenjevali z Likertovo lestvico pri čemer pomeni 1 – nisem zadovoljen/zadovoljna (velikokrat se počutim osamljenega/osamljeno), 2 – želim si več stikov z drugimi, 3 – srednje sem zadovoljna/zadovoljen, 4 – zadovoljen/zadovoljna sem 5 – zelo sem zadovoljna/zadovoljen.

Na vprašanje so odgovarjali vsi tajniki in tajnice (N = 29), vsi snažilci in snažilke (N = 58), 251 negovalk in negovalcev od skupno 252 in vse diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki (N = 151).

Tajniki in tajnice v skupnem vzorcu izražajo zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem ( $\bar{x} = 4,17$ ,  $\sigma = \pm 0,82$ ). Tudi po posameznih starostnih skupinah ni opaziti velikega odstopanja od skupnega vzorca, v vseh starostnih skupinah menijo, da so s trenutnim družabnim življenjem zadovoljni. Najnižje, zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem izražajo v srednji starostni skupini ( $\bar{x} = 4,17$ ,  $\sigma = \pm 0,82$ ), čeprav so anketirani v tej starostni skupini še vedno ocenili, da so zadovoljni s svojim trenutnim družabnim življenjem.

V poklicni skupini snažilk in snažilcev ugotavljamo, da so s svojim trenutnim družabnim življenjem srednje zadovoljni ( $\bar{x} = 3,81$ ,  $\sigma = \pm 0,91$ ). V poklicni skupini snažilk in snažilcev izražajo edini srednje zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem, pri tem so s svojim trenutnim družabnim življenjem zadovoljni snažilci in snažilke stari od 18 do 35 let ( $\bar{x} = 4,11$ ,  $\sigma = \pm 0,78$ ), najmanj pa snažilke in snažilci starejši od 51 let ( $\bar{x} = 3,52$ ,  $\sigma = \pm 1,03$ ). Tudi negovalke in negovalci izražajo zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem ( $\bar{x} = 4,09$ ,  $\sigma = \pm 0,78$ ). V poklicni skupini negovalk in negovalcev tudi sicer opažamo, da zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem narašča premo sorazmerno s starostjo. Najnižje tako zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem ocenjujejo najmlajše negovalke in negovalci ( $\bar{x} = 4,06$ ,  $\sigma = \pm 0,88$ ),

v srednji starostni skupini ( $\bar{x} = 4,10$ ,  $\sigma = \pm 0,73$ ) in starejši od 51 let ( $\bar{x} = 4,11$ ,  $\sigma = \pm 0,73$ ). V poklicni skupni diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ocenjujejo, da so srednje zadovoljni s trenutnim družabnim življenjem

( $\bar{x} = 3,98$ ,  $\sigma = \pm 0,89$ ), pri tem so najmanj zadovoljni v starostni skupini od 18 do 35 let ( $\bar{x} = 3,93$ ,  $\sigma = \pm 0,89$ ), najbolj pa v srednji starostni skupini ( $\bar{x} = 4,02$ ,  $\sigma = \pm 0,93$ ).

Pri preverjanju hipoteze H1e smo ugotavljali vpliv zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših za vse poklicne skupine. Za to smo uporabili linearni regresijski model. V izračunu smo med seboj primerjali posamezne ocene obeh spremenljivk na enakih merskih lestvicah (od 1 do 5).

Koeficient korelacije med delovno sposobnostjo in oceno zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem znaša  $R = 0,28$ , kar pomeni, da dejavnik zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem pozitivno vpliva na oceno trenutne delovne sposobnosti, kljub temu pa je povezanost med spremenljivkama šibka, čeprav že meji na zmerno močno povezanost. Vrednost koeficienta determinacije znaša  $R^2 = 0,082$ , kar pa pomeni, da lahko 8,2 % variabilnosti ocene delovne sposobnosti pojasnimo z zadovoljstvom s trenutnim družabnim življenjem. V nadaljevanju smo z uporabo ANOVA testa preverili statistično značilnost prej izračunane povezave ( $F = 51,61$ ,  $p = 0,00$ ). Hipotezo H1e na trenutno oceno delovne sposobnosti vpliva ocena zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem na podlagi izvedene linearne regresije **potrdimo**.

### **Preverjanje podhipoteze H1f: Delovna sposobnost je odvisna od vpliva družine**

Podhipotezo H1f smo preverili na podlagi statistične analize odgovorov na vprašanja:

Ocenite, kako zdravje vaših družinskih članov vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost.

Ocenite, kako obveznosti, povezane z družinskim in partnerskim življenjem, vplivajo na vašo trenutno delovno sposobnost.

**Tabela 14: Vpliv družine na delovno sposobnost za poklicno skupino tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu in glede na posamezne starostne skupine**

družina	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
zdravje družinskih članov	9	2,00 $\pm 1,00$	13	2,08 $\pm 1,03$	7	1,86 $\pm 1,39$	29	1,98 $\pm 1,14$
obveznosti, povezane s partnerskim in družinskim življenjem	9	1,78 $\pm 0,97$	13	2,08 $\pm 1,11$	7	1,57 $\pm 0,78$	29	1,81 $\pm 0,95$

Vir: Lastna raziskava 2019.

Vpliv družine na oceno trenutne delovne sposobnosti smo ocenjevali z Likertovo lestico, pri čemer pomeni ocena dejavnika z 1 – ne vpliva, 2 – komaj vpliva, 3 – vpliva, vendar me ne omejuje pri opravljanju delovnih nalog, 4 – omejuje me pri opravljanju delovnih nalog in 5 – zelo me omejuje pri opravljanju delovnih nalog (in velja tudi za tabele 15,16 in 17).

V skupnem vzorcu tajnice in tajniki ocenjujejo, da zdravje njihovih družinskih članov ne vpliva na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 1,98$ ,  $\sigma = \pm 1,14$ ). V starostni skupini od 18 do 35 let so mnenja, da zdravje družinskih članov na njihovo delovno sposobnost komaj vpliva ( $\bar{x} = 2,00$ ,  $\sigma = \pm 1,00$ ). Tudi v srednji starostni skupini delijo mnenje mlajših kolegov in kolegic, da zdravje njihovih družinskih članov torej komaj vpliva na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 2,08$ ,  $\sigma = \pm 1,03$ ). Tajniki in tajnice starejše od 51 let so mnenja, da zdravje njihovih družinskih članov na njihovo delovno sposobnost ne vpliva ( $\bar{x} = 1,86$ ,  $\sigma = \pm 1,39$ ). Tudi obveznosti s partnerskim in družinskim življenjem v skupnem vzorcu ne vplivajo na delovno sposobnost v poklicni skupini tajnik/tajnica ( $\bar{x} = 1,81$ ,  $\sigma = \pm 0,95$ ). Da obveznosti, povezane s partnerskim in družinskim življenjem, komaj vplivajo na njihovo delovno sposobnost, so ocenili v srednji starostni skupini tajnic in tajnikov, starih od 36 do 50 let, in sicer s ( $\bar{x} = 2,08$ ,  $\sigma = \pm 1,11$ ).

**Tabela 15: Vpliv družine na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilk in snažilcev v skupnem vzorcu in glede na posamezne starostne skupine**

družina	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
zdravje družinskih članov	9	1,56 $\pm 0,72$	28	2,21 $\pm 1,9$	21	1,62 $\pm 0,88$	58	1,79 $\pm 0,93$
obveznosti, povezane s partnerskim in družinskim življenjem	9	2,11 $\pm 1,05$	28	1,61 $\pm 1,3$	21	1,71 $\pm 1,14$	58	1,81 $\pm 0,95$

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Snažilke in snažilci v skupnem vzorcu ocenjujejo, da tako zdravje družinskih članov ( $\bar{x} = 1,79$ ,  $\sigma = \pm 0,93$ ) kot obveznosti, povezane s partnerskim in družinskim življenjem ( $\bar{x} = 1,81$ ,  $\sigma = \pm 0,95$ ) ne vplivajo na njihovo delovno sposobnost. V starostni skupini snažilk in snažilcev, starih med 36 in 50 let, menijo, da zdravje njihovih družinskih članov komaj vpliva na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 2,21$ ,  $\sigma = \pm 1,19$ ). Snažilci in snažilke v starostni skupini od 18 do 35 let pa ocenjujejo, da na njihovo delovno sposobnost komaj vplivajo obveznosti, povezane z družinskim in partnerskim življenjem ( $\bar{x} = 2,11$ ,  $\sigma = \pm 1,05$ ).

**Tabela 16: Vpliv družine na delovno sposobnost za poklicno skupino negovalk in negovalcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

družina	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
zdravje družinskih članov	107	2,07 $\pm 1,02$	108	2,40 $\pm 1,07$	37	2,54 $\pm 1,21$	252	2,33 $\pm 1,03$
obveznosti, povezane s partnerskim in družinskim življenjem	107	2,07 $\pm 1,06$	108	2,03 $\pm 0,97$	37	1,73 $\pm 0,87$	252	1,94 $\pm 0,96$

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz tabele 16 je razvidno, da v skupnem vzorcu negovalk in negovalcev zdravje družinskih članov na njihovo trenutno delovno sposobnost komaj vpliva ( $\bar{x} = 2,33$ ,  $\sigma = \pm 1,03$ ). Medtem ko obveznosti, povezane s partnerskim in družinskim življenjem, v skupnem vzorcu negovalk in negovalcev ne vplivajo na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 1,94$ ,  $\sigma = \pm 0,96$ ). Negovalke in negovalci so v vseh starostnih skupinah ocenili, da zdravje njihovih družinskih članov komaj vpliva na njihovo delovno sposobnost, saj  $\bar{x}$  pri nobeni vrednosti ne dosega  $\bar{x} \Rightarrow 3$ . Ko gre za vpliv obveznosti, povezanih s partnerskim in družinskim življenjem, vidimo, da ta v starostni skupini od 18 do 35 let ( $\bar{x} = 2,07$ ,  $\sigma = \pm 1,06$ ) in v starostni skupini od 36 do 50 let ( $\bar{x} = 2,03$ ,  $\sigma = \pm 0,97$ ) komaj vpliva na delovno sposobnost, medtem ko isti dejavnik pri negovalcih in negovalkah, starejših od 51 let, na njihovo delovno sposobnost ne vpliva ( $\bar{x} = 1,73$ ,  $\sigma = \pm 0,87$ ).



**Tabela 17: Vpliv družine na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

družina	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
zdravje družinskih članov	60	2,55 $\pm 0,92$	64	2,47 $\pm 0,97$	27	2,26 $\pm 1,05$	151	2,42 $\pm 0,98$
obveznosti povezane s partnerskim in družinskim življenjem	60	2,20 $\pm 1,05$	64	2,20 $\pm 0,99$	27	2,26 $\pm 0,98$	151	2,22 $\pm 1,00$

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz tabele 17 je razvidno, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki v skupnem vzorcu ocenjujejo, da zdravje njihovih družinskih članov na njihovo delovno sposobnost komaj vpliva ( $\bar{x} = 2,42$ ,  $\sigma = \pm 0,98$ ). Prav tako so mnenja, da na njihovo delovno sposobnost komaj vplivajo obveznosti, povezane s partnerskim in družinskim življenjem ( $\bar{x} = 2,22$ ,  $\sigma = \pm 1,00$ ). Pri nadaljnjem pregledu vzorca diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov vidimo, da ni pomembnih razlik glede na posamezne starostne skupine, ki bi odstopale od ocene v skupnem vzorcu, tako kar se tiče vpliva zdravja družinskih članov na delovno sposobnost, kakor tudi vpliva obveznosti povezanih s partnerskim in družinskim življenjem, saj oba dejavnika v vseh starostnih skupinah komaj vplivata na delovno sposobnost, kar potrjuje  $\bar{x}$ , ki v nobeni starostni skupini ne dosega vrednosti  $\bar{x} = 3$ .

Pri preverjanju hipoteze H1f smo ugotavljali vpliv družine (vpliv zdravja vaših družinskih članov in vpliv obveznosti, povezanih s partnerskim in družinskim življenjem) na ocenjeno trenutno delovno sposobnost vseh v raziskavo vključenih zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Za to smo uporabili linearni regresijski model. V izračunu smo med seboj primerjali posamezne ocene obeh spremenljivk na enakih merskih lestvicah (od 1 do 5).

Koeficient korelacije med delovno sposobnostjo in vplivom zdravja družinskih članov in vplivom obveznosti, povezanih s partnerskim in družinskim življenjem, znaša  $R = 0,218$ , kar pomeni, da neodvisna spremenljivka družina pozitivno vpliva na delovno sposobnost in izraža šibko povezanost med spremenljivkama. Vrednost koeficienta determinacije, ki znaša  $R^2 = 0,47$  pomeni, da lahko 4,7 % variabilnosti ocene trenutne delovne sposobnosti pojasnimo z oceno vpliva družine. V naslednjem koraku smo z uporabo ANOVA testa preverili statistično značilnost prej izračunane povezave in ugotovili, da je ta značilna ( $p < 0,001$ ). Nestandardizirani koeficient  $\beta$  nam pojasnjuje smer in moč povezanosti posamezne spremenljivke in znaša pri spremenljivki vpliv obveznosti, povezanih s partnerskim in družinskim življenjem  $\beta = - 0,11$  in pri spremenljivki vpliv zdravja družinskih članov  $\beta = - 13$ . Kot vidimo, sta nestandardizirana koeficienta  $\beta$  pri obeh neodvisnih spremenljivkah negativna, pri čemer obe neodvisni spremenljivki statistično značilno vplivata na delovno sposobnost zaposlenih. Iz izračunanega tako ugotavljamo, da višje, kot anketirani ocenjujejo vpliv obveznosti, povezanih s partnerskim in družinskim življenjem ( $p = 0,01$ ) ter zdravja družinskih članov ( $p = 0,00$ ) na njihovo delovno sposobnost, nižje ocenjujejo svojo trenutno delovno sposobnost.

Hipotezo H1f, ki pravi, da na oceno delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vpliva družina, lahko na podlagi izračunanih statističnih značilnosti ( $F = 14,39$ ,  $p = 0,00$ ) **potrdimo**.

### **Preverjanje celotne hipoteze H1: Na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vplivajo ocene znanih dejavnikov**

Pri preverjanju hipoteze H1 smo preučevali vpliv naslednjih neodvisnih spremenljivk na oceno trenutne delovne sposobnosti glede na posamezne poklicne in starostne skupine znotraj njih: vpliv dejavnikov delovnega okolja, obveznosti povezanih s partnerskim in družinskim življenjem, vpliv zdravja družinskih članov, vpliv delovne klime, vpliv zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem, vpliv centralnega vodstva in vpliv neposrednih nadrejenih. Pri tem smo ugotovili, da je koeficient korelacije pozitiven  $R = 0,33$ , s čimer je izražena šibka povezava med oceno trenutne delovne sposobnosti in ocenami vpliva v prejšnjem odstavku naštetih dejavnikov, ki smo jih vključili v model. Vrednost popravljenega koeficienta determinacije Adjusted  $R^2 = 0,10$ , kar pomeni, da je 10 % ocenjene trenutne delovne sposobnosti mogoče pojasniti z dejavniki, vključenimi v H1. Z ANOVA testom smo ugotovili, da je model kot celota statistično značilen ( $p < 0,001$ ).

Od skupno sedmih regresijskih koeficientov, ki smo jih preverjali glede na posamezne podhipoteze, sta statistično značilna dva, in sicer vpliv zadovoljstva s svojim trenutnim družabnim življenjem in vpliv zdravja družinskih članov. Čeprav smo pri preverjanju posameznih podhipotez ugotovili, da izmed proučevanih zunanjih dejavnikov na oceno trenutne delovne sposobnosti vpliva ocena treh dejavnikov, in sicer vpliv neposrednih vodilnih, zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem in družina (zdravje družinskih članov in obveznosti, povezane z družinskim in partnerskim življenjem), smo pri preverjanju modela, s katerim smo preverili Hipotezo H1 ugotovili, da sta statistično značilna samo dejavnika zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem in družina. Statistična značilnost dejavnika vpliv neposrednih vodilnih se spremeni in ni več statistično značilna ( $p = 0,86$ ) zaradi vključitve dodatnih neodvisnih spremenljivk.

Ker večina proučevanih dejavnikov na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših ne vpliva statistično zanesljivo, smo hipotezo H1 **delno potrdili**. S statistično značilnostjo lahko ugotovimo, da na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vplivata dva zunanja dejavnika, in sicer zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem in družina.

### **Preverjanje hipoteze H2: Na delovno sposobnost vplivajo notranji dejavniki.**

Pri preverjanju hipoteze H2 predstavlja ocena trenutne delovne sposobnosti odvisno spremenljivko. Kot neodvisne spremenljivke smo proučevali ocene vpliva:

- trenutnega zdravstvenega stanja,
- osebnih, poklicnih in socialnih kompetenc,
- delovnih in moralnih vrednot,
- trenutne motivacije za opravljanje delovnih nalog na delovno sposobnost.

Hipotezo H2: Na delovno sposobnost vplivajo notranji dejavniki smo razdelili na štiri podhipoteze.

### **Preverjanje podhipoteze H2a: Na delovno sposobnost zaposlenih vpliva zdravstveno stanje.**

Hipotezo H2a smo preverili na podlagi statistične analize odgovorov na vprašanje:

Ocenite, kako vaše zdravstveno stanje vpliva na vašo delovno sposobnost.

**Tabela 18: Vpliv zdravstvenega stanja na delovno sposobnost glede na posamezne poklicne in starostne skupine**

vpliv zdravstvenega stanja na delovno sposobnost	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
tajniki/tajnice	9	2,00 $\pm 1,22$	13	2,08 $\pm 0,95$	7	2,14 $\pm 0,90$	29	2,07 $\pm 1,02$
snažilci/snažilke	9	1,78 $\pm 0,83$	28	2,79 $\pm 1,06$	20	2,70 $\pm 0,92$	57	2,42 $\pm 0,93$
negovalke/ negovalci	107	2,01 $\pm 1,07$	108	2,40 $\pm 1,07$	37	2,54 $\pm 1,21$	252	2,31 $\pm 1,32$
diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki	60	2,05 $\pm 1,04$	64	2,20 $\pm 1,10$	27	2,89 $\pm 0,97$	151	2,38 $\pm 1,03$

N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Vpliv zdravstvenega stanja na delovno sposobnost zmo ocenjevali z Likertovo lestvico, pri čemer pomeni 1-ne vpliva, 2 – komaj vpliva, 3 – vpliva vendar me ne omejuje pri opravljanju delovnih nalog, 4- omejuje me pri opravljanju delovnih nalog, 5 – zelo me omejuje pri opravljanju delovnih nalog.

Iz tabele 18 je razvidno, da zaposleni vpliv trenutnega zdravstvenega stanja na njihovo delovno sposobnost v posameznih poklicnih in starostnih skupinah ocenjujejo različno. Kot je razvidno iz tabele 18 pa anketirani kljub temu v vseh poklicnih in starostnih skupinah ocenjujejo, da zdravje na njihovo delovno sposobnost komaj vpliva, saj  $\bar{x}$  v nobeni poklicni ali starostni skupini ne presega vrednosti 3. Najnižji pri snažilkah v starostni skupini od 18 do 35 let, ki ocenjujejo, da zdravje na njihovo delovno sposobnost ne vpliva ( $\bar{x} = 1,78$ ,  $\sigma = \pm 0,83$ ). Najvišje vpliv zdravstvenega stanja na trenutno delovno sposobnost ocenjujejo v poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, starih več kot 51 let, ( $\bar{x} = 2,98$ ,  $\sigma = \pm 0,97$ ).

Koeficient korelacije med oceno delovne sposobnosti in oceno zdravstvenega stanja znaša

$R = -0,31$ , kar pomeni, da obstaja med njima zmerna, negativna linearna povezanost. To sicer potrjuje tudi vrednost koeficienta determinacije, ki znaša  $R^2 = 0,099$ , kar pa pomeni, da lahko 9,9 % trenutne delovne sposobnosti pojasnimo z ocenjenim zdravstvenim stanjem. V naslednjem koraku smo z uporabo ANOVA testa preverili statistično značilnost prej izračunane povezave ( $F = 63,99$ ,  $p = 0,00$ ) in ugotovili, da ocena zdravstvenega stanja statistično značilno vpliva na oceno delovne sposobnosti zaposlenih. Podhipotezo H2a smo na podlagi izvedene večkratne linearne regresije **potrdili**.

Pri preverjanju podhipoteze H2a smo poleg predstavljenih statističnih parametrov s pomočjo regresijskega modela ugotavljali tudi:

- **Vpliv poklica na povezavo med oceno zdravstvenega stanja zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in oceno trenutne delovne sposobnosti:** ugotovili smo, da povezanost med zdravstvenim stanjem in delovno sposobnostjo med poklicnimi skupinami vključenih zdravstvenih poklicev (diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik in negovalka/negovalc) ni statistično značilna ( $p = 0,30$ ). Kar pomeni, da ocena zdravstvenega stanja ne napoveduje ocene trenutne delovne sposobnosti. V drugih poklicnih skupinah (tajnica/tajnik in snažilka/snažilec) smo ugotovili statistično značilno povezanost med oceno zdravstvenega stanja in delovno sposobnostjo ( $p = 0,006$ ), ki je negativna ( $B = -0,21$ ), kar pomeni, da osebe, ki svoje zdravstveno stanje ocenjujejo višje, svojo delovno sposobnost ocenjujejo za spoznanje nižje.
- **Vpliv starosti na povezavo med oceno zdravstvenega stanja zaposlenih in oceno delovne sposobnosti:** ugotovili smo, da starost v nobeni starostni skupini ne vpliva značilno ( $p < 0,05$ ) na povezavo med oceno zdravstvenega stanja in oceno trenutne delovne sposobnosti.

### **Preverjanje podhipoteze H2b: Delovna sposobnost je odvisna od ocene vpliva strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc**

Hipotezo H2b smo preverili na podlagi statistične analize odgovorov na vprašanje:

Ocenite, kako v tabeli našeta znanja in veščine (kompetence) vplivajo na vašo trenutno delovno sposobnost.

**Tabela 19: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

kompetence	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
splošna znanja s strokovnega področja	9	3,44 $\pm 0,88$	13	3,85 $\pm 0,68$	6	2,83 $\pm 1,83$	28	3,37 $\pm 1,13$
specialistična znanja s strokovnega področja	9	3,44 $\pm 0,88$	13	3,77 $\pm 0,83$	7	2,71 $\pm 1,60$	29	3,30 $\pm 1,10$
interdisciplinarna znanja, vezana na strokovno področje	9	3,22 $\pm 0,66$	13	3,46 $\pm 0,66$	7	3,00 $\pm 1,73$	29	3,22 $\pm 1,00$
komunikacijska znanja	9	3,89 $\pm 1,26$	13	4,23 $\pm 0,72$	7	3,14 $\pm 1,86$	29	3,75 $\pm 1,28$
sposobnost dogovarjanja	9	3,67 $\pm 1,11$	13	4,15 $\pm 0,80$	7	3,14 $\pm 1,86$	29	3,65 $\pm 1,25$
timska naravnost	9	3,33 $\pm 1,00$	13	4,31 $\pm 0,63$	7	3,14 $\pm 1,86$	29	3,59 $\pm 1,16$
sposobnost kreativnega reševanja problemov	9	3,56 $\pm 1,33$	13	4,00 $\pm 1,00$	7	3,14 $\pm 1,86$	29	3,56 $\pm 1,39$
sposobnost učenja	9	3,33 $\pm 1,00$	13	4,15 $\pm 0,89$	7	3,14 $\pm 1,86$	29	3,54 $\pm 1,25$

**Tabela 19 nadaljevanje: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

kompetence	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
sposobnost uporabe novih znanj	9	3,22 $\pm 0,97$	13	4,15 $\pm 0,89$	7	3,14 $\pm 1,86$	29	3,50 $\pm 1,24$
sposobnost strukturiranja in klasificiranja informacij	9	3,44 $\pm 1,13$	13	3,69 $\pm 0,94$	7	3,14 $\pm 1,86$	29	3,42 $\pm 1,31$
sposobnost prepoznavanja kontekstov	9	3,11 $\pm 0,92$	13	3,69 $\pm 1,03$	7	3,14 $\pm 1,86$	29	3,31 $\pm 1,27$
samopodoba	9	3,00 $\pm 1,41$	13	3,77 $\pm 0,83$	7	3,00 $\pm 1,73$	29	3,25 $\pm 1,32$
sposobnost samorefleksije	9	2,89 $\pm 1,26$	13	3,77 $\pm 0,92$	7	3,00 $\pm 1,73$	29	3,22 $\pm 1,30$
sposobnost razvoja osebnih vrednot	9	3,00 $\pm 1,00$	13	3,77 $\pm 0,72$	7	3,00 $\pm 1,73$	29	3,25 $\pm 1,15$
sposobnost spreminjanja lastnega vedenja in mišljenja.	9	2,89 $\pm 1,05$	13	3,77 $\pm 0,83$	7	3,00 $\pm 1,73$	29	3,22 $\pm 1,20$

Vir: Lastna raziskava 2019.

Vpliv kompetenc na delovno sposobnost mo ocenjevali z Likertovo lestvico pri čemer pomeni, 1 – ne vpliva, 2 – nekoliko vpliva, 3 – znatno vpliva, 4 – močno vpliva, 5 - zelo močno vpliva in velja tudi za tabele od 20 – 22.

Naštete kompetence je ocenjevalo 29 tajnikov in tajnic razen prve kompetence splošna znanja iz strokovnega področja, ki jo je ocenilo 28 tajnikov in tajnic.

Iz tabele 19 je razvidno, da izbrane kompetence znatno vplivajo na delovno sposobnost tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu. Med naštetimi kompetencami so tajnice in tajniki v skupnem

vzorcu ocenili, da na njihovo delovno sposobnost z ( $\bar{x} = 3,75$ ,  $\sigma = \pm 1,28$ ) vplivajo *komunikacijska znanja*, najmanj pa *sposobnost samorefleksije* ( $\bar{x} = 3,22$ ,  $\sigma = \pm 1,30$ ). Ob nadaljnjem pregledu deskriptivne statistike ugotavljamo še, da tajniki in tajnice, stari od 18 do 35 let, menijo, da na njihovo delovno sposobnost od navedenih kompetenc najbolj vplivajo *komunikacijska znanja* ( $\bar{x} = 3,89$ ,  $\sigma = \pm 1,26$ ) in najmanj *sposobnost samorefleksije* ( $\bar{x} = 2,89$ ,  $\sigma = \pm 1,26$ ). V srednji starostni skupini anketirani menijo, da je najpomembnejša kompetenca *timska naravnost*, ki jo ocenjujejo s ( $\bar{x} = 4,31$ ,  $\sigma = \pm 0,63$ ) in najmanj pomembna kompetenca *interdisciplinarna znanja, vezana na strokovno področje* ( $\bar{x} = 3,46$ ,  $\sigma = \pm 0,66$ ). V nasprotju z rezultati v splošnem vzorcu tajniki in tajnice v srednji starostni skupini od 36 do 50 let nekaterim kompetencam pripisujejo, da na njihovo delovno sposobnost zelo vplivajo, saj so jih ocenili s  $\bar{x} > 4$ . Tako pomembnost pripisujejo poleg *timske naravnosti* še *komunikacijskim znanjem* ( $\bar{x} = 4,23$ ,  $\sigma = \pm 0,72$ ), *sposobnosti dogovarjanja* ( $\bar{x} = 4,15$ ,  $\sigma = \pm 0,80$ ), *sposobnosti učenja* ( $\bar{x} = 4,15$ ,  $\sigma = \pm 0,89$ ) in *sposobnosti uporabe novih znanj* ( $\bar{x} = 4,15$ ,  $\sigma = \pm 0,89$ ). V starostni skupini tajnic in tajnikov, starejših od 51 let, so ocenili, da na njihov delovno sposobnost najbolj vplivajo kompetence iz sklopa *socialne kompetence*, vse našete kompetence iz tega sklopa (*komunikacijska znanja, sposobnost dogovarjanja in timska naravnost*) so ocenili z enakim povprečjem in enakim standardnim odklonom ( $\bar{x} = 3,14$ ,  $\sigma = \pm 0,86$ ). Medtem ko menijo, da *specialistična znanja iz strokovnega področja* na njihovo delovno sposobnost nekoliko vplivajo, kar ocenjujejo s ( $\bar{x} = 2,61$ ,  $\sigma = \pm 1,60$ ).



**Tabela 20: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilk in snažilcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

kompetence	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
sposobnost uporabe novih znanj	9	3,22 $\pm 0,97$	13	4,15 $\pm 0,89$	7	3,14 $\pm 1,86$	29	3,50 $\pm 1,24$
sposobnost strukturiranja in klasificiranja informacij	9	3,44 $\pm 1,13$	13	3,69 $\pm 0,94$	7	3,14 $\pm 1,86$	29	3,42 $\pm 1,31$
sposobnost prepoznavanja kontekstov	9	3,11 $\pm 0,92$	13	3,69 $\pm 1,03$	7	3,14 $\pm 1,86$	29	3,31 $\pm 1,27$
samopodoba	9	3,00 $\pm 1,41$	13	3,77 $\pm 0,83$	7	3,00 $\pm 1,73$	29	3,25 $\pm 1,32$
sposobnost samorefleksije	9	2,89 $\pm 1,26$	13	3,77 $\pm 0,92$	7	3,00 $\pm 1,73$	29	3,22 $\pm 1,30$
sposobnost razvoja osebnih vrednost	9	3,00 $\pm 1,00$	13	3,77 $\pm 0,72$	7	3,00 $\pm 1,73$	29	3,25 $\pm 1,15$
sposobnost spreminjanja lastnega vedenja in mišljenja.	9	2,89 $\pm 1,05$	13	3,77 $\pm 0,83$	7	3,00 $\pm 1,73$	29	3,22 $\pm 1,20$

**Tabela 20 nadaljevanje 1: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilke in snažilcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

kompetence	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
interdisciplinarna znanja, vezana na strokovno področje	9	2,22 $\pm 1,20$	26	2,23 $\pm 1,27$	18	2,50 $\pm 1,50$	53	2,31 $\pm 1,32$
komunikacijska znanja	9	2,67 $\pm 1,58$	26	2,58 $\pm 1,41$	17	2,29 $\pm 1,40$	52	2,51 $\pm 1,46$
sposobnost dogovarjanja	9	2,67 $\pm 1,58$	27	2,59 $\pm 1,39$	19	2,58 $\pm 1,50$	55	2,61 $\pm 1,49$
timska naravnost	9	2,67 $\pm 1,58$	27	2,63 $\pm 1,44$	17	2,35 $\pm 1,22$	53	2,55 $\pm 1,41$
sposobnost kreativnega reševanja problemov	9	2,44 $\pm 1,81$	26	2,58 $\pm 1,41$	17	2,76 $\pm 1,56$	52	2,59 $\pm 1,59$
sposobnost učenja	9	2,44 $\pm 1,66$	27	2,44 $\pm 1,31$	18	2,72 $\pm 1,52$	54	2,53 $\pm 1,49$
sposobnost uporabe novih znanj	9	2,56 $\pm 1,74$	25	2,48 $\pm 1,41$	18	2,67 $\pm 1,57$	49	2,57 $\pm 1,57$
sposobnost strukturiranja in klasificiranja informacij	9	2,44 $\pm 1,66$	26	2,38 $\pm 1,44$	18	2,50 $\pm 1,38$	53	2,44 $\pm 1,49$
sposobnost prepoznavanja kontekstov	9	2,22 $\pm 1,85$	25	2,56 $\pm 1,41$	18	2,44 $\pm 1,29$	52	2,40 $\pm 1,51$
samopodoba	9	2,33 $\pm 1,73$	26	2,38 $\pm 1,35$	19	2,63 $\pm 1,64$	54	2,44 $\pm 1,57$
sposobnost samorefleksije	9	2,33 $\pm 1,73$	27	2,33 $\pm 1,41$	18	2,67 $\pm 1,60$	54	2,44 $\pm 1,58$

**Tabela 20 nadaljevanje 2: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilk in snažilcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

kompetence	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
sposobnost razvoja osebnih vrednost	9	2,44 ± 1,81	27	2,52 ± 1,45	18	2,61 ± 1,53	54	2,52 ± 1,59
sposobnost spreminjanja lastnega vedenja in mišljenja.	9	2,22 ± 1,41	27	2,48 ± 1,42	18	2,78 ± 1,70	54	2,49 ± 1,51

Legenda: N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost.

Vir: Lastna raziskava 2019.

Naštete kompetence je ocenjevalo največ 55 in najmanj 49 snažilk in snažilcev, kar je razvidno iz števila anketirancev (N) pri posamezni kompetenci.

Snažilke in snažilci v skupnem vzorcu ocenjujejo, da naštete kompetence na njihovo delovno sposobnost komaj vplivajo, saj nobena od naštetih kompetenc v nobeni starostni skupini ne presega vrednosti  $\bar{x} > 3$ , pri tem pa  $\bar{x}$  pri nobeni od naštetih kompetenc ni manjša od 2. Pri proučevanju skupnega vzorca snažilk in snažilcev tako opazamo, da le-ti ocenjujejo, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vplivajo *komunikacijska znanja* ( $\bar{x} = 2,61$ ,  $\sigma = \pm 1,49$ ) in najmanj *specialistična znanja s strokovnega področja* ( $\bar{x} = 2,19$ ,  $\sigma = \pm 1,35$ ). V starostni skupini od 18 do 35 let ocenjujejo, da *socialne kompetence* najbolj od naštetih vplivajo na njihovo delovno sposobnost. Vse tri naštete socialne kompetence (*komunikacijska znanja*, *sposobnost dogovarjanja in timska naravnost*) anketirani ocenjujejo s ( $\bar{x} = 2,67$ ,  $\sigma = \pm 1,58$ ), najmanjši vpliv na delovno sposobnost pripisujejo *splošnim in specialističnim znanjem iz strokovnega področja* z enako vrednostjo ( $\bar{x} = 2,00$ ,  $\sigma = \pm 1,22$ ). V srednji starostni skupini od 36 do 50 let so mnenja, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva *timska naravnost* ( $\bar{x} = 2,63$ ,  $\sigma = \pm 1,44$ ). Medtem ko najmanjši vpliv na delovno sposobnost pripisujejo *specialističnim znanjem s strokovnega področja* ( $\bar{x} = 2,08$ ,  $\sigma = \pm 1,35$ ). Snažilke in snažilci, stari več kot 51 let, pa ocenjujejo, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva *sposobnost spreminjanja lastnega vedenja in mišljenja* ( $\bar{x} = 2,78$ ,

$\sigma = \pm 1,70$ ). Najmanjši vpliv na delovno sposobnost v tej starostni skupini snažilke in snažilci pripisujejo *komunikacijskim znanjem* ( $\bar{x} = 2,29$ ,  $\sigma = \pm 1,40$ ).

**Tabela 21: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino negovalk in negovalcev v skupnem vzorcu in glede na posamezne starostne skupine**

kompetence	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
splošna znanja s strokovnega področja	101	3,31 $\pm 1,39$	107	3,29 $\pm 1,28$	37	3,08 $\pm 1,47$	245	3,22 $\pm 1,38$
specialistična znanja s strokovnega področja	101	3,18 $\pm 1,39$	105	3,05 $\pm 1,23$	35	2,94 $\pm 1,49$	241	3,05 $\pm 1,37$
interdisciplinarna znanja, vezana na strokovno področje	100	3,05 $\pm 1,31$	101	3,10 $\pm 1,19$	34	2,76 $\pm 1,41$	235	2,97 $\pm 1,30$
komunikacijska znanja	103	3,48 $\pm 1,47$	107	3,42 $\pm 1,36$	37	3,11 $\pm 1,41$	247	3,33 $\pm 1,41$
sposobnost dogovarjanja	101	3,50 $\pm 1,48$	105	3,48 $\pm 1,30$	36	3,22 $\pm 1,33$	242	3,40 $\pm 1,37$
timska naravnost	103	3,62 $\pm 1,49$	106	3,55 $\pm 1,36$	35	3,29 $\pm 1,40$	244	3,48 $\pm 1,41$
sposobnost kreativnega reševanja problemov	102	3,36 $\pm 1,42$	104	3,35 $\pm 1,26$	36	3,14 $\pm 1,39$	242	3,28 $\pm 1,35$
sposobnost učenja	103	3,37 $\pm 1,43$	104	3,36 $\pm 1,31$	36	3,08 $\pm 1,29$	243	3,27 $\pm 1,34$

**Tabela 21 nadaljevanje: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino negovalk in negovalcev v skupnem vzorcu in glede na posamezne starostne skupine**

kompetence	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
sposobnost uporabe novih znanj	102	3,35 $\pm 1,43$	105	3,38 $\pm 1,35$	36	3,31 $\pm 1,34$	243	3,34 $\pm 1,37$
sposobnost prepoznavanja kontekstov	101	3,25 $\pm 1,37$	104	3,30 $\pm 1,24$	35	3,06 $\pm 1,39$	240	3,20 $\pm 1,33$
samopodoba	101	3,39 $\pm 1,44$	107	3,36 $\pm 1,45$	35	3,29 $\pm 1,40$	243	3,34 $\pm 1,43$
sposobnost samorefleksije	103	3,28 $\pm 1,44$	103	3,37 $\pm 1,43$	36	3,31 $\pm 1,34$	242	3,32 $\pm 1,40$
sposobnost razvoja osebnih vrednot	103	3,31 $\pm 1,38$	105	3,34 $\pm 1,42$	35	3,23 $\pm 1,37$	243	3,29 $\pm 1,39$
sposobnost spreminjanja lastnega vedenja in mišljenja.	103	3,32 $\pm 1,48$	107	3,28 $\pm 1,42$	36	3,19 $\pm 1,34$	246	3,26 $\pm 1,41$

Legenda: N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost.

Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz tabele 21 je razvidno, da je našete kompetence ocenjevalo največ 247 anketiranih negovalcev in negovalk (komunikacijska znanja) in najmanj 235 anketiranih negovalk in negovalcev (interdisciplinarna znanja) od skupno 252 negovalk in negovalcev v skupnem vzorcu.

Na splošno anketirani negovalci in negovalke v skupnem vzorcu menijo, da navedene kompetence znatno vplivajo na njihovo delovno sposobnost. Pri tem ocenjujejo, da *timska naravnost* med vsemi naštetimi kompetencami najbolj vpliva na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 3,48$ ,  $\sigma = \pm 1,41$ ). Najmanj na delovno sposobnost v tej poklicni skupini vplivajo *interdisciplinarna znanja, vezana na strokovno področje* ( $\bar{x} = 2,97$ ,  $\sigma = \pm 1,41$ ). V nadaljevanju pregleda deskriptivne statistike za poklicno skupino negovalcev in negovalk opazamo nekatere razlike izračunanih povprečnih vrednosti in standardnih odklonov glede na starostne skupine. V starostni skupini od 18 do 35 ocenjujejo, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva *timska naravnost* ( $\bar{x} = 3,62$ ,  $\sigma = \pm 1,49$ ) in najmanj *interdisciplinarna znanja, vezana na strokovno področje* ( $\bar{x} = 3,05$ ,  $\sigma = \pm 1,31$ ). Tudi v srednji starostni skupini na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva *timska naravnost* ( $\bar{x} = 3,55$ ,  $\sigma = \pm 1,36$ ), medtem ko ocenjujejo, da imajo najmanjši vpliv na njihovo delovno sposobnost *specialistična znanja s strokovnega področja* ( $\bar{x} = 3,05$ ,  $\sigma = \pm 1,23$ ). Negovalci in negovalke, starejši od 51 let, pa nekoliko drugače od mlajših kolegov menijo, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vplivata ( $\bar{x} = 3,31$ ,  $\sigma = \pm 1,34$ ) *sposobnost uporabe novih znanj in sposobnost samorefleksije*. Najmanjši vpliv na delovno sposobnost ima kompetenca *interdisciplinarna znanja vezana na strokovno področje* ( $\bar{x} = 2,76$ ,  $\sigma = \pm 1,41$ ).

**Tabela 22: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov glede na posamezne starostne skupine**

kompetence	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
splošna znanja s strokovnega področja	60	3,87 $\pm 1,11$	61	3,46 $\pm 1,38$	24	3,25 $\pm 1,11$	145	3,52 $\pm 1,20$

**Tabela 22 nadaljevanje 1: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov glede na starostne skupine**

kompetence	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
interdisciplinarna znanja vezana na strokovno področje	60	4,53 $\pm 6,72$	61	3,26 $\pm 1,32$	24	3,17 $\pm 1,12$	145	3,56 $\pm 3,05$
timska naravnost	60	3,93 $\pm 1,28$	60	3,67 $\pm 1,36$	24	3,54 $\pm 1,21$	144	3,71 $\pm 1,28$
sposobnost kreativnega reševanja problemov	60	3,68 $\pm 1,17$	60	3,57 $\pm 1,33$	24	3,33 $\pm 1,16$	144	3,52 $\pm 1,22$
sposobnost učenja	60	3,82 $\pm 1,18$	59	3,49 $\pm 1,33$	24	3,54 $\pm 1,25$	143	3,61 $\pm 1,25$
sposobnost uporabe novih znanj	60	3,83 $\pm 1,12$	58	3,47 $\pm 1,35$	24	3,42 $\pm 1,31$	142	3,57 $\pm 1,26$
sposobnost strukturiranja in klasificiranja informacij	60	3,75 $\pm 1,15$	60	3,43 $\pm 1,29$	24	3,54 $\pm 1,17$	144	3,57 $\pm 1,20$
sposobnost prepoznavanja kontekstov	60	3,80 $\pm 1,23$	60	3,37 $\pm 1,31$	24	3,37 $\pm 1,27$	144	3,51 $\pm 1,27$
samopodoba	60	3,77 $\pm 1,15$	60	3,43 $\pm 1,35$	23	3,22 $\pm 1,16$	143	3,47 $\pm 1,22$
sposobnost samorefleksije	60	3,70 $\pm 1,10$	60	3,47 $\pm 1,33$	24	3,25 $\pm 1,18$	144	3,47 $\pm 1,20$

**Tabela 22 nadaljevanje 2: Vpliv strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov glede na starostne skupine**

kompetence	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
sposobnost razvoja osebnih vrednot	59	3,73 $\pm 1,09$	60	3,48 $\pm 1,33$	24	3,38 $\pm 1,31$	143	3,51 $\pm 1,24$
sposobnost spreminjanja lastnega vedenja in mišljenja.	59	3,85 $\pm 1,11$	60	3,38 $\pm 1,31$	24	3,17 $\pm 1,20$	143	3,46 $\pm 1,20$

Legenda: N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost.

Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz tabele 22 je razvidno, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki tako v splošnem vzorcu, kot v posameznih starostnih skupinah, kompetencam pripisujejo višji vpliv na njihovo delovno sposobnost kot ostale poklicne skupine, in sicer menijo, da našteve kompetence znatno vplivajo na njihovo delovno sposobnost, vendar so povprečne vrednosti ocen višje kot pri predhodno proučevanih poklicnih skupinah. Diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki v skupnem vzorcu ocenjujejo, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva *timska naravnost* ( $\bar{x} = 3,71$ ,  $\sigma = \pm 1,28$ ) in najmanj *specialistična znanja s strokovnega področja* ( $\bar{x} = 3,41$ ,  $\sigma = \pm 1,16$ ). Tudi v starostni skupni med 18 do 35 let menijo, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva *timska naravnost* ( $\bar{x} = 3,93$ ,  $\sigma = \pm 1,28$ ) in najmanj *sposobnost kreativnega reševanja problemov* ( $\bar{x} = 3,68$ ,  $\sigma = \pm 1,17$ ). V srednji starostni skupini so ocenili, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vplivajo *komunikacijska znanja* ( $\bar{x} = 3,70$ ,  $\sigma = \pm 1,37$ ), medtem ko najmanjši vpliv na delovno sposobnost pripisujejo *interdisciplinarnim znanjem vezanim na strokovno področje* ( $\bar{x} = 3,26$ ,  $\sigma = \pm 1,37$ ). Diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, ki so starejši od 51 let, pa so najvišji vpliv na trenutno delovno sposobnost pripisali *sposobnosti dogovarjanja* ( $\bar{x} = 3,58$ ,  $\sigma = \pm 1,2$ ), medtem ko menijo, da imata najmanjši vpliv z identičnima  $\bar{x} = 3,17$  in  $\sigma = \pm 1,12$  kompetenci *specialistična znanja s strokovnega področja* in *interdisciplinarna znanja vezana na strokovno področje*.



Koeficient korelacije med delovno sposobnostjo in poklicnimi kompetencami vseh poklicnih skupin skupaj znaša  $R = 0,15$ , kar pomeni, da je povezava med spremenljivkama šibka, pri čemer poklicne kompetence pozitivno vplivajo na delovno sposobnost. Vrednost koeficienta determinacije, znaša  $R^2 = 0,024$ , torej lahko 2,4 % variabilnosti delovne sposobnosti razložimo z oceno vpliva poklicnih kompetenc. V nadaljevanju smo z uporabo ANOVA testa preverili statistično značilnost prej izračunane povezave ( $F = 9,36$ ,  $p = 0,00$ ). Iz opisa statističnih značilnosti vidimo, da višje ocenjene poklicne kompetence pozitivno vplivajo na oceno delovne sposobnosti, kar pomeni, da kolikor višje so anketirani ocenili vpliv kompetenc na oceno trenutne delovne sposobnosti, toliko višje so tudi ocenili svojo trenutno delovno sposobnost. Hipotezo H2b smo na podlagi prikazanih rezultatov **potrdili**.

**Preverjanje podhipoteze H2c: Ocena trenutne delovne sposobnosti je odvisna od vpliva vrednot.**

Hipotezo H2c smo preverili na podlagi statistične analize odgovorov na vprašanje: Ocenite, kako našete vrednote vplivajo na vašo trenutno delovno sposobnost.

**Tabela 23: Vpliv delovnih in moralnih vrednot na delovno sposobnost za poklicno skupino tajnic in tajnikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

vrednote	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
zanesljivost	9	4,33 $\pm 0,50$	13	3,92 $\pm 1,11$	7	4,29 $\pm 1,25$	29	4,18 $\pm 0,95$
poštenost	9	4,33 $\pm 0,50$	13	4,15 $\pm 1,21$	7	4,29 $\pm 1,25$	29	4,25 $\pm 1,15$
kolegialnost	9	4,11 $\pm 0,60$	13	3,92 $\pm 1,18$	7	3,71 $\pm 1,70$	29	3,91 $\pm 1,16$
hvaležnost	9	3,67 $\pm 0,86$	13	3,77 $\pm 1,01$	7	3,43 $\pm 1,61$	29	3,62 $\pm 1,16$
lojalnost	9	4,11 $\pm 0,60$	13	4,00 $\pm 1,08$	7	3,71 $\pm 1,70$	29	3,94 $\pm 1,12$

Legenda N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja

Vir: Lastna raziskava 2019.

Vpliv vrednot na oceno trenutne delovne sposobnosti smo ocenjevali z Likertovo lestvico, pri čemer pomeni ocena dejavnika z 1 – ne vpliva, 2 – nekoliko vpliva, 3 – znatno vpliva, 4 – močno vpliva, 5 – zelo močno vpliva in velja tudi za tabele od 24 – 26.

Močno na delovno sposobnost tajnic in tajnikov vpliva *poštenost* ( $\bar{x} = 4,25$ ,  $\sigma = \pm 1,15$ ) najmanj, a še vedno znatno pa *hvaležnost* ( $\bar{x} = 3,62$ ,  $\sigma = \pm 1,16$ ). Vpliv naštetih vrednot na delovno sposobnost tajniki in tajnice glede na starostne skupine vrednotijo različno, in sicer tajniki in tajnice v starostni skupini med 18 do 35 let menijo, da na njihovo delovno sposobnost močno vplivata *zanesljivost in poštenost* pri enakem ( $\bar{x} = 4,33$ ,  $\sigma = \pm 0,50$ ) in da najmanj na delovno sposobnost v tej skupini vpliva *hvaležnost* ( $\bar{x} = 3,67$ ,  $\sigma = \pm 1,37$ ). V srednji starostni skupini tajnic in tajnikov ocenjujejo, da je *poštenost* tista vrednota, ki na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva ( $\bar{x} = 4,15$ ,  $\sigma = \pm 1,21$ ), medtem ko na njihovo delovno sposobnost najmanj vpliva *hvaležnost* ( $\bar{x} = 3,77$ ,  $\sigma = \pm 1,01$ ). Tajniki in tajnice, stari 51 in več let, pa so ocenili, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vplivata *zanesljivost in poštenost* z enakima vrednostnima ( $\bar{x} = 4,25$ ,  $\sigma = \pm 1,25$ ), tudi v tej starostni skupini *hvaležnost* na delovno sposobnost vpliva z najnižje ocenjenim ( $\bar{x} = 3,62$ ,  $\sigma = \pm 1,16$ ).

**Tabela 24: Vpliv vrednot na delovno sposobnost za poklicno skupino snažilk in snažilcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

vrednote	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
zanesljivost	9	2,44 $\pm 1,66$	27	3,30 $\pm 1,17$	19	3,37 $\pm 1,64$	55	3,03 $\pm 1,49$
poštenost	9	2,33 $\pm 1,73$	27	3,67 $\pm 1,10$	19	3,42 $\pm 1,67$	55	3,14 $\pm 1,50$
kolegialnost	9	2,44 $\pm 1,81$	28	3,64 $\pm 1,22$	20	3,35 $\pm 1,59$	57	3,14 $\pm 1,54$
hvaležnost	9	2,33 $\pm 1,73$	27	3,41 $\pm 1,21$	19	3,53 $\pm 1,74$	55	3,09 $\pm 1,56$
lojalnost	9	2,33 $\pm 1,65$	27	3,26 $\pm 1,31$	19	3,16 $\pm 1,60$	55	2,91 $\pm 1,52$

Legenda N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja

Vir: Lastna raziskava 2019.

Na zastavljeno vprašanje je odgovarjalo največ 57 in najmanj 55 snažilk in snažilcev od skupno 58 v raziskovalnem vzorcu.

Snažilci in snažilke v skupnem vzorcu menijo, da od naštetih vrednot na njihovo delovno sposobnost vrednote nekoliko ali znatno vplivajo. V skupnem vzorcu tako ocenjujejo, da ima največji vpliv na njihovo delovno sposobnost *poštenost* ( $\bar{x} = 3,14$ ,  $\sigma = \pm 1,50$ ), medtem ko ocenjujejo, da ima *lojalnost* najmanjši vpliv na njihovo delovno sposobnost

( $\bar{x} = 2,91$ ,  $\sigma = \pm 1,52$ ). Iz tabele 24 je še razvidno, da snažilke in snažilci, stari od 18 do 35 let, vpliv navedenih vrednot na njihovo delovno sposobnost v povprečju slabše ocenjujejo, kot snažilci in snažilke v starejših starostnih skupinah in skupnem vzorcu, saj menijo, da vrednote znatno vplivajo na njihovo delovno sposobnost. Snažilci in snažilke v tej starostni skupini tako največji vpliv na njihovo delovno sposobnost pripisujejo *zanesljivosti* ( $\bar{x} = 2,44$ ,  $\sigma = \pm 1,66$ ), najmanjši vpliv pa *lojalnosti in poštenosti* ( $\bar{x} = 2,33$ ,  $\sigma = \pm 1,73$ ). V srednji starostni skupini snažilk in snažilcev lahko ugotovimo, da le-ti menijo, da vrednote na njihovo delovno sposobnost znatno vplivajo, pri tem pripisujejo največji vpliv *poštenosti* ( $\bar{x} = 3,67$ ,  $\sigma = \pm 1,10$ ), najmanjši vpliv na delovno sposobnost v tej starostni skupini snažilk in snažilcev ima *lojalnost* ( $\bar{x} = 3,16$ ,  $\sigma = \pm 1,60$ ). Med snažilci in snažilkami, starejšimi od

51 let, pa ocenjujejo, da je *hvaležnost* tista vrednota, ki najbolj vpliva na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 3,53$ ,  $\sigma = \pm 1,74$ ), medtem ko so najmanjši vpliv pripisali lojalnosti,  $\bar{x} = 3,16$ ,  $\sigma = \pm 1,60$ .

**Tabela 25: Vpliv vrednot na delovno sposobnost za poklicno skupino negovalk in negovalcev v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

vrednote	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
zanesljivost	106	3,73 $\pm 1,35$	107	3,66 $\pm 1,29$	37	3,70 $\pm 1,54$	250	3,6 $\pm 1,39$
poštenost	106	3,90 $\pm 1,27$	107	3,82 $\pm 1,31$	36	3,89 $\pm 1,58$	249	3,87 $\pm 1,38$
kolegialnost	105	3,89 $\pm 1,29$	107	3,85 $\pm 1,28$	37	3,97 $\pm 1,44$	249	3,90 $\pm 1,33$
hvaležnost	105	3,70 $\pm 1,29$	107	3,63 $\pm 1,29$	37	3,57 $\pm 1,48$	249	3,63 $\pm 1,35$
lojalnost	105	2,74 $\pm 1,28$	107	3,69 $\pm 1,25$	36	3,78 $\pm 1,47$	248	3,40 $\pm 1,31$

Vir: Lastna raziskava 2019.

Na zastavljeno vprašanje je odgovarjalo največ 250 in najmanj 248 negovalk in negovalcev od skupno 252 v raziskovalnem vzorcu.

V skupnem vzorcu negovalk in negovalcev ocenjujejo, da vrednote na njihovo delovno sposobnost znatno vplivajo. Med temi ocenjujejo *kolegialnost* kot tisto vrednoto, ki najbolj vpliva na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 3,90$ ,  $\sigma = \pm 1,33$ ). Najmanj pa v skupni negovalk in negovalcev ne glede na starostne skupine vpliva *lojalnost* ( $\bar{x} = 3,40$ ,  $\sigma = \pm 1,31$ ). V starostni skupini med 18 in 35 let največji vpliv pripisujejo *poštenosti* ( $\bar{x} = 3,90$ ,  $\sigma = \pm 1,27$ ) in najmanjšega *lojalnosti*, ki je med vsemi vrednotami v vseh starostnih skupinah med tudi najslabše ocenjena vrednota, ki nekoliko vpliva na delovno sposobnost ( $\bar{x} = 2,74$ ,  $\sigma = \pm 1,28$ ). V srednji starostni skupini menijo, da ima na njihovo delovno sposobnost največji vpliv *kolegialnost* ( $\bar{x} = 3,85$ ,  $\sigma = \pm 1,31$ ), najnižji vpliv pa pripisujejo *hvaležnosti* ( $\bar{x} = 3,63$ ,  $\sigma = \pm 1,29$ ). Med negovalci in negovalkami, ki so starejši od 51 let, prav tako kot v srednji starostni skupini, prevladuje ocena, da *kolegialnost* med naštetimi vrednotami najbolj vpliva

na njihovo delovno sposobnost ( $\bar{x} = 3,97, \sigma = \pm 1,44$ ), medtem ko menijo, da ima najmanjši vpliv *hvaležnost* ( $\bar{x} = 3,57, \sigma = \pm 1,48$ ).

**Tabela 26: Vpliv vrednot na delovno sposobnost za poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v skupnem vzorcu in glede na starostne skupine**

vrednote	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
zanesljivost	60	4,12 $\pm 1,09$	62	3,69 $\pm 1,28$	27	3,74 $\pm 1,37$	149	3,85 $\pm 1,24$
poštenost	60	4,08 $\pm 1,06$	62	3,77 $\pm 1,32$	27	3,81 $\pm 1,33$	149	3,88 $\pm 1,23$
kolegialnost	60	4,12 $\pm 1,15$	62	3,74 $\pm 1,28$	27	3,78 $\pm 1,36$	149	3,88 $\pm 1,26$
hvaležnost	60	3,82 $\pm 1,21$	62	3,47 $\pm 1,33$	27	3,37 $\pm 1,39$	149	3,55 $\pm 1,31$
lojalnost	60	3,88 $\pm 1,16$	61	3,64 $\pm 1,31$	27	3,85 $\pm 1,32$	148	3,79 $\pm 1,26$

Legenda N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja

Vir: lastna raziskava 2019.

Na zastavljeno vprašanje je odgovarjalo največ 149 in najmanj 148 diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov od 151 diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v raziskovalni populaciji.

Iz tabele 26 je razvidno, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki ocenjujejo, da vrednote znatno vplivajo na njihovo delovno sposobnost. Pri tem največji vpliv pripisujejo *poštenosti* ( $\bar{x} = 3,88, \sigma = \pm 1,23$ ), medtem ko najmanj na njihovo delovno sposobnost vpliva *hvaležnost* ( $\bar{x} = 3,55, \sigma = \pm 1,31$ ). Med diplomirani medicinskimi sestrami in diplomirani zdravstveniki vpliv vrednot na njihovo delovno sposobnost najvišje ocenjujejo prav v najmlajši skupini zaposlenih, starih med 18 in 35 let. V tej skupini ocenjujejo, da na njihovo delovno sposobnost najbolj (močno) vpliva *zanesljivost* ( $\bar{x} = 4,12, \sigma = \pm 1,09$ ), medtem ko ima najmanjši vpliv na njihovo delovno sposobnost *hvaležnost*, ki ji označujejo znaten vpliv pri ( $\bar{x} = 3,82, \sigma = \pm 1,21$ ). V srednji starostni skupini

diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ocenjujejo, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva *poštenost* ( $\bar{x} = 3,77$ ,  $\sigma = \pm 1,32$ ), medtem ko *hvaležnost* tudi v tej poklicni in starostni skupini ocenjujejo kot tisto vrednoto, ki ima na njihovo delovno sposobnost najmanjši vpliv ( $\bar{x} = 3,47$ ,  $\sigma = \pm 1,33$ ). Med diplomiranimi medicinskimi sestrami in diplomiranimi zdravstveniki, ki so starejši od 51 let, iz tabele 26 razberemo, da na njihovo delovno sposobnost najbolj vpliva *lojalnost* ( $\bar{x} = 3,85$ ,  $\sigma = \pm 1,32$ ), najmanj pa *hvaležnost* ( $\bar{x} = 3,37$ ,  $\sigma = \pm 1,39$ ).

Pri preverjanju podhipoteze H2c smo izračunali, kakšen je vpliv vrednot na ocenjeno trenutno delovno sposobnost zaposlenih. Za to smo uporabili linearni regresijski model.

V izračunu smo med seboj primerjali posamezne ocene obeh spremenljivk na enakih merskih lestvicah (od 1 do 5).

Pri preverjanju hipoteze H2c, ki predvideva, da na delovno sposobnost zaposlenih vplivajo vrednote, koeficient korelacije med delovno sposobnostjo in vplivom vrednot znaša  $R = 0,09$ , kar izraža, šibko povezanost med odvisno in neodvisno spremenljivko. Vrednost koeficienta determinacije znaša  $R^2 = 0,008$ , kar pa pomeni, da lahko 0,8 % variabilnosti delovne sposobnosti razložimo z vplivom vrednot. Z uporabo ANOVA testa smo ugotovili statistično značilnost prej izračunane povezave ( $F = 4,69$ ,  $p = 0,03$ ). Iz opisa statističnih značilnosti vidimo, da vrednote pozitivno vplivajo na delovno sposobnost, kar pomeni, da kolikor višje so anketirani ocenili vpliv vrednot, višje so ocenili tudi svojo trenutno delovno sposobnost. H2c smo na podlagi izvedene linearne regresije **potrdili**.

### **Preverjanje podhipoteze H2d: Delovna sposobnost je odvisna od ocene vpliva motivacije**

Hipotezo H2d smo preverili na podlagi statistične analize odgovorov na vprašanje:

Kako bi ocenili vašo sedanjo motivacijo za opravljanje delovnih nalog?

**Tabela 27: Vpliv motivacije za opravljanje dodeljenih delovnih nalog na delovno sposobnost glede na posamezne poklicne in starostne skupine**

motivacija	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
tajniki/tajnice	9	4,44 $\pm 0,72$	13	4,31 $\pm 0,75$	7	4,43 $\pm 0,53$	29	4,39 $\pm 0,66$
snažilci/snažilke	9	4,22 $\pm 0,83$	28	3,82 $\pm 0,94$	20	4,05 $\pm 0,99$	57	4,18 $\pm 0,92$
negovalke/ negovalci	107	3,99 $\pm 0,87$	10 8	4,08 $\pm 0,84$	37	4,24 $\pm 0,92$	252	4,10 $\pm 0,87$
diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki	60	4,18 $\pm 0,81$	63	4,05 $\pm 0,85$	27	3,85 $\pm 0,81$	150	4,02 $\pm 0,82$

Legenda: N – število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Vpliv motivacije na oceno trenutne delovne sposobnosti smo ocenjevali z Likertovo lestvico, pri čemer pomeni, 1 – zelo slaba, 2 – slaba, 3 – srednja, 4 – dobra, 5 – zelo dobra.

Iz skupnega vzorca vseh anketiranih je razvidno, da je trenutna motivacija za opravljanje delovnih nalog pri anketiranih dobra. Glede na posamezne poklicne in starostne skupine opazamo odstopanje pri poklicni skupini snažilk in snažilcev v starostni skupini med 36 in 50 let, ki svojo motivacijo ocenjujejo kot srednjo ( $\bar{x} = 3,82$ ,  $\sigma = \pm 0,94$ ), v poklicni skupini negovalk in negovalcev v starostni skupini med 18 in 35 let ( $\bar{x} = 3,99$ ,  $\sigma = \pm 0,87$ ) ter v poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, starih več kot 51 let, ki svojo delovno sposobnost ocenjujejo kot srednjo ( $\bar{x} = 3,99$ ,  $\sigma = \pm 0,87$ ).

Pri preverjanju hipoteze H2 d smo preverjali, kako ocena trenutne motivacije za opravljanje dodeljenih delovnih nalog vpliva na oceno trenutne delovne sposobnosti. Pri tem smo ugotovili, da koeficient korelacije delovno sposobnostjo in motivacijo znaša  $R = 0,41$ , kar pomeni, da obstaja srednje močna povezanost med spremenljivkama. Vrednost koeficienta determinacije, znaša  $R^2 = 0,16$ , kar pa pomeni, da lahko 16 % variabilnosti ocene trenutne delovne sposobnosti razložimo z vplivom ocene motivacije za opravljanje zadanih delovnih nalog. Z uporabo ANOVA testa smo potrdili statistično značilnost povezave ( $F = 117,99$ ,

$p = 0,00$ ). Podhipotezo H2d smo na podlagi izvedene enostavne linearne regresije **potrdili**.

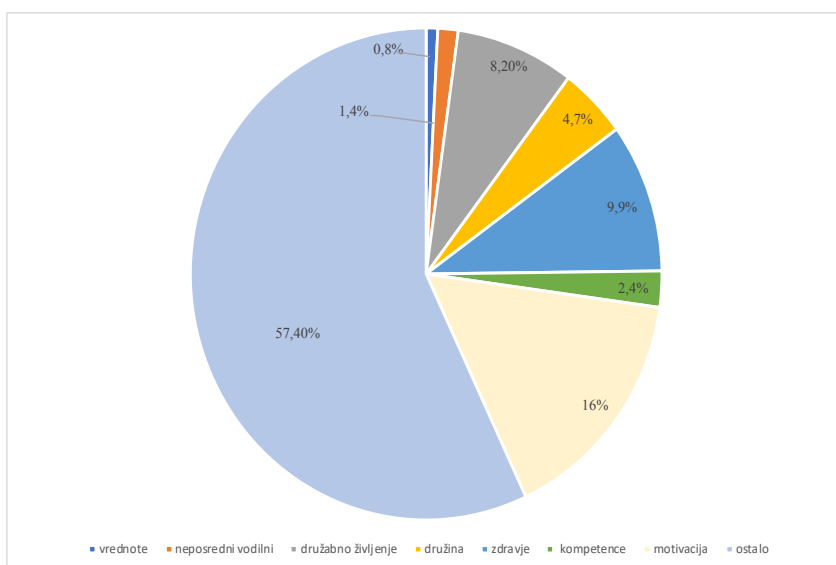
### **Preverjanje hipoteze H2: Na delovno sposobnost vplivajo notranji dejavniki.**

Pri preverjanju hipoteze H2 smo preučevali vpliv naslednjih neodvisnih spremenljivk na oceno trenutne delovne sposobnosti glede na posamezne poklicne in starostne skupine znotraj njih: vpliv trenutnega zdravstvenega stanja, vpliv kompetenc, vpliv vrednot in vpliv motivacije.

Pri tem smo ugotovili, da je koeficient korelacije celotnega modela pozitiven  $R = 0,31$  kar pomeni, da notranji dejavniki skupno pozitivno vplivajo na delovno sposobnost pri čemer je izražena zmerno močna povezanost med spremenljivkami. Vrednost koeficienta determinacije  $R^2 = 0,097$  kar pomeni, da z notranjimi dejavniki skupno razlagamo 9,7 % celotne delovne sposobnosti. Pri preverjanju hipoteze H2 kot celote smo ugotovili, da je model kot celota statistično značilen ( $F = 13,69$   $p = 0,00$ ). Na podlagi prikazanih statističnih lastnosti smo hipotezo H2, v kateri predvidevamo, da na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vplivajo notranji dejavniki, **potrdili**.

Pri preverjanju ocen zunanjih in notranjih dejavnikov, ki vplivajo na oceno delovne sposobnosti zaposlenih smo ugotovili, da lahko s proučevanimi dejavniki skupno razložimo 43,7 % variabilnosti odvisne spremenljivke ocena trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, kot je prikazano na sliki 13.

### **Slika 13: Grafični prikaz deležev vpliva posameznega dejavnika na oceno trenutne delovne sposobnosti.**



Vir: Lastna raziskava 2019.



Iz slike 13 je razvidno, da najmanjši delež ocene trenutne delovne sposobnosti predstavljajo vrednote. Z oceno vpliva vrednot lahko razložimo manj kot 1% deleža ocene trenutne delovne sposobnosti največji delež ocene trenutne delovne sposobnosti predstavlja motivacija (16%). Z elementi modela delovne sposobnosti, za katere smo v lastni raziskavi dokazali, da z statistično gotovostjo vplivajo na oceno delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših lahko skupno razložimo nekaj manj kot polovico (42,6 %) variabilnosti ocene delovne sposobnosti.

**Preverjanje hipoteze H3: Vpliv kronološke starosti na delovno sposobnost se statistično pomembno razlikuje med posameznimi poklicnimi skupinami.**

Hipotezo H3 smo preverili na podlagi statistične analize odgovorov na vprašanje:

Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

**Tabela 28: Ocena trenutne delovne sposobnosti glede na posamezne poklicne in starostne skupine**

ocena trenutne delovne sposobnosti	18–35 let		36–50 let		več kot 51 let		skupno	
	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$	N	$\bar{x} \pm \sigma$
tajniki/tajnice	9	4,22 $\pm 0,44$	13	4,38 $\pm 0,50$	7	4,43 $\pm 0,53$	29	4,34 $\pm 0,63$
snažilci/snažilke	9	4,44 $\pm 0,72$	28	4,00 $\pm 0,72$	21	4,00 $\pm 1,00$	58	4,14 $\pm 0,81$
negovalke/ negovalci	107	4,24 $\pm 0,65$	108	4,23 $\pm 0,74$	37	4,16 $\pm 0,83$	252	4,21 $\pm 0,74$
diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki	60	4,50 $\pm 0,59$	64	4,25 $\pm 0,66$	27	4,11 $\pm 0,69$	151	4,28 $\pm 0,64$

Legenda: N –število anketirancev,  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost

Vir: Lastna raziskava 2019.

Oceno trenutne delovne sposobnosti smo ocenjavali z Likartovo lestvico od 1 do 5, pri čemer 1 – zelo slaba, 2 – slaba, 3 – srednja, 4 – dobra 5 – zelo dobra delovna sposobnost.

Iz tabele 28 je razvidno, da anketirani v skupnem vzorcu svojo delovno sposobnost ocenjujejo kot dobro, Svojo delovno sposobnost so z najnižjo oceno v skupnem vzorcu ocenili snažilci in snažilke ( $\bar{x} = 4,14$ ,  $\sigma = \pm 0,81$ ), sledijo negovalke in negovalci ( $\bar{x} = 4,21$ ,  $\sigma = \pm 0,74$ ), ter diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki z ( $\bar{x} = 4,28$ ,  $\sigma = \pm 0,64$ ). V skupnem vzorcu so svojo delovno sposobnost najvišje ocenili v poklicni skupini tajnik/tajnica, in sicer ( $\bar{x} = 4,34$ ,  $\sigma = \pm 0,63$ ). Pri pregledu opisne statistike po posameznih poklicnih in starostnih skupinah vidimo, da se v poklicnih skupinah snažilec/snažilka, negovalec/negovalka in diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik ocena trenutne delovne sposobnosti niža z naraščanjem kronološke starosti. V poklicni skupini tajnik/tajnica se povprečna ocena trenutne delovne sposobnosti z naraščanjem kronološke starosti izboljšuje. Med vsemi poklicnimi in starostnimi skupinami, trenutno delovno sposobnost najslabše ocenjujejo v poklicni skupini snažilka in snažilcev, starih med 35 do 50 let ( $\bar{x} = 4,00$ ,  $\sigma = \pm 0,72$ ) in v poklicni skupini snažilka in snažilcev, starih več kot 51 let ( $\bar{x} = 4,00$ ,  $\sigma = \pm 1,00$ ). Z najvišjo povprečno oceno sicer svojo delovno sposobnost ocenjujejo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, stari med 18 in 35 let ( $\bar{x} = 4,50$ ,  $\sigma = \pm 0,59$ ).

Pri preverjanju hipoteze H3 smo ugotavljali, kakšen je vpliv kronološke starosti na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših glede na posamezne poklicne in starostne skupine. Pri tem smo uporabili multiplo linearno regresijo z umetnimi spremenljivkami.

Ocena trenutne delovne sposobnosti predstavlja pri preverjanju hipoteze H3 odvisno spremenljivko. Kot neodvisne spremenljivke smo proučevali:

- kronološko starost in
- poklicno pripadnost anketiranih.

V osnovni model smo vključili dve referenčni kategoriji, in sicer poklicno skupino tajnik/tajnica in starostno skupino od 18 do 35 let. Pri preverjanju opisanega modela smo ugotovili, da je statistični model značilen  $p < 0,0001$ , kar pomeni, da obstaja šibka povezava med odvisno spremenljivko ocena trenutne delovne sposobnosti in neodvisno spremenljivko starost ( $R = 0,341$ ). V naslednjem koraku smo v model vključili tri umetne neodvisne spremenljivke (poklicno skupino snažilec/snažilka, poklicno skupino negovalec/negovalka in poklicno skupino diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik). Z vključitvijo dodatnih spremenljivk smo ugotovili izboljšanje statističnega modela ( $R = 0,409$  in  $p < 0,0001$ ). V nadaljevanju smo v predstavljen statistični model

vklučili novi neodvisni spremenljivki, in sicer starost med 36 in 50 let in starejši od 51 let. Za referenčno kategorijo smo izbrali starost med 18 in 35 let. Ob tem še tretjič ugotavljamo izboljšanje modela na stopnji značilnosti  $p < 0,0001$  in  $R = 0,547$ . Na podlagi izračunanih statističnih vrednosti ugotavljamo statistično značilen vpliv spremenljivk poklic in starost na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Hipotezo H3 **potrdimo**.

**Preverjanje podhipoteze H3a: Zaposleni v poklicih, ki zahtevajo višjo stopnjo izobrazbe, izkazujejo pri višji kronološki starosti boljšo delovno sposobnost kot zaposleni v poklicih, ki zahtevajo nižjo stopnjo izobrazbe.**

Pri preverjanju podhipoteze H3a smo izračunali vpliv stopnje izobrazbe (poklici, ki zahtevajo višjo stopnjo izobrazbe in poklici, ki zahtevajo nižjo stopnjo izobrazbe) v povezavi s kronološko starostjo na oceno trenutne delovne sposobnosti. Pri tem smo uporabili linearno regresijo z umetnimi spremenljivkami. Ocena trenutne delovne sposobnosti predstavlja odvisno spremenljivko, kot neodvisne spremenljivke smo v statističnem modelu preučevali:

- kronološko starost anketiranih in
- poklic anketiranih.

V prvem koraku preverjanja podhipoteze H3a smo uporabili predhodno predstavljen model hipoteze H3, v katerem smo ugotovili statistično značilen ( $p < 0,0001$ ) vpliv kronološke starosti na oceno trenutne delovne sposobnosti. Regresijska enačba ima obliko:  $Y = 3,734 - 0,448 \times$  ocena delovne sposobnosti. Oblika regresijske enačbe nam tako pove, da posamezniki z višjo kronološko starostjo slabše ocenjujejo svojo trenutno delovno sposobnost. V procesu preverjanja podhipoteze H3a smo z vključitvijo posameznih umetnih spremenljivk, ki opisujejo poklic posameznika, ugotovili statistično značilne razlike med poklicno skupino tajnik/tajnica in snažilec/snažilka ( $p < 0,0001$ ). Statistično zanesljiv model nam tako pove, da zaposleni v poklicni skupini snažilec/snažilka ocenjujejo svojo delovno sposobnost boljše kot zaposleni v poklicni skupini tajnik/tajnica. V primerjavi drugih poklicnih skupin smo zaznali statistično neznačilne razlike, in pri tem ugotovili še, da so negovalci in negovalke ter diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki pri višji kronološki starosti svojo trenutno delovno sposobnost ocenili boljše kot zaposleni v poklicni skupini tajnik/tajnica pri enaki kronološki starosti. V nadaljevanju smo statistični model nadgradili še enkrat, in sicer z vključitvijo starostnih skupin od 36 do 50 let in starejših od 51 let. Pri tem smo ugotovili, da zaposleni v starostnih skupinah od 36 do 50 let

in starejši od 51 let svojo trenutno delovno sposobnost ocenjujejo kot slabšo kot zaposleni v starostni skupini med 18 in 35 let. Povezanost med starostjo in oceno trenutne delovne sposobnosti v poklicni skupini negovalka/negovalec ni značilna  $p = 0,06$ , prav tako ni značilna povezanost med delovno sposobnostjo in starostjo med diplomiranimi medicinskimi sestrami /diplomirani zdravstveniki  $p = 0,13$ . Ker ne moremo s statistično gotovostjo ugotoviti, da kronološka starost v povezavi s poklicem, ki zahteva višjo stopnjo izobrazbe, pozitivno vpliva na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v proučevanih poklicnih skupinah, podhipotezo **H3a zavrnemo**.

Potrjene raziskovalne hipoteze služijo kot podlaga za oblikovanje vprašalnikov v raziskavi po metodi delfi. Pregled potrjenih in ovrženih raziskovalnih hipotez je razviden in tabele 29.

**Tabela 29: Pregled potrjenih in zavrnjenih raziskovalnih hipotez**

<b>HIPOTEZE/Podhipoteze</b>	Statistične značilnosti	Potrjena da/ne
H1: Na delovno sposobnost vplivajo zunanji dejavniki.	R= 0,33 p = 0,00	DA
H1a: Na delovno sposobnost vplivajo dejavniki delovne klime.	R= 0,07 p = 0,09	NE
H1b: Na delovno sposobnost vplivajo dejavniki delovnega okolja.	R = 0,03 p = 0,41	NE
H1c: Delovna sposobnost je odvisna od vpliva neposrednih vodilnih.	R= 0,11 p = 0,00	DA
H1d: Delovna sposobnost je odvisna od vpliva centralnega vodstva.	R = 0,07 p = 0,16	NE
H1e: Na delovno sposobnost vpliva zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem.	R = 0,28 p = 0,00	DA
H1f: Delovna sposobnost je odvisna od vpliva družine.	R = 0,21 p = 0,00	DA
H2: Na delovno sposobnost vplivajo notranji dejavniki.	R = 0,31 p = 0,00	DA
H2a: Na delovno sposobnost vpliva zdravstveno stanje.	R = -0,31 p = 0,00	DA

**Tabela 29 nadaljevanje: Pregled potrjenih in zavrženih raziskovalnih hipotez**

HIPOTEZE/Podhipoteze	Statistične značilnosti	Potrjena da/ne
H2b: Delovna sposobnost je odvisna od vpliva strokovnih, osebnostnih in socialnih kompetenc.	R = 0,15 p = 0,00	DA
H2c: Delovna sposobnost je odvisna od vpliva vrednot.	R = 0,09 p = 0,03	DA
H2d: Delovna sposobnost je odvisna od vpliva motivacije.	R = 0,41 p = 0,00	DA
H3: Vpliv kronološke starosti na delovno sposobnost se statistično pomembno razlikuje med posameznimi poklicnimi skupinami.	R = 0,54 p = 0,00	DA
H3a: Zaposleni v poklicih, ki zahtevajo višjo stopnjo izobrazbe, izkazujejo pri višji kronološki starosti boljšo delovno sposobnost kot zaposleni v poklicih, ki zahtevajo nižjo stopnjo izobrazbe.	tajnice/tajniki p=0,00 ostale poklicne skupine p > 0,05	NE

Vir: Lastna raziskava 2019.

Iz tabele 29 je razvidno, da smo z raziskavo potrdili vse tri hipoteze, ki pravijo, da na delovno sposobnost zaposlenih vplivajo zunanji in notranji dejavniki ter starost zaposlenih. Z raziskavo nismo mogli potrditi, da na delovno sposobnost vplivajo dejavniki delovne klime in delovnega okolja, prav tako smo ugotovili, da delovna sposobnost ni odvisna od centralnega vodstva, temveč da na njo statistično značilno vplivajo neposredni vodje, prav tako pa zaposleni v institucionalnem varstvu starejših v poklicih, ki zahtevajo višjo izobrazbo pri višji kronološki starosti, ne izkazujejo višje delovne sposobnosti v primerjavi s sodelavci v poklicih, ki zahtevajo nižjo stopnjo izobrazbe.

## **Rezultati kvalitativne raziskave z uporabo metodologije delfi**

Kvalitativni del raziskave z uporabo metodologije delfi smo opravili v treh krogih.

- **Prvi krog**

Po tem, ko smo v skladu z uporabljenim teoretičnim modelom za izvedbo delfi metodologije določili velikost ekspertnega panela, smo vabljenim strokovnjakom poslali prvi vprašalnik. Eksperti so za sedem dejavnikov, za katere smo ugotovili, da statistično značilno vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti, predlagali ukrepe, za katere menijo, da bi pozitivno vplivali na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in se nanašajo na posamezne dejavnike. Strokovnjaki so imeli en teden časa, da vrnejo vprašalnike. V prvem krogu smo zbrali 123 predlaganih ukrepov s strani skupine strokovnjakov.

- **Drugi krog**

V drugem krogu smo iste strokovnjake prosili, da predlagane ukrepe ocenijo glede na to, ali se jim njihova implementacija zdi 1 – nesmiselna, 2 – znatna, 3 – se ne morejo opredeliti, 4 – smiselna ali 5 – zelo smiselna. Rezultate smo statistično obdelali s programom SPSS V25, kjer smo izračunali posamezne parametre deskriptivne statistike (srednjo vrednost, standardni odklon in najvišji povprečni rang).

- **Tretji krog**

V tretjem krogu delfijevega procesa so isti strokovnjaki v ekspertnem panelu določali, kako smiselna se jim zdi implementacija treh najbolje rangiranih ukrepov glede na posamezne dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Strokovnjaki so ocenjevali tiste ukrepe, ki so jih v drugem krogu delfijevega procesa ocenili z najvišjo povprečno oceo ( $\bar{x}$ ) in najmanjšim standardnim odklonom ( $\sigma$ ).

**Seznam predlaganih ukrepov za podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših**

**Tabela 30: Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti**

	<b>Potrjeni ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejši s strani ekspertnega panela</b>	$\bar{x} \pm \sigma$
1	Promocija timske in organizacijske pripadnosti	4,58 ± 0,66
2	Navdih namesto motivacije kot naloga vodilnih	4,41 ± 0,79
3	Jasno definirani cilji in delovni procesi	4,50 ± 0,67
4	Spodbujanje timskega dela	4,41 ± 0,66
5	Vodja kot vzor ali ozaveščeno vodenje	4,16 ± 1,46
6	Promocija stimulativnega vodenja	4,25 ± 0,86
7	Spoštljivo priznavanje doprinosa zaposlenih	4,25 ± 0,75
8	Povratne informacije namesto kritike	4,08 ± 0,90
9	Promocija zdravega humorja na delovnem mestu	4,16 ± 0,83
10	Usposabljanje zaposlenih, z namenom razumevanja značilnosti posameznika in njegovih specifičnih potreb v različnih življenjskih obdobjih.	3,91 ± 0,90
11	Promovirati in omogočiti dostop do psihološkega svetovanja za zaposlene, ki kažejo znake preobremenjenosti	3,83 ± 1,19
12	Promocija samorefleksije na delovnem mestu	3,83 ± 0,83
13	Organizacija delavnic o pomenu empatije	3,75 ± 0,62
14	Organizacija predavanj, ki so vezana na specifično aktualno problematiko	3,66 ± 0,98
15	Promocija zmanjševanja stresa na delovnem mestu	3,66 ± 0,98

**Tabela 30 nadaljevanje: Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti**

	<b>Potrjeni ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejši s strani ekspertnega panela.</b>	$\bar{x} \pm \sigma$
16	Izvajanje analiz zdravstvenega stanja zaposlenih in prilagoditev zaposlitvenih ukrepov (več zaposlenih na najbolj obremenjenih mestih ...)	$3,41 \pm 1,50$
17	Promocija nadaljnje izobraževanja zaposlenih (finančna in časovna podpora)	$3,58 \pm 0,90$
18	Definiranje potreb po nadurah in pravična razdelitev le-teh	$3,33 \pm 1,43$
19	Vključevanje zaposlenih pri pripravi načrtov za izobraževanje in izpopolnjevanje (kratkoročnih, srednjeročnih in dolgoročnih)	$3,58 \pm 0,99$
20	Organizacija delavnic o pomenu in vlogi vrednot v timu	$3,16 \pm 1,46$
21	Promocija in omogočanje aktivnega oddiha zaposlenih (počitniške kapacitete, akcije pri ponudnikih wellnes storitev)	$2,91 \pm 1,31$

Legenda  $\sigma$  – standardni odklon,  $\bar{x}$  – srednja vrednost ocene smiselnosti implementacije navedenega ukrepa.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Stopnjo smiselnosti implementacije posameznega ukrepa so strokovnjaki v ekspertnem panelu ocenjevali z ocenami od 1 do 5. Pri čemer ocena 1 – pomeni, implementacija ukrepa bi bila smiselna in ocena 5 – implementacija ukrepa bi bila zelo smiselna; Na vprašanje je odgovarjalo vseh 12 strokovnjakov v ekspertni skupini

Iz tabele 30 je razvidno, da strokovnjaki v ekspertnem panelu ocenjujejo, da bi bila najbolj smiselna implementacija ukrepov, ki vplivajo na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših promocija timske in organizacijske pripadnosti ( $\bar{x} = 4,58$ ,  $\sigma = 0,66$ ), navdih namesto motivacije kot naloga vodilnih ( $\bar{x} = 4,41$ ,  $\sigma = 0,79$ ) ter jasno definirani cilji in delovni procesi ( $\bar{x} = 4,50$ ,  $\sigma = 0,67$ ) Kot najmanj smiselno ocenjujejo strokovnjaki implementacijo: vključevanje zaposlenih pri pripravi načrtov za izobraževanje in izpopolnjevanje ( $\bar{x} = 3,58$ ,  $\sigma = 0,99$ ) organizacija delavnic o pomenu in vlogi vrednot v timu ( $\bar{x} = 3,16$ ,  $\sigma = 1,46$ ) ter kot najslabše rangiran in ocenjen ukrep promocija in omogočanje aktivnega oddiha zaposlenih ( $\bar{x} = 2,91$ ,  $\sigma = 1,31$ ).



**Tabela 31: Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti po posameznih državah**

	Ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti AVSTRIJA ( $\bar{x} \pm \sigma$ )	Ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti HRVAŠKA ( $\bar{x} \pm \sigma$ )	Ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti SLOVENIJA ( $\bar{x} \pm \sigma$ )
1	Spoštljivo priznavanje doprinosa zaposlenih (5,00 ± 0,00)	Vspodbujanje timskega dela (4,75±0,50)	Jasno definirani cilji in delovni procesi (4,75±0,50)
2	Jasno definirani cilji in delovni procesi (4,4±1,00)	Promocija situativnega vodenja (4,75±0,50)	Vodja kot vzor ali ozaveščeno vodenje (4,75±0,50)
3	Vspodbujanje timskega dela (4,25±0,50)	Navdih namesto motivacije, kot naloga vodilnih (4,75±0,50)	Promocija timske in organizacijske pripadnosti (4,75±0,50)
4	Povratne informacije namesto kritike (4,00±0,50)	Promovirati in omogočiti dostop do psihološkega svetovanja za zaposlene (4,50±1,00)	Navdih namesto motivacije, kot naloga vodilnih (4,75±0,50)
5	Promocija nadaljnjega izobraževanja zaposlenih (4,00±0,81)	Promocija samorefleksije na delovnem mestu (4,25±0,50)	Vspodbujanje timskega dela (4,25±0,95)

Vir: Lastna raziskava 2020.

Iz tabele 31 je razvidno, da strokovnjaki smiselnost implementacije posameznih ukrepov za podaljšanje delovne sposobnosti po posameznih državah ocenjujejo različno. Pri tem smo s Kruskal – Wallisovim preiskusom izračunali, da razlike niso statistično značilne, razen pri ukrepu za podaljšanje delovne sposobnosti **organizacija delavnic o pomenu in vlogi vrednot v timu**  $p= 0,043$ . Smiselnost implementacije tega dejavnika najvišje ocenjujejo strokovnjaki na Hrvaškem ( $\bar{x} = 4,25, \sigma = 0,5$ ) in najnižje v Avstriji ( $\bar{x} = 1,75 \sigma = 1,25$ ).

### **Socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših**

V socialnogerontološkem modelu podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših smo upoštevali moč povezav med ocenami dejavnikov, za katere smo ugotovili, da statistično značilno vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih in jo izražamo s koeficientom korelacije R. Na drugi strani modela smo upoštevali najvišje ocenjene predloge za podaljšanje delovne sposobnosti panela strokovnjakov.

- **Socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših**

Na podlagi rezultatov kvantitativnega in kvalitativnega pristopa k doseganju ciljev doktorske disertacije je na sliki 14 predstavljen socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

**Slika 14: Socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti**

DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA OCENO TRENUTNE DELOVNE SPOSOBNOSTI	SOCIALNO-GERONTOLOŠKI MODEL PODALJŠANJA DELOVNE SPOSOBNOSTI ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH	UKREPI ZA PODALJŠANJE DELOVNE SPOSOBNOSTI
ZUNANJI DEJAVNIKI	R=0,33	Vzpodbujanje timskega dela Soodločanje zaposlenih o poteku dela Ozaveščanje lastne odgovornosti za medosebne odnose
NEPOSREDNI VODILNI	R=0,11	
ZADOVOLJSTVO S TRENUTNIM ZDRUŽABNIM ŽIVLJENJEM	R=0,28	Jasno definirati cilje in delovne procese Spoštljivo priznavanje doprinosov zaposlenih Vodja kot vzor ali ozaveščeno vodenje
DRUŽINA	R=0,21	Definiranje potreb po naturah in pravična porazdelitev le teh Skrb za sprejemanje različnosti Promocija zmanjševanja stresa na delovnem mestu
NOTRANJI DEJAVNIKI	R=0,31	
ZDRAVJE	R=0,31	Izvajanje analiz zdravstvenega stanja zaposlenih in prilagoditev zaposlitvenih ukrepov (več zaposlenih na najbolj obremenjenih mestih) Promocija in omogočanje aktivnega oddiha zaposlenih (počitniške kapacitete, akcije pri ponudnikih wellness storitev) Omogočanje pridobivanja specifičnih znanj potrebnih v delovnih procesih (kinestetika, validacija, resilience)
KOMPETENCE	R=0,15	Organizacija predavanj, ki so vezana na specifično problematiko delovnih procesov Promocija nadaljnega izobraževanja zaposlenih (finančna in časovna podpora)
VREDNOTE	R=0,09	Vključevanje zaposlenih pri pripravi načrtov za izobraževanje in izpopolnjevanje  Delavnice o pomenu in vlogi vrednot v timu Oblikovanje, promocija in upoštevanje željenega načina vodenja Promocija situativnega vodenja
MOTIVACIJA	R=0,41	
18-35 let	R = 0,34	Navdih namesto motivacije, kot naloga zaposlenih Promocija timske in organizacijske pripadnosti Promocija zdravega humorja na delovnem mestu
STAROST 36 -50 let	R = 0,40	
>51 let	R = 0,54	

Legenda: šibka povezanost R = 0 + - 0,3....., zmerna povezanost R= 0,3-0,7 \_\_\_\_, močna povezanost R = 0,7-1 \_\_\_\_.

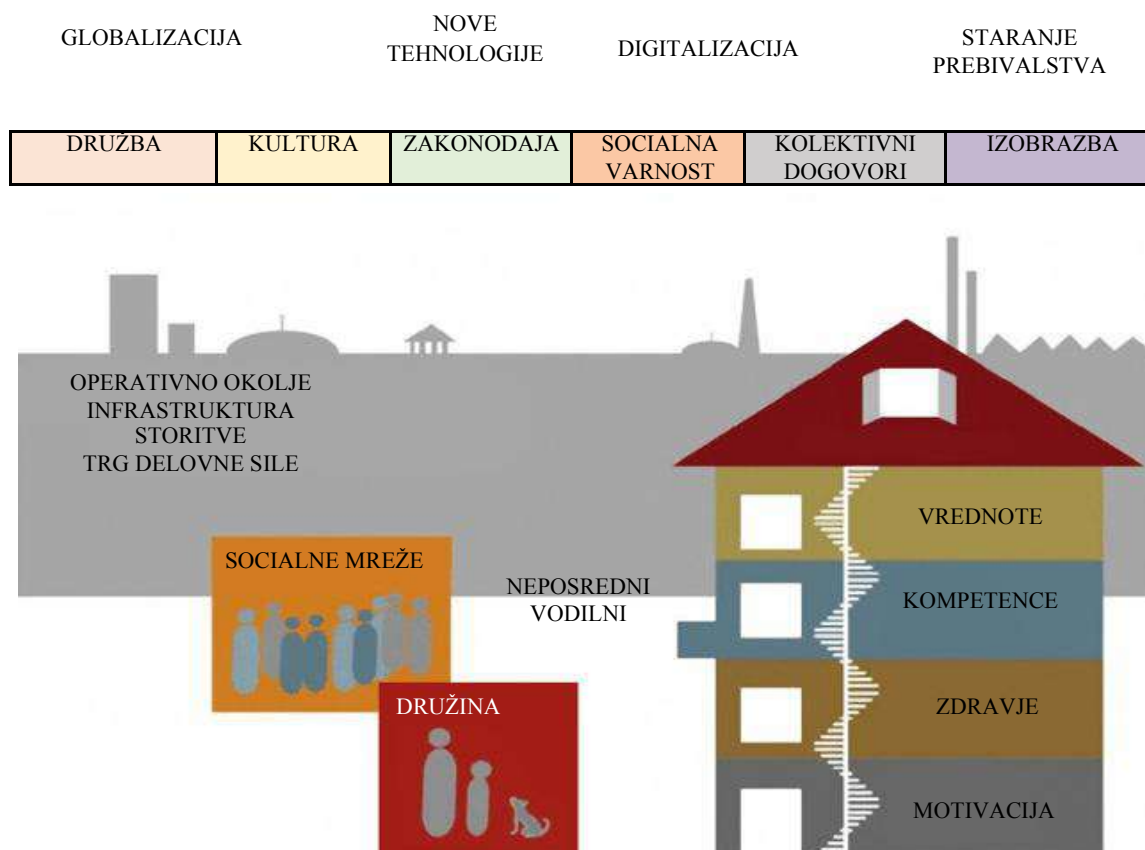
Vir: Lastna raziskava 2019/20.

V socialnogerontološkem modelu podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših prikazujemo vse v hipotezah predvidene povezave, ki smo jih z uporabljenimi statističnimi metodami dokazali. Na desno stran modela smo umestili dejavnike, ki vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših glede na moč povezav, ki jih izražamo z vrednostjo korelacijskega koeficienta R. Imenovane dejavnike smo razdelili na zunanje in notranje dejavnike. Iz modela je tako razvidno, da ocena vpliva dejavnikov z oceno trenutne delovne sposobnosti tvori tako, ko gre za notranje kot za zunanje dejavnike, zmerno povezanost. Med posameznimi zunanjimi dejavniki tvorijo vsi navedeni dejavniki (neposredni vodilni, zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem in družina) z oceno trenutne delovne sposobnosti šibko povezanost. Med posameznimi notranjimi dejavniki tvorijo ocena zadovoljstva s trenutnim zdravstvenim stanjem in motivacija močno povezanost z oceno trenutne delovne sposobnosti, kompetence in vrednote pa šibko stopnjo povezanosti. Na levi strani modela, je predstavljenih 21 najvišje ocenjenih predlaganih ukrepov dvanajstih priznanih strokovnjakov s področja institucionalnega varstva starejših, izbranih v ekspertno skupino. V model smo uvrstili posamezne najvišje ocenjene ukrepe iz drugega kroga delfijevega procesa glede na posamezne dejavnike, katerih ocene vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. V spodnjem delu modela je predstavljena povezava med delovno sposobnostjo in starostjo.

- **Hiša delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših**

Naše rezultate smo umestili v modificirna Ilmarinenov model delovne sposobnosti (hiša delovne sposobnosti) za zaposlene v institucionalnem varstvu starejših. Model je prikazan na sliki 15.

**Slika 15: Modificiran model hiše delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših**



Vir: Ilmarinen 2019, 2882; lastna raziskava 2020.

Na sliki 15 vidimo, nekatere pomembne razlike v primerjavi z izvirno hišo delovne sposobnosti, kot jo predstavlja Ilmarinen. Za zaposlene v institucionalnem varstvu starejših temelj delovne sposobnosti predstavlja motivacija. Zdravje predstavlja drugo nadstropje naše hiše delovne sposobnosti. V našem primeru torej zdravje ni več temelj delovne sposobnosti. Tudi kronično bolni ali invalidni zaposleni lahko ob primerni motivaciji in, če se počutijo v delovnem okolju sprejete in spoštovane (vrednote) in posedujejo ustrezne kompetence, izkazujejo odlično delovno sposobnost. Kompetence predstavljajo tretje

nadstropje rezultatom naše raziskave prirejene hiše delovne sposobnosti. Kompetence so pomemben element delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, ker kakovostna oskrba starejših v institucionalnem varstvu starejših zahteva kompleksen nabor znanja in spretnosti zaposlenih. Vrednote zaključujejo model delovne sposobnosti, a so njen pomemben element tudi na področju delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

Za razliko od izhodiščnega modela delovne sposobnosti, kjer vodenje predstavlja četrto nadstropje hiše delovne sposobnosti, smo neposrednega vodjo pozicionirali na balkon hiše delovne sposobnosti. Z to umestitvijo je izražena povezovalna vloga neposrednega vodje, kot veznega člena med notranjimi dejavniki, ki vplivajo na delovno sposobnost in povezavami med zaposlenimi in njihovim družabnim in družinskim življenjem. Neposredni vodilni ima možnost vplivanja in spreminjanja neposrednega delovnega okolja in delovnih procesov, med drugim tudi delovnega časa in razporeda dela, kar pa je ključnega pomena za vzdrževanje ravnotežja med delovnim in družabnim življenjem zaposlenih.

### **Predpostavke in omejitve pri reševanju raziskovalnega problema**

Tekom priprave in izvedbe raziskave se je izkazalo, da je istočasna izvedba raziskave v treh državah velik logistični in organizacijski zalogaj. Pomanjkljivost raziskave je vsekakor v majhnem številu anketirancev pri poklicih, ki so v institucionalnem varstvu starejših manj zastopani (tajnice in tajniki, pa deloma tudi snažilci in snažilke). Pri teh skupinah anketirancev so rezultati manj zanesljivi zaradi majhnega vzorca. Pri preverjanju vprašalnika so se določeni odseki pokazali za manj zanesljive, ker pa izvirajo iz teoretičnega modela, ki je predstavljal izhodišče raziskavi, smo jih kljub temu preverili, tako smo dobili nekatere zelo šibke povezave med dejavniki, ki vplivajo na delovno sposobnost in oceno delovne sposobnosti. V vzorcu je bilo veliko število domov, zato so zaradi različnih zunanjih dejavnikov, ki na domove vplivajo v različnih državah, tudi odgovori anketirancev heterogeni.

Ker ima delo v institucionalnem varstvu starejših ne glede na geografsko ali jezikovno področje vendarle večino skupnih izhodišč in ciljev, smo vzorec združili. Z analizo podatkov po poklicnih in starostnih skupinah ter po državah bi raziskava postala popolnoma nepregledna. Prav tako bi bilo v posameznih poklicnih skupinah premalo sodelujočih, da bi bila statistična obdelava smiselna. Kot pomanjkljivost se je izkazalo tudi dejstvo, da so sicer preverjen vprašalnik, ki je v predraziskavi izkazal visoko zanesljivost, anketiranci velikokrat izpolnili le delno oziroma niso podali ključnih informacij, kot so poklic, starost in ocena

trenutne delovne sposobnosti. Čeprav smo dobili vrnjenih skoraj 80 odstotkov poslanih vprašalnikov, smo morali skoraj 20 odstotkov vprašalnikov, ki so bili pomanjkljivo izpolnjeni, izločiti iz raziskave.

Pri izvedbi delfijske metode je bilo izbrane strokovnjake potrebno motivirati za sodelovanje; nekateri so bili mnenja, da je izziv v prvem vprašalniku pretežak, vendar smo uspeli zadržati njihovo pripravljenost za sodelovanje od prvega do zadnjega kroga. Pri iskanju primerjalnih raziskav iz obravnavane teme smo občutili aktualnost obravnavane problematike na področju institucionalnega varstva starejših, saj smo se soočili z omejenim številom primerjalnih raziskav, kar je otežilo diskusijo v nekaterih njenih elementih.

## 4 RAZPRAVA

V institucionalnem varstvu starejših govorimo o intenzivnem razvoju v zadnjih dvajsetih letih, kar se morebiti zrcali v dejstvu, da nekaterih ugotovitev iz raziskave nismo mogli dovolj dobro pojasniti z ugotovitvami drugih avtorjev. Vzrok za šibkost povezav med posameznimi dejavniki, ki vplivajo na oceno delovne sposobnosti, lahko iščemo tudi v tem, da sicer teoretično odlično utemeljen in v praksi mnogokrat uporabljen Ilmarinenov model delovne sposobnosti, kljub temu v večjem deležu (57,4 %) verjetno ne odgovarja specifičnim elementom delovnega okolja in osebnostnim lastnostim zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. V raziskavi smo v prvi fazi raziskovanja proučili model delovne sposobnosti in vse v tem modelu opisane dejavnike upoštevali v anketnem vprašalniku. V vprašalniku so anketirani skupno ocenjevali vpliv 47 dejavnikov na oceno trenutne delovne sposobnosti.

Med zunanjimi dejavniki, ki vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu, smo proučevali oceno vpliva dejavnikov, ki oblikujejo delovno klimo (medosebni odnosi v timu, sodelovanje v timu, avtonomija v timu, varnost na delovnem mestu, odnosi vodilnih do ostalih zaposlenih), oceno vpliva dejavnikov delovnega okolja (organizacija dela, raspored dela, delovni čas, delo v izmenah ob nedeljah in praznikih in druge) oceno vpliva neposrednih vodilnih, ocena vpliva centralnega vodstva in oceno dejavnikov socialne mreže (ocena zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem, obveznosti, povezane s partnerskim in družinskim življenjem in zdravje družinskih članov). Ob tem smo ugotovili, da izmed naštetih dejavnikov na oceno trenutne delovne sposobnosti statistično značilno vplivajo neposredni vodilni, zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem in obveznosti, povezane s partnerskim in družinskim življenjem.

Ocena trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in ocena vpliva zunanjih dejavnikov tvorita zmerno povezanost (tabela 29). Z vplivom zunanjih dejavnikov lahko skupno razložimo 14,3 odstotka ocene trenutne delovne sposobnosti, pri tem razlaga ocena vpliva neposrednih vodilnih 1,4 %, ocena vpliva zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem 8,2 % in družina 4,7 %. Ilmarinen razlaga, da tako notranji dejavniki kot družina in socialno okolje predstavljajo dimenzije, ki vplivajo na delovno sposobnost. Upravljanje in vodenje imata najmočnejši vpliv na delovno sposobnost (Ilmarinen 2019, 2). Z raziskavo smo ugotovili, da na njeno delovno sposobnost vplivajo neposredni vodilni delavci. Centralno vodstvo, torej management, po oceni vprašanih nima vpliva na oceno trenutne delovne sposobnosti vprašanih.



Z izračunom statističnih vrednosti smo ugotovili, da je povezava med oceno vpliva neposrednih vodilnih in oceno trenutne delovne sposobnosti šibka (tabela 29). Ugotovili smo, da anketirani, ki vpliv neposrednih vodilnih na oceno trenutne delovne sposobnosti ocenjujejo višje, višje ocenjujejo tudi svojo trenutno delovno sposobnost. Ilmarinen piše, da gre pri vodenju tem posebno pozornost nameniti prav neposrednim vodilnim in managementu. Vodilni nosijo odgovornost za potek dela in imajo možnost, da potek dela spremenijo, če je to potrebno (Ilmarinen 2006, 135).

Tempel in Ilmarinen pravita, da imajo vodilni posebno nalogo, saj imajo pomemben pozitiven ali negativen vpliv na varnost in ravnovesje zaposlenih ter tako posredno tudi na njihovo delovno sposobnost (Tempel in Ilmarinen 2015, 76). V povezavi z vodenjem Iqbal, Anwar in Haiden pišejo, da je bil v preteklih letih izdelan nov pristop na področju vodenja zaposlenih in upravljanja organizacij. Pri tem je administrativni koncept zamenjal koncept upravljanja s človeškimi viri (Iqbal idr.2015).

Naloge vodij v institucionalnem varstvu starejših so večplastne in zahtevajo multidisciplinarni pristop. Weale in sod. pa v povezavi s tem ugotavljajo, da so dobri odnosi med sodelavci in vodilnimi v institucionalnem varstvu starejših ter vzpodbudno psihično delovno okolje povezani z višjo stopnjo ocene delovne sposobnosti (Weale idr. 2019, 1434). Kemerer in Cwiekala - Lewis, k temu dodajata, da je naloga vodij zdravstvene nege v institucionalnem varstvu starejših doseganje ravnovesja med biti preveč vpleten in biti premalo vpleten, torej puščati zaposlenim preveč samostojnosti (Kemerer in Cwiekala - Lewis 2017, 25). Tudi Men in Robinson ugotavljata, da pogled zaposlenih na organizacijo določa, kako se zaposleni počutijo obravnavane, zato avtorici predlagata, da se organizacijske vodje izobrazijo in vključi v vse nivoje strateškega, polnomočnega, demokratičnega in odnosa naravnane, transformacijsko komunikacijskega vodenja (Men in Stracks 2013, 171).

Čeprav so rezultati naše raziskave pokazali šibko povezanost med oceno vpliva vodenja in oceno trenutne delovne sposobnosti, Algazo in Al - Anazi menita, da imajo vodje in managerji pomembno vlogo pri ustvarjanju takšne delovne klime in kulture entuziazma in produktivnosti med zaposlenimi, ki jim pomaga opraviti to, kar je njihova naloga (Alghazo in Al - Amazi 2016, 37). Vodenje v institucionalnem varstvu starejših ima posebno vlogo, predvsem zato, ker se vodja nenehno nahaja v središču mnogih dinamičnih procesov, ki se na eni strani odvijajo na zelo kratek rok (pričakovanja posameznika in družbe težijo k takojšnji ali čimprejšnji uresničitvi) ali je uresničitev pričakovanj odmaknjena v nedoločljivo

prihodnost z znanim razpletom (stanovalec in svojci v instituciji za varstvo starejših osnujejo in živijo novo obdobje družinskega življenja).

Popli in Rizvi pišeta, da je odgovornost tako vršnega managementa kot vodij uvajanje primernih praks vodenja, kariernega razvoja in napredka, prepoznavanja in cenjenja doprinosov zaposlenih, vzpodbujanje timskega sodelovanja, plačila, nagrad in virov potrebnih za izvajanje dela (Popli in Rizvi 2016, 969).

Pri proučevanju dejavnikov, ki vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti, prepoznamo dejstvo, da ti dejavniki vplivajo na delovno sposobnost in zadovoljstvo pri delu, kar pa lahko vpliva tudi na odločitev posameznikov ali bodo ostali v poklicu ali bodo odšli. Burmeister s sodelavci ugotavlja, da za registrirane diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike velja, da je stopnja absentizma in namena zapustiti poklic v posameznih državah različna. Tako avtorji poročajo o najvišji stopnji namena izstopa iz poklica v roku enega leta v Libanonu (43 %) in najvišji stopnji absentizma med registriranimi medicinskimi sestrami na Islandiji (74 %) in v Avstraliji (73 %), pri čemer predstavljajo najpomembnejše razloge za omenjeno namero zadovoljstvo z delom in starostjo registriranih medicinskih sester (Burmeister idr. 2019, 143).

V povezavi s vplivom vodenja na namero medicinskih sester, da izstopijo iz poklica, Choi, in sod. prepoznavajo profesionalizem, management in specifičen način dela na oddelkih kot značilne napovednike namena odhoda medicinskih sester in njihovega zadovoljstva pri delu. Pri tem avtorji predlagajo, da se mora management osredotočiti na izboljšanje delovnih razmer medicinskih sester v smislu natančnega načrtovanja porazdelitve virov, učinkovitega vodenja in odstranitve motečih dejavnikov, ki ovirajo delo medicinskih sester (Choi idr. 2013, 429).

Kot so pokazali rezultati naše raziskave, z oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših med proučevanimi zunanjimi dejavniki najmočnejšo povezanost (tabela 29) tvori ocena zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem. Z oceno zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem razložimo 8,2 % ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Tempel in Ilmarinen razlagata, da "hiša delovne sposobnosti" stoji v socialnem okolju, ki ga podpirajo družina, prijatelji, hobiji, združenja in mikrokozmos, prav tako pa politika, zakonodaja, pravila in cene v družbenem okolju (Tempel in Ilmarinen 2015, 81–88). V prenovljenem modelu hiše delovne sposobnosti Ilmarinen k socialnemu okolju hiše delovne sposobnosti dodaja še globalizacijo, nove tehnologije, digitalizacijo in staranje populacije (Ilmarinen 2019, 2).

Iz podatkov, ki smo jih zbrali z anketiranjem zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, smo izračunali, da zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem v posameznih poklicnih in starostnih skupinah zaposleni ocenjujejo različno. V skupnem vzorcu vprašani zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem z najvišjo povprečno oceno ocenjujejo v poklicni skupini tajnic in tajnikov ter negovalcev in negovalk, in sicer v teh poklicih ocenjujejo, da so z svojim trenutnim družabnim življenjem zadovoljni. Tudi v poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov se zelo približajo oceni, da so s svojim trenutnim družabnim življenjem zadovoljni.

Najmanj zadovoljni so s svojim trenutnim družabnim življenjem v poklicni skupini snažilk in snažilcev. Kot pri proučevanju že predstavljenih dejavnikov, ki smo jih proučevali v raziskavi tudi pri ugotavljanju vpliva zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem, ugotovimo, da na razpolago ni primerljivih študij.

Ugotovili pa smo, da je področje zadovoljstva z življenjem in predvsem ravnovesja med poklicnim in družinskim življenjem v znanstvenih krogih aktualna tema. Baird s sod. v povezavi z zadovoljstvom z življenjem na splošno, pišejo, da je le-to kognitivna presoja, ki se dotika individualne reflektivne presoje o življenjskih okoliščinah, pri čemer je vpliv kronološke starosti zelo omejen (Baird, idr. 2010, 183). Delo v institucionalnem varstvu starejših zahteva od večine zaposlenih v različnih poklicnih skupinah tudi delo v izmenah z ali brez nočnega dela in delo ob nedeljah in praznikih. Iz tega so praviloma izvzeti tajniki in tajnice, ki svoje delo praviloma opravljajo v dopoldanskem času izven vikendov in praznikov.

Silva in Keating pišeta, da je delo v izmenah, še posebej, če vključuje nočno delo, povezano z različnimi negativnimi vplivi na zdravje, predvsem težave in posledice, povezane z dolžino in kakovostjo spanja (Silva in Keating 2016, 265), razen tega različni avtorji ugotavljajo negativne posledice nočnega dela na družinsko in socialno življenje zaposlenih, pri čemer so medicinske sestre pogosto proučevan vzorec (Books idr. 2017, 347; Ferri idr. 2016; Vermaak idr. 2017).

Kot smo ugotovili v naši raziskavi, obstaja tudi šibka, statistično značilna povezanost med oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in obveznostmi, povezanimi s partnerskim in družinskim življenjem (tabela 29). Z oceno vpliva družine lahko razložimo 4,7 % celotne ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Ilmarinen piše, da delovne sposobnosti ne moremo ločiti od življenja izven delovnega mesta. Družina in ožja razmerja (sorodniki, prijatelji, znanci)

pa lahko na zelo različne načine vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih (Ilmarinen 2005, 134).

V proučevanih poklicnih skupinah zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših so si anketirani skoraj enotni, da obveznosti, povezane s partnerskim in družinskim življenjem komaj vplivajo na njihovo oceno trenutne delovne sposobnosti. V povezavi s tem tudi Weale in sod. ugotavljajo, da za področje institucionalnega varstva starejših velja, da slabi odnosi med zaposlenimi in managementom v kombinaciji z visoko stopnjo konflikta med poklicnim in zasebnim življenjem ali nizko stopnjo ravnovesja med delom in življenjem (work-life balance) znižujejo delovno sposobnost (Weale idr. 2019, 1428).

V povezavi z razmerjem med poklicnim in družinskim življenjem velja omeniti tudi ugotovitve Iskre – Golec in sod., da lahko delo v izmenah v povezavi z družinskim življenjem povzroča obremenitveni in časovni konflikt med obema elementoma. Pri tem se zaposleni, ki delajo popoldan in ponoči, soočajo z omejenim časom, ki ga preživijo s svojimi družinami. Avtorji pri tem izpostavljajo, da lahko primerno sestavljeni izmenski urniki zmanjšajo negativne učinke izmenskega dela (Iskra – Golec idr. 2017, 122). S proučevanjem notranjih in zunanjih dejavnikov, ki vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, smo potrdili oziroma zavrgli postavljene raziskovalne hipoteze.

Pri preverjanju prve hipoteze, ki pravi, da na oceno trenutne delovne sposobnosti vplivajo zunanji dejavniki smo preverjali skupno šest podhipotez. Prvo podhipotezo, ki pravi, da na delovno sposobnost vplivajo dejavniki delovne klime smo zavrnili ( $p = 0,09$ ), prav tako smo zavrnili drugo podhipotezo s katero smo preverjali ali na delovno sposobnost vplivajo dejavniki delovnega okolja ( $p = 0,41$ ), potrditi pa nismo mogli niti podhipoteze ki pravi, da je delovna sposobnost odvisna od vpliva centralnega vodstva ( $p = 0,16$ ). Pri preverjanju vpliva zunanjih dejavnikov smo potrdili podhipotezo, ki predvideva, da je delovna sposobnost odvisna od vpliva neposrednih vodilnih ( $p = 0,00$ ), ob tem lahko z vplivom neposrednih vodilnih razložimo 1,4 % ocene delovne sposobnosti.

V nadaljevanju smo potrdili še podhipotezo s katero predvidevamo, da na delovno sposobnost vpliva zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem ( $p = 0,00$ ), z oceno vpliva zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem razložimo 8,2 % variabilnosti ocene delovne sposobnosti. Potrdili smo tudi podhipotezo, ki pravi, da je delovna sposobnost odvisna od družine ( $p = 0,00$ ), z vplivom družine lahko razložimo 4,7 % deleža ocene trenutne delovne sposobnosti.

Med notranjimi dejavniki smo proučevali oceno vpliva trenutnega zdravstvenega stanja, kompetenc, vrednot in motivacijo na oceno trenutne delovne sposobnosti.

Ilmarinen kot osnovni element delovne sposobnosti obravnava zdravje in trdi, da je zdravje osnovni pogoj za človekovo samostojno delovanje in zagotavlja stabilno ravnovesje fizičnih, psihičnih in duševnih sposobnosti posameznika (Tempel in Ilmarinen 2015, 43).

V lastni raziskavi v povezavi z oceno vpliva zdravja na trenutno oceno delovne sposobnosti ugotavljamo, da obstaja zmerna povezanost (tabela 29) med oceno zdravstvenega stanja in oceno trenutne delovne sposobnosti. Z oceno vpliva zdravstvenega stanja razložimo 9,9 % deleža skupne ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Pri tem še ugotavljamo, da ocena trenutnega zdravstvenega stanja pri zdravstvenih poklicih (negovalec/negovalka in diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik) ne napoveduje ocene trenutne delovne sposobnosti. Medtem ko za nezdravstvene poklice (tajnica/tajnik in snažilec/snažilka) velja, da je povezava med omenjenima elementoma delovne sposobnosti statistično značilna.

Fleißel in sod. ugotavljajo, da obstaja tudi zanesljiva povratna povezava med delovno sposobnostjo in zdravjem (Fleißel idr. 2018, 240). V povezavi med zdravjem in delovno sposobnostjo zaposlenih pogrešamo novejšje študije za področje zdravstvenih poklicev ali za področje institucionalnega varstva, zato rezultate naše raziskave primerjamo z rezultati drugih raziskav poklicno neopredeljene populacije ali primerljivih skupin poklicev (beli ovratniki, modri ovratniki, zdravstveni delavci, medicinske sestre ali negovalci). Pri tem Haselhorn in Ebener pišeta, da je dobro zdravje starejših zaposlenih odločilno za podaljšanje delovnega življenja. Avtorja tudi ugotavljata, da veliko starejših delavcev poroča o slabem zdravju, medtem ko so isto stari upokojeni delavci zdravi (Haselhorn in Ebener 2018).

Za področje zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših ugotavljamo, da ne obstaja povezava med vplivom kronološke starosti in oceno trenutnega zdravstvenega stanja v nobeni poklicni ali starostni skupini zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. V povezavi s to ugotovitvijo tudi Bayattork s sodelavci ne ugotavlja spremembe vzorca mišične bolečine v različnih delih telesa v splošni delovni populaciji med tistimi, ki opravljajo sedeče ali fizično delo glede na starost, temveč glede na vrsto dela (Bayattork idr. 2018). Blafoss s sod. v povezavi z utrujenostjo po delu pišejo, da se trajanje aktivnega preživljanja prostega časa zmanjšuje, če se poveča stopnja utrujenosti po delu, pri čemer pa starejši zaposleni izkazujejo nižjo intenziteto fizične aktivnosti kot mlajši zaposleni (Blaffos, idr. 2019).

V "hiši delovne sposobnosti" drugo nadstropje predstavljajo kompetence. V skupnem vzorcu vseh vprašanih smo izračunali, da z oceno vpliva kompetenc razložimo 2,4 % ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Ocena vpliva kompetenc tvori z oceno trenutne delovne sposobnosti v raziskovalni populaciji šibko povezanost ( $R = 0,15$ ).

Z deskriptivnimi statističnimi metodami smo ugotovili, da zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe med zaposlenimi v institucionalnem varstvu starejših ocenjujejo, da njihove kompetence bolj vplivajo na delovno sposobnost kot zaposleni z nižjo stopnjo izobrazbe. Med kompetencami, za katere diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki menijo, da najbolj vplivajo na njihovo oceno trenutne delovne sposobnosti, so tako timska naravnost, sposobnost dogovarjanja in komunikacijska znanja.

Ličen ugotavlja, da so ključne poklicne kompetence diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v Sloveniji: "Sposobnost strokovnega dela v zdravstveni negi, sposobnost komunikacije in zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi, Poznavanje determinant zdravja in zagotavljanja varnosti v zdravstveni negi, sposobnost kritičnega razmišljanja in načrtovanja lastnega profesionalnega dela, sposobnost uvajanja novih spoznanj in prenos znanja v zdravstveni negi, sposobnost vodenja in koordiniranja v zdravstveni negi in sposobnost raziskovanja v zdravstveni negi, ki so značilne in uporabne na vseh treh nivojih zdravstvene dejavnosti." (Ličen 2016, 105–111).

Tudi vrednote po rezultatih naše raziskave tvorijo šibko povezanost z oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših (tabela 29). Z oceno vpliva vrednot pa lahko v skupnem vzorcu razložimo manj kot 1 % deleža ocene trenutne delovne sposobnosti v raziskovalnem vzorcu.

Heggertveit - Aoudie ugotavlja, da se vrednot naučimo v nacionalni kulturi. Vrednote pa so zelo variabilne še posebej med nacionalnimi kulturami (Heggertveit - Aoudia 2012). Glede na to, da smo raziskavo izvajali v nacionalno zelo razgibanem okolju, saj so v institucionalnem varstvu starejših v vseh treh državah zaposleni mnogih različnih nacionalnosti in kulturnih okolij, lahko ugotovitve naše raziskave navežemo na ugotovitve Heggertveitove.

Ob tem velja omeniti, da so razlike v različnih vrednostnih sistemih, ki izhajajo iz različnih kulturnih okolij mnogokrat izhodišča tako za razvoj medkulturnega dialoga kot za nastanek konfliktov, kar je v multikulturnih timih moč dobro opazovati tudi na operativni, dnevni ravni.

Pri proučevanju vrednot smo opazili tudi, da se v skupnem vzorcu raziskovalne populacije pojavljajo tako enakosti kot razlike glede na posamezne poklicne ali starostne skupine. Med pomembnejšimi vrednotami, ki vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti v raziskovalni populaciji, lahko omenimo vrednoto poštenost. Anketirani iz različnih poklicnih skupin izražajo različna mnenja o pomembnosti vrednote lojalnost glede na vpliv na oceno trenutne delovne sposobnosti, prav tako težko najdemo skupne poglede na pomembnost ostalih posameznih obravnavanih vrednot.

Med proučevanimi poklicnimi skupinami vpliv vrednot na oceno trenutne delovne sposobnosti najnižje ocenjujejo v poklicni skupini snažilk in snažilcev, med njimi najvišje poštenost in najnižje lojalnost.

Pri tem opazamo, da snažilke in snažilci v najmlajši starostni skupini vse naštevedne vrednote ocenjujejo nižje kot njihovi kolegi v starejših starostnih skupinah. V poklicni skupini negovalk in negovalcev se ocene vpliva vrednot na oceno trenutne delovne sposobnosti razlikujejo tako glede na posamezne starostne skupine kot na pomembnost posameznih vrednot. Ueda in Jhazono ugotavljata, da model delovnih vrednot ni enostaven, ker so delovne okoliščine zapletene, zaposlene pa lahko zanimajo različni aspekti delovnih okoliščin (Ueda in Ohzono 2012, 3).

Vrednote imajo vpliv na druge aspekte delovnega življenja. V tem kontekstu Saito in sod. ugotavljajo, da je nizka ocena vrednote pomembnost lastnega razvoja značilno povezana z višjo izgorelostjo in visoko depersonalizacijo medicinskih sester zaposlenih v institucionalnem varstvu (Saito idr. 2018, 400). Cetinkaya – Uslosoy in sod. pišejo, da vrednote na splošno izboljšujejo kakovost poklicnega življenja medicinskih sester, zmanjšujejo čustveno izpraznjenost in depersonalizacijo ter zvišujejo osebni uspeh in pomagajo pri sodelovanju z drugimi člani tima (Cetinkaya – Uslosoy idr. 2017, 493).

Kot smo ugotovili tudi v naši raziskavi, v poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov vrednotam pripisujejo znaten do močan vpliv na trenutno oceno delovne sposobnosti. Za medicinske sestre v Turčiji pa Cetinkaya – Uslosoy s sod., še ugotavljajo, da medicinske sestre, stare med 20 in 29 let, vrednote ocenjujejo značilno nižje kot medicinske sestre, stare med 30 in 39 let, in medicinske sestre, stare med 40 in 49 let (Cetinkaya – Uslosoy idr. 2017, 494). V našem raziskovalnem vzorcu so mlajše negovalke in negovalci vpliv nekaterih vrednot (zanesljivost in poštenost) ocenili višje kot njihovi kolegi v starejših starostnih skupinah. Prav tako so mlajše diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki vpliv nekaterih vrednot (zanesljivost, poštenost in

kolegialnost) na oceno trenutne delovne sposobnosti ocenile višje kot v starejših starostnih skupinah.

Skela - Savič in Kiger tudi predstavljata rezultate študije, ki so podobni rezultatom študije turških avtorjev, saj ugotavljata, da medicinske sestre, mlajše od 33 let, ocenjujejo pomen poklicnih vrednot, kot so privrženost etičnim normam, zagotavljanje informacij o delovanju in deklaracijah in implementacija teorije v prakso, nižje kot starejše medicinske sestre. Avtorici ugotavljata tudi, da zaposleni s šest- in desetletnimi delovnimi izkušnjami najnižji pomen pripisujejo prenosu etičnih norm v prakso (Skela - Savič in Kiger 2015: 1044–1051). Med vsemi dejavniki vpliv motivacije na oceno trenutne delovne sposobnosti razloži največji delež ocene trenutne delovne sposobnosti kar predstavlja 16 % deleža celotne ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Ob tem ugotavljamo še, da obstaja med oceno vpliva motivacije in oceno trenutne delovne sposobnosti zmerna povezanost (tabela 29).

V skupnem vzorcu je v vseh poklicnih in starostnih skupinah zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših kot dejavnik, ki znatno vpliva na oceno trenutne delovne sposobnosti, ocenjen dejavnik plačilo za opravljeno delo. Gruß in Stegmüller ugotavljata, da so se osebni dohodki zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših v zadnjih letih v Nemčiji zaradi visokega povpraševanja sicer povišali. A dane finančne vzpodbude ne doprinašajo k atraktivnosti področja, kar bi pripomoglo k povečanju zanimanja za številna prosta delovna mesta v institucionalnem varstvu starejših (Gruß in Stegmüller 2019). Vpliv motivacije na oceno trenutne delovne sposobnosti najvišje ocenjujejo v poklicni skupini tajnic in tajnikov, starih med 18 in 35 let, najnižje pa v poklicni skupini snažilk in snažilcev, starih med 36 in 50 let. Ko govorimo o motivaciji in posameznih motivatorjih na splošno, govorimo o teoretično dobro podprtem področju.

Motivacijske teorije, kot so Maslowova, Herzbergova, Freudova in druge, so prodrle praktično v vse pore naših življenj (Eldridge 2010; Sandole 2013 in Bloxome idr. 2020). V kvantitativni raziskavi smo anketirane prosili tudi, da ocenijo, kako posamezni dejavniki motivacije vplivajo na oceno njihove trenutne delovne sposobnosti in pri tem v skupnem vzorcu raziskovalne populacije ugotovili, da zaposleni v institucionalnem varstvu starejših posamezne dejavnike motivacije glede na starostno in poklicno pripadnost ocenjujejo različno. Med mlajšimi negovalkami in negovalci namesto plačila za opravljeno delo ocenjujejo večji pomen dejavnika možnost dodatnih izobraževanj in izpopolnjevanj, prav tako v poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, starih med 36 in 50 let.



V raziskovalni populaciji zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših smo ugotovili, da zaposleni v vseh poklicnih in starostnih skupinah visoko cenijo dejavnike motivacije, kot so pohvale in priznanja za opravljeno delo, varnost zaposlitve in med diplomiranimi medicinskimi sestrami in diplomiranimi zdravstveniki, starimi več kot 51 let tudi možnost soodločanja.

Okello in Gilson v povezavi s to ugotovitvijo pišeta, da je povečan interes za motivacijo zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših sicer pripeljal v globalno razpravo plačilo doprinosov zdravstvenih delavcev. Manj pozornosti je namenjene intrinzični motivaciji zdravstvenih delavcev, ki jo med drugim oblikujejo tudi dejavniki medsebojnega zaupanja, kot so spoštovanje, prepoznavanje, priznanja in pohvale (Okello in Gilson 2015). V sled obdelani literaturi in rezultatom naše raziskave lahko torej zapišemo, da je motivacija tista notranja sila, ki vsakega posameznika na različnih življenjskih področjih žene v gibanje in v napredek.

Motivirani in zadovoljni zaposleni so pogoj za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in oskrbe stanovalcev in za zagotavljanje dostojanstvenega življenja ne glede na omejitve. Motivirani in zadovoljni zaposleni bodo bolj verjetno pripravljeno dalj časa opravljati svoje poslanstvo na področju institucionalnega varstva starejših. Zaradi v nalogi že opisane problematike v zvezi z zagotavljanjem zadostnega števila zaposlenih in preprečevanjem zgodnjega upokojevanja in absentizma Pak in sod. ugotavljajo, da na delovno sposobnost najbolj negativno vplivajo neposredne fizične zahteve dela. Delovni viri za opravljanje delovnih nalog, kot so nadzor nad delom in socialna podpora, na delovno sposobnost vplivajo pozitivno. Zagotovljeni viri za opravljanje delovnih nalog pozitivno vplivajo na sposobnosti, motivacijo in priložnosti, ki starejšim zaposlenim omogočajo, da nadaljujejo delo (Pak idr. 2019, 394).

Zagotavljanje možnosti za uspešno opravljanje delovnih nalog, prilagojenih starejšim zaposlenim ima tudi v institucionalnem varstvu lahko zelo pomembne učinke na zagotavljanje pričakovane kakovosti storitev. Fasbacher s sod.pa ob tem tudi ugotavlja, da obstaja večja verjetnost, da bodo zaposleni, ki se približujejo upokojitvi, nadaljevali z delom, saj so tisti, ki so se želeli upokojiti predčasno, že izstopili iz sistema. Avtorji pišejo tudi, da je nadaljevanje dela po dosegu upokojitvenega kriterija za zaposlene v javnem sektorju zaradi zakonskih regulativov o upokojitveni starosti težje zagotoviti (Fasbender idr. 2019, 24–38).

Drugo hipotezo, ki pravi da na delovno sposobnost vplivajo notranji dejavniki smo preverili na podlagi štirih podhipotez. S pvo podhipotezo smo s statistično gotovostjo dokazali, da na

delovno sposobnost vpliva zdravje ( $p = 0,31$ ), z dejavnikom zdravje razložimo 9,9 % ocene trenutne delovne sposobnosti. V nadaljevanju smo s statistično gotovostjo ( $p = 0,00$ ) potrdili tudi podhipotezo, da na delovno sposobnost vplivajo strokovne, osebnostne in socialne kompetence. Izračunali smo, da lahko z vplivom naštetih kompetenc razložimo 2,4 % deleža ocene delovne sposobnosti. Potrdili smo tudi podhipotezo, ki pravi, da na delovno sposobnost vplivajo vrednote ( $p = 0,03$ ) z vplivom vrednot lahko razložimo 0,8 % deleža ocene delovne sposobnosti.

V zadnji podhipotezi smo predvidevali, da je delovna sposobnost odvisna od vpliva motivacije. Imenovano podhipotezo smo s statistično gotovostjo tudi potrdili ( $p = 0,00$ ). Z vplivom motivacije pa lahko razložimo 16 % deleža ocene trenutne delovne sposobnosti.

Sposobnost posameznikov in skupin, da opravijo zadano nalogo, je skozi zgodovino odločala o pomembnih prednostih, ki so v markantnih dogodkih svetovne zgodovine zaznamovali razvoj ali propad posameznikov, narodov in civilizacij. A vendar je, kot piše Ilmarinen, staranje populacije in delovne sile šele v začetku osemdesetih let prejšnjega stoletja vzpodbudilo poglobljeno raziskovanje delovne sposobnosti (Ilmarinen 2019, 1). Pri pregledu raziskav ugotavljamo, da so v središču raziskav delovne sposobnosti starejši zaposleni (Kooij idr. 2016 in Zacher 2015). Tudi Gould in sod. pišejo, da delovna sposobnost med mladimi ni bila nikoli proučevana do takih razsežnosti kot delovna sposobnost starejših starostnih skupin (Gould idr. 2008, 131).

Pri iskanju novejših študij o delovni sposobnosti mlajših zaposlenih več kot desetletje kasneje naletimo na identično težavo. Še vedno se soočamo s pomanjkanjem študij o delovni sposobnosti mlajših zaposlenih, podatke črpamo iz raziskav o delovni sposobnosti, kjer je raziskovalni vzorec razdeljen glede na starostne skupine. Sami smo ugotovili, da med kronološko starostjo (v vseh starostnih skupinah) in oceno delovne sposobnosti med zaposlenimi v institucionalnem varstvu starejših obstaja zmerna povezanost, kar potrjujeta tudi Tempel in Ilmarinen, ki pravita, da med zaposlenimi v starosti od 45 do 54 let in med starimi od 54 do 64 let opazimo statistično značilen padec delovne sposobnosti (Tempel in Ilmarinen 2015, 26).

V raziskovalnem vzorcu glede na poklicne skupine ugotavljamo rahla odstopanja od trditve Tempela in Ilmarinena, in sicer v poklicni skupini tajnic in tajnikov se ocena trenutne delovne sposobnosti z višanjem kronološke starosti dejansko zvišuje, kar pomeni, da v pokoj odhajajo delovno najbolj usposobljeni posamezniki iz te poklicne skupine. Različni avtorji ugotavljajo, da so delavci, ki opravljajo težka fizična dela, kot so dolgotrajno stoječe delo, dvigovanje težkih bremen, ponavljajoče se delo, delo z rokami, dvignjenimi v višino ramen

ali višje, delo z zasukanim hrbtom ali delo v prepognjenem položaju (Andersen idr. 2007 in Alavinia idr. 2007), podvrženi povišani nevarnosti za oslABLJENO delovno sposobnost (Van den Berg, idr. 2009) in povečano obolevnost (Holtermann idr. 2010). Med poklice, ki opravljajo opisana dela in so tako lahko podvrženi omenjenim rizikom med zaposlenimi v institucionalnem varstvu starejših, uvrščamo snažilce in snažilke ter negovalke in negovalce. Med zaposlenimi v institucionalnem varstvu starejših ugotavljamo, da so svojo delovno sposobnost v skupnem vzorcu glede na poklicne skupine najnižje ocenili snažilke in snažilci, nato negovalke in negovalci, diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, medtem ko so svojo delovno sposobnost najboljše ocenili v poklicni skupini tajnic in tajnikov.

Gould s sod. o tem pišejo, da je delovna sposobnost tistih, ki morajo bolj paziti na izdatke, praviloma nižja od tistih, katerih dohodki zadoščajo za uresničitev njihovih želja. Isti avtorji so v nadaljevanju ugotovili tudi, da v povezavi med delovno sposobnostjo in izobrazbo obstajajo evidentne razlike v zaznavi delovne sposobnosti med različnimi izobrazbenimi skupinami. Tako je bila razlika med moškimi z izkazano nizko delovno sposobnostjo in nizko stopnjo izobrazbe štirikratna v primerjavi z moškimi z akademsko izobrazbo, medtem ko je bila razlika med ženskami petkratna (Gould idr. 2008, 42).

Napisano lahko potrdimo tudi za področje zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, saj smo na podlagi izračunanih statističnih vrednosti ugotovili, da poklic ( $R = 0,54$ ) in starost ( $R = 0,34$ ) značilno in z zmerno povezanostjo vplivata na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Pri preverjanju povezav med vplivom kronološke starosti in stopnje izobrazbe, potrebne za poklic, ki ga posameznik opravlja in oceno trenutne delovne sposobnosti, nismo ugotovili statistično značilne povezave.

Pri preverjanju tretje hipoteze s katero smo predvidevali, da se vpliv kronološke starosti statistično pomembno razlikuje med posameznimi poklicnimi skupinami smo s statistično gotovostjo potrdili ( $p = 0,00$ ). Podhipoteze, ki pravi, da zaposleni v poklicih, ki zahtevajo višjo stopnjo izobrazbe, izkazujejo pri višji kronološki starosti boljše delovno sposobnost kot zaposleni v poklicih, ki zahtevajo nižjo stopnjo izobrazbe nismo potrdili.

V procesu proučevanja teoretičnih izhodišč za sestavljanje socialnogerontološkega modela podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših smo ugotovili, da v doktorski disertaciji obravnavamo aktualno temo, ki pa se še ni dotaknila delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših do take mere, da bi se

strokovnjaki, vodilni in zaposleni pri vsakodnevnem delu lahko opirali na znanstvena dognanja strokovnjakov.

Pri tem ugotavljamo tudi, da poleg natančnejšega proučevanja vpliva posameznih dejavnikov, ki vplivajo na delovno sposobnost za ožje področje institucionalnega varstva starejših, manjkajo tudi ukrepi, ki bi upoštevali značilnosti in zmožnosti sektorja v danih reguliranih in finančno vzdržnih merah. Ilmarinen pri tem ugotavlja, da so interakcije med posameznimi dejavniki v modelu delovne sposobnosti zelo kompleksne. Avtor tudi meni, da bi lahko bil to eden od razlogov, zakaj so študije o ukrepih manj obetajoče, kot je pričakovano, pri tem priporoča tudi izvedbo visoko kakovostnih študij za določitev vloge intervencij v delovni sposobnosti (Ilmarinen 2019, 3).

V omejen smislu bi za področje institucionalnega varstva starejših do neke mere lahko odgovorili na Ilmarinenov izziv. Z uporabo metodologije delfi smo v treh krogih uspeli identificirati tiste ukrepe, ki bi po mnenju in strinjanju 12 strokovnjakov iz Slovenije, Avstrije in Hrvaške pripomogli k podaljšanju delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

Izbrani strokovnjaki menijo, da bi z 21 izbranimi ukrepi, naštetimi v tabeli 30 lahko vplivali na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih. Prümper in Beckner, ki med drugim tudi ugotavljata, da je spoštljiv in prijazen odnos vodilnih do zaposlenih povezan z različnimi dimenzijami delovne sposobnosti (Pümper in Beckner 2011, 37). Omenjen dejavnik se je tudi med skupino priznanih strokovnjakov izkazal za zelo pomembnega, saj so ga uvrstili na sedmo mesto po pomembnosti implementacije.

Za vpliv ocene s trenutnim družabnim življenjem na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših strokovnjaki predlagajo uvedbo jasno definiranega upravljanja s presežki delovnega časa, pri čemer je mišljeno predvsem upravljanje z nadurami in preostanki letnih dopustov. Zelo pomemben ukrep, ki kaže, da se zavedanje o pomenu upravljanja različnosti tudi med strokovnjaki v institucionalnem varstvu starejših krepi, je pridobivanje znanj o različnosti, za vse zaposlene v posameznih institucijah, katerih dejavnost je institucionalno varstvo starejših.

Med najpomembnejšimi ukrepi za izboljšanje ocene delovne sposobnosti, povezanimi s trenutnim družabnim življenjem, za katerega strokovnjaki menijo, da bi bila implementacija zelo smiselna, so ukrepi za zmanjševanje stresa na delovnem mestu. O stresu na delovnem mestu je prelitega ogromno črnih (Höpflinger idr. 2011; Dammayr 2012 in Knappe idr. 2016). Predlagani ukrepi morajo biti individualni, ker je tudi stresna rezistenca individualna lastnost vsakega zaposlenega, prav tako pa so različne možnosti za zmanjševanje stresa na

delovnem mestu od organizacije do organizacije in odvisne od mnogih dejavnikov, ki mnogokrat niso zgolj finančni in organizacijski. Med proučevanjem vpliva ocene zunanjih dejavnikov, ki vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu, smo ugotovili še, da na delovno sposobnost v raziskovani populaciji vpliva družina. Izbrani strokovnjaki za ta dejavnik niso predlagali posebnih ukrepov, kar je do neke mere celo razumljivo, saj je vpliv ukrepov s strani delodajalca na družino omejen.

Na kakovost ravnovesja med družinskim in delovnim življenjem pa bi verjetno lahko vplivali z ukrepi, ki so navedeni pri drugih dejavnikih, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Med proučevanimi notranjimi dejavniki na oceno trenutne delovne sposobnosti pomembno vpliva ocena zadovoljstva s trenutnim zdravstvenim stanjem.

Strokovnjaki predlagajo, da bi bila zelo smiselna implementacija ukrepov skrb za oddih zaposlenih, uvedba analize zdravstvenega stanja in promocija psihološke podpore na delovnem mestu. Planko in sod. med ukrepi za učinkovito upravljanje starejših zaposlenih, omenjata tudi take, ki bi lahko imeli pozitivne učinke tudi na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših ne glede na starost. Avtorice v smislu promocije zdravja na delovnem mestu, sicer za starejše zaposlene, med drugimi ukrepi predlagajo tudi več krajših odmorov, telovadbo na delovnem mestu, skrb za zdravo staranje, individualne zdravstvene programe, prilagojeno prehrano, ukrepe za ustrezno ergonomijo in prilagoditev dela in delovnega časa in razbremenitev zaposlenih v delovnih konicah (Planko idr. 2016).

Pri pregledu ukrepov za podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših smo ugotovili, da so izbrani strokovnjaki predlagali, da bi bila za izboljšanje kompetenc zaposlenih zelo smiselna promocija izobraževanja med zaposlenimi, pridobivanje potrebnih neformalnih znanj in vključevanje zaposlenih pri pripravi izobraževalnih načrtov. Poleg naštetega Silvestre in sod. predlagajo tudi urejanje učnega okolja v sami instituciji za varstvo starejših, identifikacijo ekspertov znotraj posameznih institucij in izobraževanje vodilnih na vseh nivojih vodenja (Silvestre idr. 2015, 54). Planko in sod., pa predlagajo pridobivanje kompetenc, uresničevanje želje po izobraževanju, mentorstvo, obratno mentorstvo, izmenjevalnico izkušenj, kavo modrosti (Planko idr. 2016). Vrednote so tisti dejavnik, za katerega anketirani ocenjujejo, da najbolj vpliva na oceno njihove trenutne delovne sposobnosti. Strokovnjaki v ekspertnem panelu za področje ozaveščanja o pomembnosti vrednot med zaposlenimi predlagajo organizacijo delavnic o pomenu in vlogi vrednot v timu, uvedbo situativnega vodenja in organizacijo ter izvedbo

delavnic na temo empatije. Zadnji element v socialnogerontološkem modelu delovne sposobnosti, za katerega so strokovnjaki predlagali ukrepe, katerih implementacija bi bila po njihovem mnenju za področje institucionalnega varstva zaposlenih zelo smiselna, je motivacija. Strokovnjaki tako predlagajo vzpodbujanje timske in organizacijske pripadnosti, promocijo zdravega humorja na delovnem mestu in navdih namesto motivacije kot način vodenja zaposlenih.

Iz nabora ukrepov lahko sklepamo, da je bilo v povezavi z motivacijo zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših narejenega že veliko tega. Zanimivo pri tem je, da eksperti ne navajajo ekstrinzičnih motivatorjev, temveč moderne in večinoma znanstveno slabo utemeljene načine motivacije zaposlenih. Iz napisanega lahko sklepamo, da strokovnjaki iščejo nove načine motiviranja zaposlenih, pri čemer izstopa ukrep inspiracija namesto motivacije.

Chaturvedi in sod. v povezavi z inspiracijo zaposlenih pišejo, da imajo transformacijski vodje sposobnost vplivanja na svoje sledilce, tako da ti zmorejo opravljati svoje naloge nad pričakovani in ob tem kažejo odločno pripadnost organizacijskim ciljem. Kaj povzroči tak odnos, pa je potrebno še raziskati (Chaturvedi idr. 2019, 1462). V povezavi z napisanim Mitchell in Boyle sicer ugotavljata, da inspiracijski način vodenja neguje inovacije v multidisciplinarnih timih v storitveni dejavnosti in negi. Pri tem pa avtorja vidita težavo v pomanjkanju takšnih vodij (Mitchell in Boyle 2019, 269), medtem ko Dhaliwal in Hirst omenjata pomanjkanje informacij o povezavah med transformacijskim vodenjem in načini, na katere ga lahko uporabljajo vodilne medicinske sestre (Dhaliwal in Hirst 2019, 192).

Če je inspiracijsko vodenje nekaj novega in skorajda eksotičnega, pa sodi vpliv humorja na zdravje in dobro počutje k najstarejšim življenjskim modrostim, ob tem pa Evans in sod. opozarjajo, da ima humor potencial, da se ga interpretira bodisi kot funkcionalno ali moteče delovno vedenje. Pri tem ima spol pomembno vlogo (Evan 2019, 1077).

V smislu obvladovanja konteksta delovne sposobnosti Treier predlaga v razmislek naslednja področja ukrepanja: organizacijsko upravljanje zdravja zaposlenih z uporabo modela pospeševanja zdravja, varstvo in varnost pri delu, upravljanje z vračanjem zaposlenih po daljši odsotnosti po načelu od delovne nesposobnosti k delovni sposobnosti, upoštevanje demografskih značilnosti in upravljanje s starejšimi zaposlenimi, povečanje intelektualnega in socialnega kapitala zaposlenih, promocija ravnovesja med poklicnim in zasebnim življenjem in upravljanje z delovno sposobnostjo (Treier 2015, 37).

Na vprašanje, kaj bi prineslo uvajanje predlaganih ukrepov, lahko odgovorimo z razlago regresijskih enačb. Te nam povedo, da bi se v primeru povečanja zadovoljstva z neposrednimi vodilnimi za 1 % ocena delovne sposobnosti povečala v povprečju za 7,7 % ( $Y = 4,094 + 0,077 X_1$ ), v primeru povečanja vpliva kompetenc za 1 % bi se ocena delovne sposobnosti povečala v povprečju za 6,8 % ( $Y = 4,055 + 0,068 X$ ), če bi se povečala ocena vpliva vrednot na oceno delovne sposobnosti za 1 %, bi se ocena delovne sposobnosti povečala v povprečju za 6,8 % ( $Y = 4,069 + 0,053 X$ ), če bi se povečala ocena vpliva motivacije na oceno delovne sposobnosti, bi se ocena delovne sposobnosti v povprečju povečala za 34,5 % ( $2,846 + 0,345 X$ ).

Da bi dosegli zastavljeni cilj doktorske disertacije, smo v naslednjem koraku dejavnike za katere zaposleni v institucionalnem varstvu starejših ocenjujejo, da vplivajo na oceno njihove trenutne delovne sposobnosti in predlagane ukrepe, za katere so se strokovnjaki v ekspertnem panelu strinjali, da bi bila njihova implementacija smiselna z namenom podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, združili v **socialnogerontološkem modelu podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših**.

Ključni doprinos oblikovanega modela je tako njegov raziskovalni in aplikativni potencial, ki pa ga bo potrebno v prihodnosti še razvijati. Iz pregleda primerjalnih študij lahko tudi ugotovimo, da opravljene študije raziskujejo ločene elemente delovne sposobnosti, kar verjetno otežuje pot k ciljanim in prilagojenim rešitvam aktualnih problemov in izzivov prihodnosti.

V nadaljevanju preverjamo, pod kakšnimi pogoji lahko predlagan model umestimo na teoretično in raziskovalno področje socialne gerontologije.

Predstavljen socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših temelji na proučevanju dejavnikov, za katere anketirani ocenjujejo, da vplivajo na oceno njihove trenutne delovne sposobnosti, pri čemer smo upoštevali posamezne poklicne in starostne skupine. Če sledimo Buergessovi definiciji, je socialna gerontologija definirana kot nastajajoče polje raziskovanja in učenja o, s staranjem povezanih ekonomskih, socialnopsiholoških, socioloških in političnih, vidikih staranja. Kot smo v nalogi s pregledom raziskav s tega področja in teoretičnih dejstev že ugotovili, je staranje prebivalstva aktualna politična tema tako lokalnih kot državnih političnih struktur. Politične odločitve (Dragano 2019, 446) in način financiranja institucionalnega varstva starejših vplivajo tako na posamezne dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost

(Ilmarinen 2019,2) kot na oblikovanje in izvajanje predlaganih ukrepov za podaljšanje delovne sposobnosti (Eichhorst idr. 2016).

V modelu podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših lahko prepoznamo nekatere skupne elemente s primerljivimi modeli. Med temi na prvem mestu model delovne sposobnosti, ki smo ga podrobneje predstavili v teoretičnem delu doktorske disertacije, saj predstavlja enega njenih temeljnih izhodišč.

Elemente našega modela, razvitega na podlagi kvalitativne in kvantitativne raziskave lahko primerjamo z multidimenzionalnim modelom delovne sposobnosti, ki ga je razvila Rehabilitacijska fundacija Finske (Gould idr. 2008). Kot elemente modela Järvikoski predstavlja delavca, delo, zahteve delovne organizacije in funkcionalnega okolja. Odnosi med elementi modela so definirani kot spoprijemanje z delom, kontrola nad delom in sodelovanje v delovni skupnosti (Järvikoski idr. 2001). Namen definiranja delovne sposobnosti je, kot piše Ilmarinen, prepoznati njeno stopnjo in uvesti ukrepe za izboljšanje in promocijo delovne sposobnosti (Ilmarinen idr. 2008, 21).

V modelu promocije delovne sposobnosti Ilmarinen prikazuje povezave med vzdrževanjem delovne sposobnosti, ki jo obkrožajo povezave med zaposlenimi (viri, zdravje, sposobnosti, življenjski slog in samoiniciativnost), delo in delovne razmere (ergonomija, delovna higiena, varnost pri delu) in poklicne spretnosti, vsestranske spretnosti in nove tehnologije. Našteti elementi predstavljajo povezavo med delovno sposobnostjo in zdravjem, dobro kakovostjo življenja in dobrega počutja, aktivnim in smiselnim upokojevanjem in dobro kakovostjo dela in produktivnostjo (Ilmarinen idr. 2008).

Kot ugotavljamo, oblikovan socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenim, vsebuje elemente, ki so definirani primerljivo z že dobro uveljavljenimi modeli proučevanja, izboljšanja in promocije delovne sposobnosti. Kot elemente modela obravnavamo dejavnike, ki oblikujejo delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših na eni strani in ukrepe za podaljšanje njihove sposobnosti, ki so v povezavi z dejavniki, ki oblikujejo delovno sposobnost. Pri tem smo upoštevali poklicno in starostno pripadnost zaposlenih, pri čemer smo želeli ugotoviti povezavo med starostjo in poklicem, kar so potrdile tudi že omenjene raziskave drugih avtorjev. Model temelji na moči povezav med ocenami dejavnikov, ki oblikujejo delovno sposobnost in oceno trenutne delovne sposobnosti. Opisane povezave so po večini šibke, vendar z nekaterimi izjemami.

Iz dolgoletne prakse vodenja različnih domov starejših in kriznega managementa lahko predvidevamo, da bi razlog lahko bil predvsem v specifikih in razdrobljenosti institucionalnega varstva tako na lokalni ravni kot v Evropi in svetu. Kapaciteta institucij



varstva starejših je glede na primerljivost zakonodaje v obravnavanih državah od ene osebe pa do nekaj sto ali več tisoč v koncernih za upravljanje teh institucij. Pri tem je seveda jasno, da ima čisto vsaka organizacija svojo dinamiko, svojo kulturo, ki je edinstvena in v večini primerov neprimerljiva z drugimi.

Isto velja za ukrepe za področje vodenja. Ideja in ukrepi, ki se v nekem okolju, v določeni situaciji izkažeta za odlično, v drugem okolju, ki je lahko le nekaj kilometrov oddaljeno, v istem sistemu, kjer veljajo isti zakoni in kriteriji, privedejo do popolnoma drugačnih, lahko tudi neželenih, rezultatov.

Pri proučevanju notranjih in zunanjih dejavnikov delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših tako ugotavljamo, da smo z doktorsko disertacijo odprli dokaj skromno obravnavano področje delovne sposobnosti, ki pa zaradi vedno večjega povpraševanja po različnih oblikah institucionalnega varstva starejših v sebi zagotovo nosi zelo velik tako raziskovalni kot aplikativni potencial. V naši raziskavi, kateri izhodišče predstavlja model delovne sposobnosti, smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri dejavniki modela delovne sposobnosti vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Z izračunom stopnje povezanosti med oceno trenutne delovne sposobnosti in oceno vpliva dejavnikov iz modela delovne sposobnosti smo zaznali nekatere razlike med izhodiščnim modelom in rezultati lastne raziskave. Na podlagi napisanega tako utemeljeno predvidevamo, da je model delovne sposobnosti potrebno prilagoditi značilnostim delovnega okolja institucionalnega varstva starejših.

Zgodovina in razvoj institucionalnega varstva tako otrok kot odraslih in starejših je prežeta s tisoči žalostnih zgodb, ki jih je napisalo življenje. Ko prestopimo prag institucije, postane vez z zunanjim svetom meglena, velikokrat celo bolj ali manj oddaljena. Nehote se poraja vprašanje ali zunanji svet sploh še obstaja, ali sploh še obstaja vez med življenjem znotraj in zunaj institucije.

Malijsva sicer ugotavlja, da javnost verjetno celo neupravičeno domove starejših uvršča zgolj v okvir institucionalnega varstva. Po mnenju avtorice postajajo domovi za starejše centri celostne oskrbe starih ljudi, v katerih sta zdravstvena in socialna oskrba oblikovali model medsebojnega sodelovanja in dopolnjevanja (Mali 2012, 87). Leisenring in sod. ugotavljajo, da zaposleni v institucionalnem varstvu starejših gradijo svojo poklicno identiteto na neposrednem delu s stanovalci, ki temelji na dobrem poznavanju osebne zgodovine stanovalcev, na zdravstveni negi in oskrbi, ki ju opravljajo glede na individualne potrebe stanovalca in pri tem niso le asistenti zdravniku. Avtorji menijo, da zaznan dvig

poklicne samozavesti med zaposlenimi v institucionalnem varstvu izhaja iz naraščajočega pomena institucionalnega varstva (Leisenring idr. 2015, 17).

Saito in sod. v smislu ugotavljanja značilnosti poklicnih skupin v institucionalnem varstvu tudi ugotavljajo, da japonske medicinske sestre, ki so zaposlene v institucionalnem varstvu, izkazujejo višjo stopnjo izgorelosti, kot medicinske sestre, ki so zaposlene na splošnih oddelkih bolnišnic na Japonskem (Saito idr. 2018, 400). Kot ugotavlja avtor modela delovne sposobnosti, Ilmarinen, je večina raziskovalnih aktivnosti s področja delovne sposobnosti namenjena raziskovanju zdravja pri delu, epidemiologiji, ergonomiji in v zadnjem času tudi delovni gerontologiji. Razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na delovno sposobnost se pomembno izboljšuje.

Povezave med človeškimi viri in delom so intenzivne in dinamične. Omenjene povezave se spreminjajo skozi življenjski tok in procese staranja (Ilmarinen 2019, 2).

Na podlagi proučevanja povezav med oceno trenutne delovne sposobnosti in oceno vpliva dejavnikov, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, smo v raziskavi ugotovili, da na podlagi izračunanih moči povezav med odvisno spremenljivko delovna sposobnost in neodvisnimi spremenljivkami (dejavniki, ki vplivajo na delovno sposobnost) izhodiščnega modela delovne sposobnosti ne moremo v celoti implementirati na področje zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

Zato obstaja verjetno več razlogov, med katerimi ima zagotovo pomembnejšo vlogo dejstvo, da je na voljo razmeroma malo empiričnih raziskav o dejavnikih, ki vplivajo na delovno sposobnost posameznih poklicnih skupin, ki so vključene v sistem institucionalnega varstva starejših. Iz rezultatov naše raziskave in dostopnih raziskav lahko namreč sklepamo, da isti dejavniki, ki vplivajo na delovno sposobnost drugih poklicnih skupin, ne vplivajo nujno na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

Socialnogerontološki model delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših smo uravnotežili z naborom ukrepov, za katere izbrani strokovnjaki menijo, da bi lahko vplivali na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in se navezujejo na posamezne dejavnike, ki oblikujejo njihovo delovno sposobnost.

Na podlagi pridobljenih rezultatov sklepamo, da bi bilo potrebno z uporabo ustreznih raziskovalnih metod identificirati institucionalnemu varstvu lastne dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost, saj rezultati raziskave indicirajo, da se med elementi izvornega modela delovne sposobnosti in oceno delovne sposobnosti na področju institucionalnega varstva

starejših razvija drugačna dinamika povezav, kot velja za splošno delovno populacijo in kot jo lahko navajajo drugi avtorji na obravnavanem področju.

Glaser in Seubert ugotavljata, da zaposleni v institucionalnem varstvu starejših poseben pomen pripisujejo virom in pozitivnim komentarjem, številu zaposlenih in osebnim virom, kvalitativni in kvantitativni delovni obremenjenosti, delovnemu času, nočnemu delu, motnjam pri delu, delom s svojci, profesionalizaciji in participaciji, odnosu do nege in oskrbe, odnosu do aktivnosti, ki niso povezane s stanovalci, izobraževanjem in izpopolnjevanjem, organizaciji, financam in vodenju, sodelovanju in komunikaciji, stanovalcem in stanovalkam, konfliktom, plačilu in podobi v javnosti, delovnemu okolju in povpraševanju o zadovoljstvu pri delu, počutju zaposlenih, telesnih in duševnih preobremenitvah (Glaser in Seubert 2018, 44–57).

Da bi dosegli cilje doktorske disertacije, smo si poleg že predstavljenih raziskovalnih hipotez zastavili tudi 3 raziskovalna vprašanja. In sicer, **Kako na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših vplivajo različni dejavniki, ki so značilni za posamezne poklicne in starostne skupine?**

S statistično analizo rezultatov, ki smo jih dobili z anketiranjem zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, smo ugotovili, da je povezanost med oceno vpliva proučevanih dejavnikov in oceno trenutne delovne sposobnosti različna. Tako zunanji kot notranji dejavniki, za katere smo predvidevali, da lahko oblikujejo delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, tvorijo z oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših zmerno povezanost. Ob tem smo ugotovili, da je povezanost med oceno trenutne delovne sposobnosti in posameznimi proučevanimi dejavniki različna in variira od šibke stopnje povezanosti za posamezne dejavnike pa vse do močne stopnje povezanosti, kot je to pri oceni vpliva vrednot.

V nadaljevanju nas je zanimalo tudi, **kateri dejavniki, ki vplivajo na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, so za posamezne poklicne in starostne skupine bolj in kateri manj pomembni?**

Z uporabo kvantitativne raziskovalne metodologije smo preučevali štiri poklicne skupine zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, in sicer poklicno skupino tajnic in tajnikov, snažilk in snažilcev, negovalk in negovalcev ter diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov. V vsaki poklicni skupini smo natančno proučili deskriptivno statistiko glede na posamezne starostne skupine znotraj poklicnih skupin. Z izračunom linearnih regresij smo ugotovili, da sedem ocenjenih dejavnikov, ki oblikujejo delovno sposobnost, tvori povezanost z oceno trenutne delovne sposobnosti anketiranih. Tako vpliv

neposrednih vodilnih najvišje ocenjujejo v poklicni skupini tajnic in tajnikov, starih med 18 in 35 let, in najnižje v poklicni skupini snažilk in snažilcev, starih med 18 in 35 let. Oceno vpliva zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem na oceno trenutne delovne sposobnosti najvišje ocenjujejo v poklicni skupini tajnic in tajnikov, starejših od 51 let, in najnižje v poklicni skupini snažilk in snažilcev, starejših od 51 let.

Obveznosti, povezane s partnerskim in družinskim življenjem, le malo vplivajo na oceno trenutne delovne sposobnosti. Pri tem vpliv omenjenega dejavnika najvišje ocenjujejo v poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, starejših od 51 let, in najnižje v poklicni skupini tajnic in tajnikov, starejših od 51 let.

Ocena zadovoljstva z zdravstvenim stanjem najbolj vpliva na oceno trenutne delovne sposobnosti diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, starejših od 51 let, in najmanj v poklicni skupini snažilk in snažilcev, starih med 18 in 35 let. V poklicni skupini tajnic in tajnikov ocenjujejo, da ima med naštetimi kompetencami na oceno njihove trenutne delovne sposobnosti največji vpliv timska naravnost v starostni skupini med 36 in 50 let. V tej poklicni skupini ocenjujejo tudi, da ima najmanjši vpliv na oceno njihove trenutne delovne sposobnosti kompetenca specialistična znanja s strokovnega področja v starostni skupini, starejših od 51 let.

Za poklicno skupino snažilk in snažilcev na splošno velja, da so ocenili, da kompetence na oceno njihove trenutne delovne sposobnosti vplivajo manj kot v drugih poklicnih skupinah, vendar so ocenili, da ima najvišji vpliv kompetenca sposobnost učenja v starostni skupini snažilk in snažilcev, starejših od 51 let, in najmanjšega kompetenca splošna in specialistična znanja s strokovnega področja v starostni skupini med 18 in 35.

V poklicni skupini negovalk in negovalcev ocenjujejo, da ima najvišji vpliv na oceno trenutne delovne sposobnosti kompetenca timska naravnost v starostni skupini med 18 in 35 let in najmanj interdisciplinarna znanja, vezana na strokovno področje v starostni skupini, starejših od 51 let.

V poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ocenjujejo, da ima najvišji vpliv na oceno trenutne delovne sposobnosti kompetenca interdisciplinarna znanja, vezana na strokovno področje v starostni skupini med 18 in 35 let, in najmanjši vpliv z isto oceno kompetenci specialistična znanja s strokovnega področja in interdisciplinarna znanja s strokovnega področja v starostni skupini, starejših od 51 let. Vrednote so tisti element delovne sposobnosti, za katerega smo izračunali, da z oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših tvori zelo močno povezanost.

Med naštetimi vrednotami v poklicni skupini tajnic in tajnikov ocenjujejo, da imata največji vpliv na njihovo delovno sposobnost vrednoti zanesljivost in poštenost v starostnih skupinah med starostni skupini, starejših od 51 let, medtem ko ima najmanjši vpliv vrednota hvaležnost v vseh tajniki in tajnicami.

V poklicni skupini snažilk in snažilcev anketirani ocenjujejo, da ima najvišji vpliv na oceno trenutne delovne sposobnosti vrednota kolegialnost v starostni skupini od 36 do 50 let in najmanj vrednota lojalnost v starostni skupini od 18 do 35 let.

V poklicni skupini negovalk in negovalcev anketirani najvišjo oceno vpliva na oceno trenutne delovne sposobnosti pripisujejo vrednoti kolegialnost med anketiranimi, starejšimi od 51 let, in najmanj lojalnost med negovalci in negovalkami, starimi od 18 do 35 let.

V poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov vpliv ocene vrednot na oceno trenutne delovne sposobnosti ocenjujejo višje kot v ostalih poklicnih skupinah. Tako v tej poklicni skupini ocenjujejo, da na njihovo oceno trenutne delovne sposobnosti najbolj vpliva zanesljivost in kolegialnost v starostni skupini od 18 do 35 let in najmanj hvaležnost med starejšimi od 51 let. Vpliv motivacije na oceno trenutne delovne sposobnosti najvišje ocenjujejo v poklicni skupini tajnic in tajnikov, starih med 36 in 50 let, in najnižje v poklicni skupini snažilk in snažilk, starih med 36 in 50 let.

**Želeli pa smo ugotoviti tudi, s katerimi ukrepi je mogoče vplivati na podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših glede na posamezne poklicne in starostne skupine?**

Ker smo s kvantitativno raziskavo ugotovili, da proučevani dejavniki delovne sposobnosti z oceno trenutne delovne sposobnosti tvorijo različno močne povezanosti, so eksperti predlagali ukrepe za podaljšanje delovne sposobnosti glede na posamezne dejavnike, ki oblikujejo delovno sposobnost

Skupina priznanih strokovnjakov, je predlagala, da bi bilo z namenom podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših smiselno implementirati naslednjih 21 ukrepov, navedenih v tabeli 30 na strani 126, kot si sledijo po pomembnosti: promocija timske in organizacijske pripadnosti, navdih namesto motivacije kot naloga vodilnih, jasno definirani cilji in delovni procesi, vzpodbujanje timskega dela, vodja kot vzor ali ozaveščeno vodenje, promocija situativnega vodenja, spoštljivo priznavanje doprinosov zaposlenih, povratne informacije namesto kritike, promocija zdravega humorja na delovnem mestu, usposabljanje zaposlenih z namenom razumevanja značilnosti posameznika in njegovih specifičnih potreb v različnih življenjskih obdobjih, promovirati in omogočiti dostop do psihološkega svetovanja za zaposlene, ki kažejo znake preobremenjenosti,

promocija samorefleksije na delovnem mestu, organizacija delavnic o pomenu empatije, organizacija predavanj, ki so vezana na specifično, aktualno problematiko, promocija zmanjševanja stresa na delovnem mestu, izvajanje analiz zdravstvenega stanja zaposlenih in prilagoditve zaposlitvenih ukrepov (več zaposlenih na najbolj obremenjenih mestih), promocija nadaljnjega izobraževanja zaposlenih (finančna in časovna podpora), definiranje potreb po nadurah in pravična razdelitve le-teh, vključevanje zaposlenih pri pripravi načrtov za izobraževanja in izpopolnjevanje (kratkoročnih, srednjeročnih in dolgoročnih), organizacija delavnic o pomenu in vlogi vrednot v timu, promocija in omogočanja aktivnega oddiha zaposlenih (počitniške kapacitete, akcije pri ponudnikih wellness storitev). Ob tem smo pri pregledu literature in raziskav drugih avtorjev našli še druge predlagane ukrepe, katerih implementacija bi lahko bila ravno tako smiselna.

V pripravi doktorske disertacije smo sledili zastavljenim ciljem. Pri tem smo opredelili pripadajoča teoretična izhodišča, ki določajo umestitev pojma delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših na znanstveno področje socialne gerontologije, identificirali dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in oblikovali seznam možnih ukrepov za podaljšanje delovne sposobnosti za zaposlene v institucionalnem varstvu starejših.

Po opravljeni statistični analizi odgovorov, anketiranih v kvantitativni raziskavi in izvedenem delfi procesu, smo identificirane dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in predlagane ukrepe za podaljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših združili v socialnogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti za zaposlene v institucionalnem varstvu starejših. Tako ugotavljamo, da smo z uporabo predvidenih metodoloških pristopov dosegli zastavljene cilje doktorske disertacije.

## 5 ZAKLJUČEK

Staranje prebivalstva v obliki, kot ga poznamo danes, prinaša s seboj mnoge nepoznane in neraziskane fenomene, ki pa lahko pomembno vplivajo na kakovost življenja posameznikov, družin, skupnosti in družbe kot celote. V doktorski disertaciji raziskujemo razmerja med starostjo, staranjem, zaposlenimi v institucionalnem varstvu starejših in delovno sposobnostjo znotraj teoretičnega in raziskovalnega koncepta socialne gerontologije.

V pregledu literature smo ugotovili, da starost in staranje predstavljajo evolucijski element človeške družbe in njenega razvoja, ki v našem času dosega še neraziskane razsežnosti. Ob razlagi za doktrosko diseratcijo relavantnih pojmov kot so starost, staranje, socilana gerontologija, delovna sposobnost, demografija, institucionalno varstvo starejših smo predstavili tudi kronološki pregled virov o staranju in starosti. Ugotovili smo, da sta starost in staranje navduševala in plašila človeštvo od njegovega nastanka in krepila zavest o izgubi moči in minljivosti. Z razvojem znanosti v različnih zgodovinskih obdobjih so tudi procesi staranja in starost kot takšna dobili novo vlogo.

Strokovnjaki različnih področij so samo do leta 1990 ustvarili več kot 300 različnih teorij staranja in starosti. Danes so teorije staranja klasificirane po področjih in govorimo lahko ločeno o bioloških, psiholoških in socioloških teorijah staranja, med katere spadajo tudi socialne teorije staranja. Znanstveniki pri tem ugotavljajo, da je enotna teorija staranja malo verjetna, ker so procesi staranja zelo kompleksni in jih ne gre proučevati zgolj z enega zornega kota. Tako strokovnjaki s področja biologije predstavljajo biološke teorije staranja in pri tem ugotavljajo, da je proces staranja s strani biologov, predvsem s pomočjo razvoja genetskih znanosti, domala razjasnjen. Mnogo vprašanj in veliko manj odgovorov o psiholoških in socialnih spremembah imajo strokovnjaki humanističnih znanosti. Poseben izziv teh raziskovalnih področij predstavljajo raziskovalne metode, še posebej, ko gre za proučevanje zelo kompleksnih psihosocioloških pojavov, kot je na primer vedenje oseb z demenco.

V nadaljevanju smo v doktorski disertaciji natančno opredelili razvoj znanosti socialne gerontologije vse od njenih začetkov in predstavili teoretična izhodišča te sicer mlade, a zelo hitro razvijajoče se znanosti. Paradoks, s katerim se srečujemo na področju institucionalnega varstva starejših, je, da se ne veča samo povpraševanje po taki obliki oskrbe, ampak se starajo tudi zaposleni v institucionalnem varstvu starejših. Z večanjem števila dementnih oseb z različnimi oblikami z bolezenskim stanjem povezanih vedenjskih motenj in tržnim pristopom k institucionalnem varstvu starejših se je delovno okolje bistveno spremenilo.

Čeprav je politika, vsaj kar se tiče zahodne Evrope, opazila stisko zaposlenih in potrebo po povečanju resursov za financiranje institucionalnega varstva, strokovno usposobljenega kadra na trgu kritično primanjkuje. Tudi zato je še kako pomembno, da zadržimo strokovno usposobljen kader na delovnih mestih s preprečevanjem absentizma in zgodnjega upokojevanja.

Na finskem inštitutu za zdravje pri delu so nastajajoči problem staranja evropske populacije in posledično delovne sile zaznali že konec 70 let prejšnjega stoletja. Rezultat dolgoletnega raziskovanja je poleg nepogrešljivih teoretičnih spoznanj o posledicah staranja na zaposlene tudi model delovne sposobnosti. Ker je model dobro teoretično utemeljen in ker je uporabljen tudi v praksi, velikokrat tudi v mnogih bolnišnicah, smo želeli ugotoviti, ali predvideni dejavniki v predlagani obliki vplivajo tudi na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Pri tem smo ugotovili, da tako zunanji kot notranji dejavniki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

Z modelom delovne sposobnosti smo združili že utemeljena področja, ki lahko znižajo delovno sposobnost, kar dokazano vodi v absentizem, zapuščanje poklica in prezgodnje upokojevanje, z ukrepi, s katerimi bi našete neželene posledice slabe delovne sposobnosti lahko omilili. Tako smo ugotovili, da se tako zaposleni kot skupina priznanih strokovnjakov zavedajo, da so stvari na področju institucionalnega varstva starejših vedno bolj zapletene. *Kljub temu, da smo ugotovili, da so ekstrinzični motivatorji (plačilo, delovni pripomočki, lepe in urejene stavne) izgubili pomen pri zaposlenih, ima motivacija največji vpliv na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.*

Med ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti strokovnjaki predlagajo spremembo načina vodenja z uvedbo inspirativnega, ozaveščenega in situativnega vodenja.

Med strokovnjaki je zelo ozaveščena potreba po spoštovanju zaposlenih in njihovega doprinosa stanovalcu, sodelavcem in organizaciji.

Strokovnjaki v navajanju ukrepov za podaljšanje delovne sposobnosti izražajo tudi potrebo po znanju in izobraževanju zaposlenih na vseh nivojih organizacije.

S tem je podana podlaga za oblikovanje socialnogerontološkega modela podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Pri tem je potrebno, sestaviti elemente v pregleden, na znanstvenih dejstvih utemeljen, sistem vodenja v institucionalnem varstvu starejših v smislu znanstveno osnovanega upravljanja v institucionalnem varstvu starejših.



## **5.1 Predlogi za nadaljnje raziskovanje**

Čeprav smo v doktorski disertaciji odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja in izpolnili zastavljene cilje, je naše delo pustilo obilico odprtih vprašanj, ki bi lahko služila kot izhodišča za nadaljnje raziskovanje. Med njimi tako navajamo proučevanje možnosti implementacije socialnogerontološkega modela delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Potrebno bo tudi nadaljnje proučevanje dejavnikov, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih, predvsem v najbolj ranljivih starostnih skupinah posameznih poklicnih skupin. Raziskovanje v smislu predlaganega znanstveno utemeljenega vodenja v institucionalnem varstvu starejših bi bilo nujno potrebno za nadaljevanje zagotavljanja kakovosti oskrbe stanovalcev ter izboljšanje in vzdrževanje zdravja in zadovoljstva zaposleni

## 6 SEZNAM LITERATURE IN VIROV

1. Acceto, Bojan. 1987. *Starost in staranje. Osnove medicinske gerontologije*. Ljubljana. Cankarjeva založba.
2. Agronin, Marc E. 2014. "From Cicero to Cohen: Developmental Theories of Aging, From Antiquity to the Present." *The Gerontologist* 54 (1): 30–39.
3. Ahlstrom, Linda, Anna Grimby - Ekman, Mats Hagberg in Lotta Dellve. 2010. "The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health – a prospective study of women on long-term sick leave." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 36 (5): 404–412. Dostopno na: <http://www.jstor.org/stable/40967876> . (25. januarja 2018).
4. Alavinia, Seyed M., Tilja van den Berg, Cor van den Duivenbooden, Leo Elders in Alex Burdorf. 2009. „Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers.” v *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 35 (5): 325–333.
5. Alghazo, Ali M. in Meshal Al - Anazi. 2016. "The Impact of Leadership Style on Employee's Motivation." *International Journal of Economics and Business Administration* 2 (5): 37–44.
6. Ambrož, Milan in Lea - Marija Colarič - Jakše. 2015. "Pogled raziskovalca." Maribor. Mednarodna založba Oddelka za slovanske jezike in književnosti, Filozofska fakulteta, Univerza v Mariboru in Fakulteta za turizem, Univerza v Mariboru.
7. Andersen, Johan H., Jens P. Haahr in Poul Frost. 2007. "Risk factors for more severe regional musculoskeletal symptoms: A two-year prospective study of a general working population." *Arthritis & Rheumatism* 56 (4): 1355–1364.
8. Anderson, Mary. 1941. "Some health aspects of putting women to work in war industries." *Industrial Hygiene Foundation 7th Annual Meeting*. 1941.
9. Arif, Ahmed A. in George L. Delclos. 2011. "Association between cleaning-related chemicals and work-related asthma and asthma symptoms among healthcare professionals." *Occupational and environmental medicine* oem 2011. Dostopno na: <http://oem.bmj.com/content/early/2011/05/20/oem.2011.064865> (8. marca 2018).
10. Arnold, John, Cary L. Cooper in Ivan T. Robertson. 2016. "Work Psychology. Understanding human behaviour in the Workplace. 6th edition." Pitman Publishing.

11. Arnold, John, Iain Coyne, Ray Randel in Fiona Patterson. 2020. "Work Psychology. Understanding human behaviour in the Workplace. 'th edition." Harlow. Pearson Education Limited.
12. Aškerc, Anton. 1946. "Čaša nesmrnosti " v Zbrano delo I (Zbrana dela slovenskih pesnikov in pisateljev). Ljubljana. Državna založba Slovenije.
13. Baars, Jan. 2010."Philosophy of aging, time and finitude." Dostopno na: <http://hdl.handle.net/11439/243> (23. novembra 2018).
14. Bađun, Marijana. 2017. "Financiranje domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj." Dostopno na: <https://bib.irb.hr/datoteka/822265.1370-4538-1-PB.pdf>. (28. marca 2020).
15. Baird, Brendan M., Richard E. Lucas in M. Brent Donnellan. 2010. "Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies." v *Social indicators research* 99 (2): 183–203.
16. Baltes, Paul B. in Ulman Lindenberger. 1997. "Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: a new window to the study of cognitive aging?" v *Psychology and aging* 12 (1): 12.
17. Baltes, Paul B. in Karl Ulrich Mayer, eds. 2001. *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press.
18. Barak, Michalle E. Mor. 2016. "Managing Diversity." Los Angeles. SAGE Publications.
19. Barnett, Michael D., Kelly J. Martin in Caitlin J. Garza. 2019. "Satisfaction With Work–Family Balance Mediates the Relationship Between Workplace Social Support and Depression Among Hospice Nurses." v *Journal of Nursing Scholarship* 51 (2): 187–194.
20. Basaraba, Scharon. 2019. "A Guide to Longevity Throughout History, From the Prehistoric Onward." Dostopno na: <https://www.verywellhealth.com/longevity-throughout-history-2224054>. (10. junija 2019).
21. Bascour - Sanadoval, Claudio, Francisco Soto - Rodriguez, Claudio Munoz Poblete in Gabriel Nasri Marzuca - Nassr. 2020." Psychometric Properties of the Spanish Version of the Work Ability Index in Working Individuals." *Journal of Occupational Rehabilitation* 1–10.
22. Bass, Scott a. 2007. "The emergence of the golden age of social gerontology." *The Gerontologist* 43 (3): 408–412.
23. Bayattork, Mohammad, Markus D. Jakobsen, Emil Sendstrup, Foad Seidi, Hans Bay in Lars L. Andersen. 2018. "Musculoskeletal pain in multiple body sites and work ability in the general working population: cross-sectional study among 10,000 wage earners." *Scandinavian journal of pain* 19 (1): 131–137.

24. Bell, Graham. 1984. "Evolutionary and Nonevolutionary Theories of Senescence." v *The American Naturalist* 127 (4): 600–603.
25. Bengtson, Vern L. 2016. "How Theories of Ageing become Social: Emerge of the Sociology of Ageing." v *Handbook of Theories of Ageing*, ur. Vern L. Bengtson in Richard A. Settersten, Jr. 67–86. New York: Springer Publishing Company.
26. Bengtson, Vern L in Richard Settersten Jr. 2016. *Handbook of Theories of Ageing*. New York. Springer Publishing Company.
27. Bieling, Gisela, Ruth Maria Stock in Florian Dorozalla. 2015. "Coping with demographic change in job markets: How age diversity management contributes to organisational performance." *German Journal of Human Resource Management* 29 (1): 5–30.
28. Bille, Marie. 2009. "Age – Management – Konzepte für das Personalwesen." Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
29. Birren, James E. 1961. "A Brief History of the Psychology of Aging, Part II" v *The Gerontologist* 3 (1): 127–134.
30. Blafoss, Runi, Jessica K. Micheletti in Emil Sundstrup. 2019. "Is fatigue after work a barrier for leisure-time physical activity? Cross-sectional study among 10,000 adults from the general working population." *Scandinavian journal of public health* 47 (3): 383–391.
31. Bloxsome, Dianne, Sara Bayes in Deborah Ireson. 2020. "I love being a midwife; it's who I am": A Glaserian Grounded Theory Study of why midwives stay in midwifery." *Journal of Clinical Nursing*: 1–13.
32. Bor, Matej. 1964. *William Shakespeare Kralj Lear*. Ljubljana. Slovenska matica v Ljubljani.
33. Books, Candie, Leon Coody, Ryan Kauffman in Sam Abraham. 2017. "Night shift work and its health effects on nurses." *The health care manager* 36 (4): 347–353.
34. Bordignon, Maiara in Maria Inês Monteiro. 2019. "Predictors of nursing workers' intention to leave the work unit, health institution and profession." v *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 27
35. Boström, Maria. 2016. "Work ability in young adults." Gothenburg: University of Gothenburg.
36. Buch, Elane D. 2015. "Anthropology of Ageing and Care." v *The Annual Review of Anthropology* 44: 277–293.

37. Budge, Wallis E. A. 1967. *The Egyptian book of the Dead (The Papyrus of Ani) Egyptian Tex Transliteration and Translation*. New York. Dover Publikations.
38. Bundesgesetz über Gesundheits – und Krankenpflegeberufe. BGBl. I. Nr. 108/1997 (s poznejšimi spremembami in dopolnitvami).
39. Bundesministerium für Arbeit, soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. 2019." *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich.*" Wien. Ministerium für Arbeit, soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
40. Bundesministerium für Gesundheit. 2017. " *Beschäftigte in der Pflege.*" Dostopno na: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftegte.html>. (13. januarja 2018).
41. Burgess, Ernest W. 1960. " *Ageing in Western societies.*" Chicago. The University of Chicago press.
42. Buttler, Robert. N. 2005. "Forword" v *The Art of Living Long, Louis Cormaro*. New York: Springer Publishing Company.
43. Camerino, Donatella, Paul Maurice Conway, Beatrice Isabella Johanna Maria Van der Hijden, Madeleine Estryn - Behar, Dario Consonni, Dinag Gould in Hans Martin Hasselhorn. 2006. "Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries." *JAN* 56(5): 542–552. Dostopno na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04046.x/full> (8. marca 2018).
44. Campbell, Colin. 2019. "Sociology, a work in Progress?" v *Has sociology Progressed?* dostopno na: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-19978-4\\_9](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-19978-4_9). (1. maja 2020).
45. Cankar, Ivan. 1907." *Hlapec Jernej in njegova pravica.*" Ljubljana: L. Schwentner.
46. Capuder, Andrej. 1994. *Dante Alighieri Božanska komedija. Prevod.* Ljubljana: Mihelač.
47. Cetinkaya - Uslosoy, Esin, Eylen Pasli - Gürdogan in Ayse Aydinli. 2017. "Professional Values of Turkish nurses: A descriptive study." v *Nursing Ethics* 24 (4): 493–501.
48. Chaturvedi, Shakti, Irfan A. Rizvi in Enias Thomas Pasipanodya. 2019. "How can leaders make their followers to commit to the organization? The importance of influence tactics." v *Global Business Review* 20 (6): 1462–1474.

49. Chmielewski, Piotr. 2017. " Rethinking modern theories of ageing and their classification: The proximate mechanism and the ultimate explanations." v *Antropological Review* 80 (3): 259–272).
50. Clignet, Frans, Wim Houtjes, Annemieke van Straten, Pim Cuijpers in Berno van Meijel. 2018 "Unmet care needs, care provision and patient satisfaction in patients with a late life depression: a cross-sectional study." v *Aging & mental health*: 1–7.
51. Christensen, E. Hohwü in Ove Hansen. 1939. " III. Arbeitsfähigkeit und Ernährung." *Acta Physiologica* 81.1 (1939): 160–171.
52. Choi, Pin - Pin Sandy, Kin Cheung in Samantha Mei - Che Pang. 2013. "Attributes of nursing work environments as predictors of register nurses job satisfaction and intention of leave." v *Journal of Nursing Management* 21 (3): 429–439.
53. Cohen, Nicki S. 2014. "Music Therapy and Sociological Theories of Aging." v *Music Therapy Perspectives* 32 (1): 84–92.
54. Cole, James H., Riccardo E. Marroni, Sarah E. Harris in Ian J. Deary. 2018. "Brain age and other bodily 'ages': implications for neuropsychiatry." v *Molecular psychiatry* (2018). Dostopno na: <https://www.nature.com/articles/s41380-018-0098-1> (19. novembra 2018).
55. Collins, Noel. 2014. "A brief introduction to the Social theory of Ageing and Ageism." v *Old Age*.
56. Cox, Harald in Richard Newston. 1993. "History of Social Gerontology." v *Sociological Practise* 11 (1): 16–32.
57. Cummins, Josephine. 2000. *Attitudes to old age and ageing in medieval society. PhD Thesis*. Glasgow: University of Glasgow.
58. Čeledova Libuše, Karolina Babkova, Vladimir Rogalewicz in Rostislaw Čevela. 2014. »The Work Ability Index for persons aged 50 + as an instrument for implementing the concept of Age Management«. *Kontakt* 16 (4): 242–248. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.10.003> (7. marca 2018).
59. Černetič, Metod. 1997. " Poglavlja iz sociologije organizacij." Kranj. Moderna organizaicja.
60. D'Aquila, Patrizia, Dina Bellizzi in Giuseppe Passarino. 2018. "rRNA-gene methylation and biological aging." v *Aging (Albany NY)* 10 (1): 7–8.

61. Da Costa, João Pinto, Rui Vitorino, Gustavo M. Silva, Christine Vogel, Armando C. Duarte in Teresa Rocha - Santos. 2016. "A synopsis on ageing – Theories, mechanisms and future prospects." v *Ageing Research Reviews* 29: 90–112.
62. Dalkey, Norman in Olaf Helmer. 1963. "An experimental application of the Delphi method to the use of experts." *Management Science*, 9 (3): 458–467. Dostopno na: <http://socsci2.ucsd.edu/~aronatas/project/academic/delphi%20method%20of%20convergence.pdf> (junija 2017).
63. Dammayr, Maria. 2012 "Pflege zwischen Ökonomisierung und Professionalisierung – Das Beispiel der Alten und Langzeitpflege in Österreich." *Arbeit* 4: 263–277.
64. Derycke Hanne, Ele Clays, Peter Vlerick, William d'Hoore, Hans Martin Hasselhorn in Lutgart Braeckman. 2012. "percieved work ability and turnover intentions: a perspective study among Belgian Healthcare workers." V *Journal of Advanced Nursing* 68 (7): 1556–1566.
65. De Wind, Astrid, Goedele A Geuskens, Jan Fekke Ybema, Paulien M Bongers in Allard J Van Der Beek. 2015 "The Role of Ability, Motivation, and Opportunity to Work in the Transition from Work to Early Retirement – Testing and Optimizing the Early Retirement Model." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 41, 24–35. <http://www.jstor.org/stable/43188072>.
66. Dhaliwal, Kirnvir K. in Sandra P. Hirst. 2019. "Correctional nursing and transformational leadership." v *Nursing forum*. 54 (2): 192–197.
67. Dimovski, Vlado in Jana Žnideršič. 2007. "Ekonomski vidiki staranja prebivalstva v Sloveniji: Kako ublažiti posledice s pristopom aktivnega staranja." *Kakovostna starost* 10 (1): 132–135.
68. Dixon, Roger in Anna - Lisa Cohen. 2001. "The Psychology of Ageing: Canadian Research in an International Context." v *Canadian Journal on Aging/ La Revue Canadienne Du Vieillissement* 20 (1): 125–148.
69. Dixon, Roger. 2011. Enduring Theoretical themes in Psychological Aging: Derivation, Funtions, Perspectives, and Opportunities. V *Handbook of the psychology of Aging*, ur. Schaie K. Warner in Sherry L. Willis, 3–23. Amsterdam. Academic Press in an Imprint of Elsevier.
70. Dordoni, Paola, Sascha Kraus - Hoogeveen, Beatrice I. J. M. van der Heijden, Pascale Peters, Ileria Setti in Elena Fiabane. 2019. "Live to work or work to live? An age-moderated mediation model on the simultaneous mechanisms prompted by workaholism among healthcare professionals." v *Frontiers in psychology* 10: 868.

71. Dragan, Robert, Matjaž Erker in Brigita Vrabič Kek. 2018. Svetovni dan prebivalstva. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/7526>. (10. junija 2019).
72. Dragano, Nico. 2019. "Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Stress im Krankenhaussektor: Welchen Einfluss hat die politisch-ökonomische Ebene?" v *Arbeiten im Gesundheitswesen* : 464–450. ur. Angerer Peter in sod. Landsberg am Lech. Ecomed Medizin.
73. Edwards, William in John Werahika. 2010. *Taupaenuvi Maori Positive Ageing*. Palmerston North New Zeland. Massey University.
74. Ediev, Dalkhat M., Warren C. Sanderson in Sergei Scherbov. 2019. "The inverse relationship between life expectancy-induced changes in the old-age dependency ratio and the prospective old-age dependency ratio." v *Theoretical population biology* 125: 1–10.
75. Ehegartner, Veronika, Michaela Kirschnek, Dieter Frisch, Angela Schuh in Sandra Kus. 2019. "Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland – welche Präventionsbedarf hat das Pflegepersonal. Ergebnisse einer Expertenbefragung." v *Das Gesundheitswesen*. Dostopno na: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-0905-3007> (28. julija 2019).
76. Eichhorst, Werner, Verena Tobsch in Caroline Wehner. 2016. " *Neue Qualität der Arbeit? Zur Entwicklung von Arbeitskulturen und Fehlzeiten*." Bonn. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit.
77. Einstein, Albert in Nathan Rosen. 1935. "The particle problem in the general theory of relativity." V *Physical Review* 48 (1): 73–74.
78. Elbadry A. S. 2019. "Prevalence and Riskfactors Associated with Health Disorders among Hospital cleaning workers: a cross-sectional study." v *Egyptian Journal of Occupational Medicine* 43 (2): 204–214.
79. Elder, Glen H., Monica Kirkpatrick Johnson in Robert Crosnoe. 2003. "The emergence and development of life course theory." *Handbook of the life course*. Springer, Boston, MA, 2003. 3–19.
80. Eldridge, Leslie Kay. 2010. " *Baby boomers' needs and preferences for retirement housing: A phenomenological qualitative study*." Phoenix. University of Phoenix.
81. Elizur, Dov in Abraham Sagie. 1999. "Facet of Personal Values: A structural Analysis of Life and Work Values." V *Applied Psychology: An International Review* 48 (1): 73–87.



82. Ellis, Normandi. 1988. *Awakening Osiris: A New Translation of The Egyptian Book of the Dead*. Boston. Phanes Press.
83. Erpenbeck, John in Werner Sauter. 2013. "So werden wir lernen." Berlin Heidelberg. Springer - Verlag.
84. Evan, Jonathan B., Jerel E. Slaughter, Aleksander P. J Ellis in Jessi M. Rivin. 2019. "Gender and the evaluation of humor at work." v *Journal of Applied Psychology* 104 (8): 1077–1087.
85. European Commission. 2014. The European approach to demographic change. Dostopno na: [https://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy\\_reviews/kina26426enc.pdf](https://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy_reviews/kina26426enc.pdf) (8. marca 2018).
86. European Commission. 2018. *The 2018 Ageing Report. Economic & Budgetary Projections for the 28 Member States (2016–2070). Institutional Paper 079*. Brussels: Directorate – General for Economic and Financial Affairs.
87. European Commission Eurostat. 2019. *Old – age-dependency ratio*. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/4187653/8516136/IMG+graph+1+news+old+age+dependency.png/e0e2a6f1-9b17-4740-90a9-05b4dbc47ed7?t=1525341172454>. (9. julija 2019).
88. Eurostat 2016. "HEDIC Health Expenditures by diseases and Conditions." Luxemburg. Publications Office of the European Union.
89. Eurostat. 2017. "Population change – Demographic balance and crude rates at national level." Dostopno na: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo\\_gind&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en) (16. februarja 2018).
90. Evropska komisija, Evropska zveza za upravljanje v zdravstvu. 2015. "Zaposlovanje in zadrževanje zdravstvenih delavcev v Evropi. Povzetek." Luxembourg, Publications of the European Union. Dostopno na: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/2015\\_healthworkforce\\_recruitment\\_retention\\_exsum\\_sl.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/2015_healthworkforce_recruitment_retention_exsum_sl.pdf). (21. januarja 2018).
91. Fardy, Paul S., in Juhani Ilmarinen. 1975. "Evaluating the effects and feasibility of an at work stairclimbing intervention program for men." *Medicine and science in sports* 7.2 (1975): 91–93.
92. Faris, Rober E. L in William Form. 2019. "Sociology." Dostopno na: <https://www.britannica.com/topic/sociology>. (7. junija 2019).

93. Fasbender, Ulrike, Anne M. Wöhrmann, Mo Wang in Ute - Christine Klehe. 2019. "Is the future still open? The mediating role of occupational future time perspective in the effects of career adaptability and aging experience on late career planning." v *Journal of Vocational Behavior* 111: 24–38.
94. Fernandez del Rio, Lucia, Elena Guiterez - Casado, Alfonso Varela - Lopez in Hose M. Villalba. 2016. "Olive Oil and the Hallmarks of Ageing" v *Molecules* 21 (2): 163–193.
95. Ferri, Paola, Matteo Guadi, Luigi Marcheselli, Sara Baldezzi, Daniela Magnani in Roosaria di Lorenzo. 2016. "The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts." v *Risk management and healthcare policy* 9: 203.
96. Finch, Caleb E. 2010. "Evolution of the human lifespan and diseases of aging: roles of infection, inflammation, and nutrition." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 107 (1): 1718–1724.
97. Finch, Caleb E. 2012. "Evolution of the Human Lifespan, Past, Present and Future: Phases in the Evolution of Human Lifespan Expectacy in Relation to the Inflammatory Load." *Proceedings of the American Philosophical Society* 156 (1): 9–44.
98. Fleißel, Annemarie, Richard Peter, Enno Swart in Stefanie March. 2018. "Developing an Extended Model of the Relation between Work Motivation and Health as Affected by the Work Ability as Part of a Corporate Age Management Approach." v *International journal of environmental research and public health* 15 (4): 779.
99. Fleißel, Annemarie, Enno Swart in Stefanie March. 2018. "The Impact of Work Ability on Work Motivation and Health." v *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 60.5 (2018): e238–e244.
100. Flo, Elisabeth, Ståle Pallesen, Bente Elisabeth Moen, Siri Waagem in Bjørn Bjorvatn. "Short Rest Periods between Work Shifts Predict Sleep and Health Problems in Nurses at 1-year Follow-up." *Occupational and Environmental Medicine* 71, no. 8 (2014): 555–61. <http://www.jstor.org/stable/43869915>.
101. Franceschi, Claudio, et al. 2007. "Inflammaging and anti-inflammaging: a systemic perspective on aging and longevity emerged from studies in humans." v *Mechanisms of ageing and development* 128 (1): 92–105.
102. Frazier, Leslie D, Karen Hooker in Llenc C. Siegler. 1993. "Longitudinal Studies of aging in social and psychological gerontology." v *Reviews in Clinical Gerontology* (3): 415–426.

103. Gatz, Margaret in Margo - Lea Hurwicz. 1990. "Are old people more depressed? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale factors." *Psychology and aging* 5 (2): 284.
104. Gilleard, Chris. 2013. "Renaissance treatises on 'successful ageing'." *Ageing and Society* 33 (2): 189–215.
105. Glaser, Jürgen in Christian Seubert. 2018. "*Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung.*" Innsbruck. Universität Innsbruck, Institut für Psychologie.
106. Glise, K., Hadzibajramovic, E., Jonsdottir, I. H. in Ahlborg, G. 2010." Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of sickness absence among human service workers." *International archives of occupational and environmental health*, 83 (5): 511–520. Dostopno na: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00420-009-0490-x>. (8. marca 2018).
107. Goedhard, R. G., Goethard E. J. in Goethard W. J. A. 2011." Aspects of stress, shift work and work ability in relation to age" v *Proceedings of the 4<sup>th</sup> Symposium on Work Ability*. Dostopno na: [https://www.researchgate.net/profile/Roel\\_Schouteten/publication/254883803\\_The\\_Work\\_Ability\\_Index\\_as\\_screening\\_instrument\\_for\\_university\\_staff/links/0f317536b55aeddb15000000.pdf\\_\(3.februarja2018\)](https://www.researchgate.net/profile/Roel_Schouteten/publication/254883803_The_Work_Ability_Index_as_screening_instrument_for_university_staff/links/0f317536b55aeddb15000000.pdf_(3.februarja2018)).
108. Goldsmith, Theodore C. 2014. *Biological Aging Theory*. Crownsville MD. Azinet Press.
109. Gollwitzer, Peter M in Gabrielle Oettingen. 2015. "Motivation: History of the Concept." Dostopno na: [https://www.researchgate.net/publication/323838279\\_Motivation\\_History\\_of\\_the\\_Concept](https://www.researchgate.net/publication/323838279_Motivation_History_of_the_Concept) (21. decembra 2019).
110. Gorman Mark. 1999. "Development and the rights of older people." v *Randel J. idr. The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people*. London, Earthscan Publications Ltd.: 3–21.
111. Goudsblom, Johan in Johan Heibron. 2015. "Sociology, History of." Dostopno na: [https://www.researchgate.net/publication/323838519\\_Sociology\\_History\\_of/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/323838519_Sociology_History_of/citation/download). (7. junija 2019).

112. Gould, Raija, Juhani Ilmarinen, Jorma Järvisalo in Seppo Koskinen. 2008." Diversity of workability." v *Dimensions of Work Ability*. Helsinki. Finnish Center of Pension, The Social-Insurance Institution, National Public Health Institute in Finish Institute of Occupational Health.
113. Greß, Stefan in Klaus Stegmüller. 2019. " Vergütung von Pflegekräften in der Langzeitpflege." v *Pflegereport 2019*: 159–166.
114. Grmek, Mirko Dražen. 1958. " On Ageing and old age." *Monographiae Biologiae*, ur. F. S. Bodenheimer in W. W. Weisbach. Den Haag. Uitgeverij Dr. W. Junk.
115. Grossmann, Bernhard in Philip Schuster. 2017." *Lanzzeitpflege in Österreich: Determminanten der Staatlichen Kostenentwicklung*." Wien. Fiskalrat.
116. Gröning, Wolfgang, Kathrin Kromar in Nikole Konrad Hamburg in Hamburg BWG –Präventionsdienst. 2014. "Älter warden im Pflegeberuf." Hanburg, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Dostopno na: [https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-09-012\\_Aelter-werden-im-Pflegeberuf\\_Download.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-09-012_Aelter-werden-im-Pflegeberuf_Download.pdf?__blob=publicationFile). (2. februarja 2018).
117. Gurven, Michael in Hillard Kaplan. 2007. "Longevity among hunter-gatherers: a cross-cultural examination." *Population and Development review* 33 (2): 321–365.
118. Gustafsson Klas, Gunnar Bergström, Staffan Marklund, Emmanuel Aboagye in Constanze Leineweber. 2019. " Presenteeism as a predictor of disability pension: A prospective study among nursing professionals and care assistants in Sweden." *Journal of occupational Health* 61 (6): 453–463.
119. Habibi, Arash, Azan Sarafarazi in Sedigheh Izadyar.2014." Delphi Tehnique Theoretical Framework Qualitative." *International Journal of Engineering Sscience* 3 (4): 8–13.
120. Hafkesbrink, Joachim in Michael Krause. 2017. *Age – Management*. Freiburg – München – Stuttgart: Haufe Gruppe.
121. Hajar, Racher. 2015." History of Medicine Timeline." v *Heart Views* 16 (1): 43–45.
122. Hall, Stanley G. 1922." *Senescence: The Last Half of Life*." New York. D. Appletion & Co.
123. Hall, Edward T. 1984. "The Dance of Life. The Other Dimension of Time." New York. Anchor Books. A Divison of Random House. Inc.

124. Han, Kihye, Alison M. Trinkoff in Ayse p. Gureses. 2015. "Work-related factors, job satisfaction and intent to leave the current job among united state Nurses." v *Journal of clinical Nursing*. 24 (21–22): 3224–3232.
125. Harari, Yuval Noah. 2018. "*Eine kurze Geschichte der Menschheit*." München. Penguin Verlag.
126. Harris, Diana K. in William E. Cole. 1990. *Sociology of aging*. New York. Harper & Row.
127. Hasworth, Serena Bree in Melissa Lynn Cannon. 2015. "Social theories of aging: A review." *Disease-a-Month* 61. (11): 475–479.
128. Hasselhorn, Hans, Martin in Freude Gabriele. 2007. "Der *Work Ability Index* – ein Leitfaden." Dortmund, Berlin, Dresden, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
129. Hasselhorn, Hans Martin in Melanie Ebener. 2018. "The Differentiated Role of Health for Employment Participation Among Older Workers – A Discussion Based on the "lidA Conceptual Framework on Work, Age and Employment". *Erwerbsverlauf und sozialer Schutz in Europa*. Springer, Berlin, Heidelberg. 199–214.
130. Hayflick, Leonard. 2007. "Biological aging is no longer an unsolved problem." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1100 (1): 1–13.
131. Hawkins, Stephen. 1988 in 1996. "A Brief History of Time. From Big Bang to Black Holes." London. Penguin Random House UK.
132. Hedge, Jerry, W. in Walter C. Borman 2012. "Work and Ageing. Introduction" v *The Oxford Handbook of Work and Aging*, edited by: Jerry W. Hedge in Walter C. Borman, 3–8. Oxford: Oxford university Press.
133. Heggertveit - Aoudia, Sunniva. 2012. "Culture, Values and the Impact at Work." v *Diversity Journal*. Dostopno na: <https://www.diversityjournal.com/9823-culture-values-and-the-impact-at-work/>. (29. decembra 2019).
134. Helman, Cecil G. 2005. "Cultural aspects of time and ageing." *The EMBO Reports* 6: 54–58.
135. Heym, Robert. 1848. "*Maschinen oder Handarbeit? Ein Wort an die deutschen Arbeiter*." G. Ernesti, 1848.
136. Hodgson, Peter E. 2003. "Relativity and Religion: The Abuse of Einstein's Theory." *Zygon* 38 (2): 393–410.

137. Holden, Pat in Jenny Littlewood. 2016. " *Antropology and Nursing*." New York. Routledge.
138. Holederer, Alfons. 2016. " Betriebliche Gesundheitsförderung bei älteren Beschäftigten in Deutschland." *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49 (2): 132–137.
139. Holliday, Robin. 2009. "Aging is no longer an unsolved problem in biology." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1067 (1): 1–9.
140. Holtermann, Andreas, Marie B Jorgensen, Bibi Gram, Jeanette R Christensen, Kristian Overgaard in sod. " Worksite interventions for preventing physical deterioration among employees in job-groups with high physical work demands: Background, design and conceptual model of FINALE." Dostopno na: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-120>. (29. decembra 2019).
141. Hopsu, L., Leppänen, A., Ranta in R., & Louhevaara, V. 2005. " Perceived work ability and individual characteristics as predictors for early exit from working life in professional cleaners." *International congress series* 1280: 84–88. Dostopno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531513105002323>. (8. marca 2018).
142. Hornung, Julia. 2013. " *Vom Haus der Arbeitsfähigkeit zum 5 – Säulen Konzept*." Heilderberg, Springer - Verlag Berlin.
143. Höpflinger, François, Lucy Bayer - Oglesby in Andrea Zumbrunn. 2011. " *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: aktualisierte Szenarien für die Schweiz*." Bern. Huber.
144. Hvalič Touzer, Simona. 2010. " Dolgoživa družba." Dostopno na: <http://www.instantonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1031.html>. (10. julija 2019).
145. Ilmarinen, Juhani in Paul S. Fardy. 1977. "Physical activity intervention for males with high risk of coronary heart disease: A three-year follow-up." *Preventive medicine* 6.3 (1977): 416–425.
146. Ilmarinen, Juhani in Joseph Rutenfranz. 1980. "Occupationally induced stress, strain and peak loads as related to age." *Scandinavian journal of work, environment & health* (1980): 274–282.

147. Ilmarinen, Juhani in Kaija Tuomi. 1992. "Work Ability of Aging Workers." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 18: 8–10. Dostopno na: [www.jstor.org/stable/40966056](http://www.jstor.org/stable/40966056) (januarja 2017).
148. Ilmarinen, Juhani, Kaija Tuomi in Jorma Seitsamo. 2005. "New dimensions of work ability." *International congress series*. Vol. 1280. Elsevier. Dostopno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531513105001627> (26. maja 2018).
149. Ilmarinen, Juhani. 2007. "The Work Ability Index (WAI)." *Occupational Medicine* 57 (150). Dostopno na: <https://watermark.silverchair.com/kqm008.pdf?token> (26. maja 2018).
150. Ilmarinen, Juhani, Raija Gould, Aila Järvikoski in Norma Järvisalo. 2008. "Diversity of workability. Modelsof Work Ability and its promotion." v *Dimensions of Work Ability* 15–22. Ur. Goluld Raija, Juhani Ilmarinen Norma Järvisalo in Seppo Koskinen. Helsinki. Finnish Center of Pension, The Social-Insurance Institution, National Public Health Institute in Finish Institute of Occupational Health.
151. Ilmarinen, Juhani. 2009. "Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention" v *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 35 (1):1–5. Dostopno na: [http://www.jstor.org/stable/40967749?seq=4#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/40967749?seq=4#page_scan_tab_contents). (8. marca 2018).
152. Ilmarinen, Juhani. 2012. "Spodbujanje aktivnega staranja na delovnem mestu." Evropska agencija za varstvo in zdravje pri delu. Dostopno na: <https://osha.europa.eu> (23. julija 2019).
153. Ilmarinen, Juhani. 2019: "From Work Ability Research to Implementation." *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6720430/>. (26. decembra 2019).
154. Imperl, Franc. 2014. "Možne strategije razvoja domov za starejše" *Kakovostna starost* 17 (4). 3–22.
155. Iqbal N., Anwar S. in Haider N. 2015. "Effect of leadership style on employee performance." *Arabian Journal of Business and Management Review* 5.5: 1–6.
156. Iskra - Golec, Irena, Lawrence Smith, Ewa Wilczek - Ruzyczka, Patrycja Siemiginowska in Johanna VaTroba. 2017." Shift schedule, work-family relationships, marital communication, job satisfaction and health among transport service shift workers." v *International journal of occupational medicine and environmental health* 30 (1):122–131.

157. Jarcho, Saul. 1971. "Cicero's essay on old age." v *Bull N Y Acad Med* 47: 1440–1445.
158. Järvikoski, Aila, Kristina Härkäpää in Simo Mannila. 2001. "Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta [Multidimensional work ability concept and maintenance of work ability]. *Kuntoutus* (3): 3–11.
159. Jin, Kunlin. 2010. "Modern biological theories of aging." *Aging and disease* 1 (2): 72–74.
160. Jonsen, Karsten in Mustafa F. Özbilgin. 2014. "Models of Global Diversity Management." v *Diversity at Work: The Practice of Inclusion* ur. Ferdman, Bernardo in Barbara R. Deeva. San Francisco. John Wiley & Sons, Inc.
161. Jose, Nancy L. in Glenn E. Richardson. 1980. "Ageism:" *Journal of School Health* 50 (7): 419–421.
162. Joseph, Bobby in Merlyn Joseph. 2016. "The healthh of health care workers." v *Indian Journal of Occupational and Evironmental Medicine* 20 (2): 71–72.
163. Karl, Fred in Reinhard Schmitz - Scherzer. 1994. "*Soziale Gerontologie – Wissenschaft und Praxis.*" Kassel. Gesamthochschulbibliothek.
164. Kemerer, Douglas in Klaudia Cwiekala - Lewis. 2017. "Leading by walking around in long-term care and transitional care facilities." v *Nursing Management* 24 (3): 25–29.
165. Kirkwood, Thomas B. L. 2005. "Understanding the odd science of ageing." v *Cell* 120: 437–447.
166. Kikrwood, Thomas B. L. 2011. "On the Programmed/Non-Programmed Nature of ageing within the Life History." v *Current Biology* 21 (18): 701–707.
167. Kladnik, Rudolf. 1969. "*Osnove fizike za tehnike I del.*" Ljubljana. Državna založba Slovenije.
168. Klamer, Arjo. 2017. "About values." In *Doing the Right Thing: A Value Based Economy*, 47–74. London: Ubiquity Press, 2017. Dostopno na: [www.jstor.org/stable/j.ctv3t5r85.8](http://www.jstor.org/stable/j.ctv3t5r85.8). (21. decembra 2019).
169. Knape, Claudia, Andreas Teubner in Antje Jager. 2016. "Prozessoptimierung in der Langzeitpflege durch die Implementierung der stationären Tourenplanung im Bezug zur Entlastung von Pflegepersonal." *HeilberufeScience* 7 (4): 161–165.
170. Kornadt E. Anna, Peggy Voss, Helene H Fung in Thomas M. Hess. 2018 "A World of Difference? Domain-Specific Views on Ageing in China, the USA and Germany.« v *Psychology of Ageing* 33 (4): 595–606.



171. Kooij, Dorien TAM, Maria Tims in Ruth Kanfer. 2015. "Successful aging at work: The role of job crafting." *Aging workers and the employee-employer relationship*. Springer, Cham. 145–161.
172. Koolhaas, Wendy, Jac J. L., van der Klink, Michiel R. de Boer, Johan W. Groothoff, in Sandra Browner. 2014. "Chronic health conditions and work ability in the ageing workforce: the impact of work conditions, psychosocial factors and perceived health" *Int Arch Occup Environ Health* 87: 433. <https://doi.org/10.1007/s00420-013-0241-1>. (24. januarja 2018).
173. Kosi, Tanja, Bojan Nastav in Primož Dolenc. 2012. "Upravljanje raznolikosti v slovenskih in tujih podjetjih." Koper. Založba Univerze na Primorskem.
174. Kowal, Paul in Edward J Dowd. 2001. "Definition of an older Person. Proposed working definition of an older Person in Africa for the MDS Project." Geneva. World Health Organisation.
175. Köllner, Walter. 2015. "Psychisch krank in der Pflege-Psychische Belastungen durch dem Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation." Bonn: Friedrich - Ebert - Stiftung. Abteilung Wirtschafts – und Sozialpolitik. Dostopno na: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11244.pdf>. (22. januarja 2018).
176. Krapf, Eduardo Enrique. 1953. "On Ageing." v *Proceedings of the royal society of Medicine* 46 (11): 23–30.
177. Kries, Carl Gustav. 1845. "Ueber die Verhältnisse der Spinner und Weber in Schlesien und die Thätigkeit der Vereine zu ihrer Unterstützung." GP Aderholz, 1845.
178. Krisor, Susanna M. in Gerda M. Köster. 2016. "Diversity Management-Definition, Konzept und Verständnis im Human Resource Management." *Handbuch Diversity Kompetenz*. Springer, Wiesbaden, 2016. 89–104.
179. Kuhn, Thomas S. 1977. "Objectivity, value judgment, and theory choice." v *Arguing About Science*: 74–86.
180. Labbadia, Jonnatan in Richard I. Morimoto. 2015. "The Biology of Proteostasis in Ageing and Disease." v *Annual Review of Biochemistry* 84(1): 435-464.
181. Landau, Kurt, Margit Weißert - Horn, Angelika Presl in Regina Brauchler. 2016. "Active Age Management." v *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 66 (1): 75–91.
182. Lange, Jean in Sheila Grossman. 2006. "Theories of Aging." v *Gerontological Nursing competencies for care*, ur. Kirsten L. Mauk, 52. Boston, Toronto, London, Singapore: Jones and Bartlett Publishers.

183. Lamprianolu, Iasonas. 2012. "Determinations of early Retirement in the European Union." v *Journal of Transnational Management* 17 (2): 137–157.
184. Lehmann, Gunther in Alexander Szakáll. 1932. "Der Einfluß der Ultraviolettbestrahlung auf den Arbeitsstoffwechsel und die Arbeitsfähigkeit des Menschen." *Arbeitsphysiologie* 5 (3): 278–341.
185. Leichsenring, Kai, Katharine Schulmann, Katrin Gasior in Michael Fuchs. 2015. "Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege." Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Wien. Dostopno na: [https://www.arbeiterkammer.at/infopool/wien/Gute\\_Pflege\\_August\\_2015.pdf](https://www.arbeiterkammer.at/infopool/wien/Gute_Pflege_August_2015.pdf). (29. decembra 2019).
186. Ličen, Sabina (2016): *Identifikacija, opredelitev in presoja možnosti vpeljave univerzalnih poklicnih kompetenc medicinskih sester v stroko zdravstvene nege v Sloveniji*. Doktorska disertacija. Koper: UP PEF.
187. Lindenberger, Ulman in Paul B. Baltes. 1997. "Intellectual functioning in old and very old age: cross-sectional results from the Berlin Aging Study." V *Psychology and aging* 12 (3): 410.
188. Linstone, Harold A. in Murray Turoff. 2002. "The *Delphi Method. Techniques and Applications*." Portland, New Jersey: Murray Turoff and Harold A. Linstone.
189. López - Otín, Maria A. Blasco, Linda Partridge, Manuel Serano in Guido Kroemer. 2013. "The hallmarks of aging." *Cell* 153 (6): 1194–1217.
190. Mali, Jana. 2012. "Uvajanje dezinstucionalizacije na področje oskrbe starih ljudi." v *Časopis za kritiko znanosti* 40: 86–94.
191. Margaria, Rodolfo. 1929. "Die Arbeitsfähigkeit des Menschen bei vermindertem Luftdruck." *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology* 2.3 (1929): 261–272.
192. Marschak, M. E. 1933. "Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der aktiven Erholung auf die Arbeitsfähigkeit des Menschen." *Arbeitsphysiologie* 6.6 (1933): 664–680.
193. Martus, Peter, Olga Jakob, Uwe Rose in Gabriele Freude. 2010. "A Comparative analysis of the Work Ability Index." *Occupational Medicine* 60(7): 517–524. Dostopno na: [https://www.researchgate.net/publication/44698157\\_A\\_comparative\\_analysis\\_of\\_the\\_Work\\_Ability\\_Index](https://www.researchgate.net/publication/44698157_A_comparative_analysis_of_the_Work_Ability_Index) (26. maja 2018).

194. Mc Gitton, Katherine S., Veronique M. Boscart, Maryanne Brown in Barbara Bowers. 2014. "Making tradeoffs. Between the reasons to leave and resources to stay employed in long-term care homes." v *Perspectives of licensed nursing staff* 51 (6): 917–926.
195. McKee, Patrick in Clifton Barber. 2004. "Plato's Theory of Aging." *Journal of Aging and Identity* 6 (2): 93–104.
196. McPhee, Jamie S., David P. French, Dean Jackson, James Nazroo, Keil Pendleton in Hans Degens. 2016. "Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty." V *Bio gerontology* 17 (3): 567–580.
197. Medvedev, Zhores, A.1990. "An attempt at a rational classification of theories of ageing" *Biological Reviews* 65: 375–398. DOI: 10.1111/j.1469–185x.1990.tb01428.x.
198. Mehra, Srishty in Karan Sharma. 2018. "Diversity Management: A New Perspective" *Management techniques for a Diverse and Cross-Cultural Workforce*, edited by: Sharma, Naman, Singh Vinod Kumar, Pathak Swati. IGI Global.
199. Men, Linjuan Rita in Don W. Stacks. 2013. "The impact of leadership style and employee empowerment on perceived organizational reputation." *Journal of Communication Management* 17 (2): 171–192.
200. Mifsud, Godwin. 2018. "Presenting the EC/EPC – AWG expenditure projections on health care & the joint health care policy analysis for ensuring long-term fiscal sustainability. Paris. OECD Workshop.
201. Mishra, Shanti Bhushan in Shachi Alok. 2017. "*Handbook of research methodology*." New Delhi: Educreation Publishing.
202. Mitchell, Rebecca in Brendan Boyle. 2019. "Inspirational leadership, positive mood, and team innovation: A moderated mediation investigation into the pivotal role of professional salience." v *Human Resource Management* 58 (3): 269–283.
203. Moog, Peter Ferdinand in Daniel Schäfer. 2008. "Joannes Stobaios, "On Old Age": An Important Source for the History of Gerontology." v *Journal of American Geriatrics Society* 56 (2): 354–358.
204. Možina, Stane, Rudi Rozman, Miroslav Glas, Mitja Tavčar, Danijel Pučko, Janko Kralj, Štefan Ivanko, Bogdan Lipičnik, Jože Gričar, Metka Tekavčič, Vlado Dimovski in Bogomir Kovač. 2002. "*Management nova znanja za uspeh*." Radovoljica. Didakta.
205. Murayama Kou. 2018. "The science of Motivation. Multidisciplinary approaches advance research on the nature and effects of motivation." Dostopno na:

- <https://www.apa.org/science/about/psa/2018/06/motivation/2018/06/motivation>. (21. decembra 2019).
206. Musek, Lešnik Kristijan in Petera Lešnik - Musek. 2014. "Kakšne vrste vrednot obstajajo?". Dostopno na: [http://www.ipsos.si/VodenjeVIZ\\_VI\\_vrste\\_vrednot.html](http://www.ipsos.si/VodenjeVIZ_VI_vrste_vrednot.html) (21. decembra 2019).
207. Müller, Beatrice, Pat Armstrong in Ruth Lowendes. 2017. "*Cleaning and Caring: Contributions in Long-term Residential Care.*" Dostopno na: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12126-017-9290-x#citeas> (22. januarja 2018).
208. Naegele, Gerhard in Alan Walker. 2006. "*A Guide to good practice in age management.*" Dublin. European Foundation for the Improvement of living and working conditions.
209. Nagode, Mateja, Eva Zver, Stane Marn, Anita Jacovič in Davor Dominkuš. 2014. "*Dolgotrajna oskrba – uporaba mednarodne definicije v Sloveniji.*" Ljubljana. Urad za makroekonomske analize in razvoj.
210. Neff, Walter S. 2017. "*Work & Human Behavior.*" London in New York. Routledge Taylor & Francis Group.
211. Nicolson, Garth L. 2014. "Mitochondrial Dysfunction and Chronic Disease: Treatment with Natural Supplements." v *IMCJ Integrative Medicine: A Clinician's Journal* 13(4):35 – 43.
212. OECD. 2005. "Early Retirement." Dostopno na: <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=5331>. (4. aprila 2020).
213. Okello, Dickson RO in Lucy Gilson. 2015. "Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review." *Human resources for health* 13 (1): 16.
214. Oliv, Stefan, Adnan Noor, Ewa Gustafsson in Mats Hagberg. 2017. "*A Lower Level of Physically Demanding Work Is Associated with Excellent Work Ability in Men and Women with Neck Pain in Different Age Groups.*" Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.03.004> (24. januarja 2018).
215. Olsen, Espen, Gunhild Bjaalid in Aslaug Mikkelsen. 2017. "Work climate and the mediating role of workplace bullying related to job performance, job satisfaction, and work ability: A study among hospital nurses." *Journal of advanced nursing* 73 (11): 2709–2719. DOI: 10.1111/jan.13337.

216. Özbilgin, Mustafa F. in Ahu Tatli. 2008: "Global Diversity Management. An Evidence-Based Approach." Haundmills. Palgrave MacMillan.
217. Pak, Karen, Darien T. A. M. Kooij, Annet H. De Lange in Mark J. P. M Van Veldhoven. 2019. "Human Resource Management and the ability, motivation and opportunity to continue working: A review of quantitative studies." v *Human Resource Management Review* 29 (3): 336–352.
218. Pakdel, Behnaz. 2013. "The historical Context of Motivation and Analysis Theories Individual Motivation." *International Journal of Humanities and Social Science* 18 (3): 240–247.
219. Palajsa, Ivana. 2009. "Ep o Gilgamešu" v *E-Bilten kulturnega društva Nova Akropola* 33. Dostopno na: <https://akropola.org/ep-o-gilgamesu/>. (13. novembra 2018).
220. Partridge, Linda. 2001. "Evolutionary theories of ageing applied to long-lived organisms." v *Experimental gerontology* 36 (4–6): 641–650.
221. Pečjak, Vid. 1998. *Psihologija tretjega življenjskega obdobja*. Bled, Ljubljana. Samozaložba, Znanstveni inštitut filozofske fakultete univerze.
222. Pedersen, Jorgen Bruun. 2009. "The psychological Process of Ageing. What does it mean to get old?" *Nordic Journal of Psychiatry* 47 (28): 49–51).
223. Piccinin, Andrea in Jamie Knight. 2017. "History of Longitudinal Studies of Psychological Ageing." V *Encyclopedia of Geropsychology*, ur. Nancy A. Pachane. Singapore. Springer.
224. Planko, Sergeja, Bojana Drev in Suzana Duralija. 2017." *Katalog ukrepov za učinkovito upravljanje starejših zaposlenih*." Ljubljana: Javni štipendijski, razvojni, invalidski in preživninski sklad Republike Slovenije.
225. Pohlmann, Stefan. 2011. "Sozialgerontologie." München. Ernst Reinhardt Verlag.
226. Poljšak, Borut in Tomaž Lampe. 2011. "Proces staranja: vzroki, posledice in ukrepi." v *Posvetovanje Aktivno in zdravo satranje*: 1–6. Ljubljana.
227. Popli, Sapna in Irfan A. Rizvi. 2016. "Drivers of employee engagement: The role of leadership style." *Global Business Review* 17 (4): 965–979.
228. Požarnik, Hubert. 1981. "Umetnost staranja: leta, predsodki in dejstva." Ljubljana: Cankarjeva založba.
229. Prakash K. C. Jodi Aockmann, Clas - Hakan Nygard, Anna Siukola, Kirsi Lumnie - Sanat, Pirjo Nikander in Subas Neupane. 2019. "Intention to retire in Employees over 50 Years. What is the Role of Work ability and Work Life Satisfaction." *Enviromental*

- Research and Public Health* 16 (14). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6678099/>. (4. april 2020).
230. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS 54/2019)
231. Pravilnik o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih uslug (Narodne novine 157/13).
232. Principi, Andrea, Paolo Fabbietti in Giovanni Lamura. 2015. "Perceived Qualities of older workers in age management in companies." v *Personal Review* 44 (5): 801–820.
233. Prümper, Jochen in Matthias Becker. 2011. "Freundliches und respektvolles Führungsverhalten und die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten." v *Fehlzeiten-Report 2011*. Berlin, Heidelberg. Springer.
234. Quetelet, Lambert - Adolf Jacques. 1842. "A Treatise on Man and the Development of his faculties." Dostopno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.1550-8528.1994.tb00047.x> (9. decembra 2018).
235. Rajput, Nilesh. 2016. "Cosmetics Market by Category (Skin & Sun Care Products, Hair Care Products, Deodorants, Makeup & Color Cosmetics, Fragrances) and by Distribution Channel (General departmental store, Supermarkets, Drug stores, Brand outlets) — Global Opportunity Analysis and Industry Forecast, 2014–2022." Dostopno na: <https://www.alliedmarketresearch.com/cosmetics-market>. (14. novembra 2018).
236. Ramli Suhaili, Nur. 2015. "Immigrant Entrepreneurs on the World's Global Brands in the Cosmetics Industry" v *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 195: 113–122.
237. Ramovš, Jože. 2015. "Deinstitucionalizacija dolgotrajne oskrbe." v *Kakovostna starost* 18 (3): 3–25.
238. Ratner, Bruce. 2011. "The Correlation Coefficient." Dostopno na: <http://www.dmstat1.com/res/TheCorrelationCoefficientDefined.html>. (22. novembra 2019).
239. Rattan, Suresh IS. 2006. "Theories of biological aging: genes, proteins, and free radicals." *Free radical research* 40 (12): 1230–1238.
240. Reclam, Karl. 1876. "Das Buch der vernünftigen Lebensweise: eine populäre Hygiene zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit." Winter, 1876.
241. Reeuwijk, Kerstin, Susan J. W. Robroek, Maurice A. J. Nissen, Roderik A. Kraaijenhagen, Yvonne Vergauwe in Alex Burdorf. 2015. "The Prognostic Value of the Work Ability Index for sickness Absence among Office Workers." Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446207/>. (24. julija 2019).

242. Republika Slovenija Ministrstvo za zdravje. 2016. "Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji. Povzetek in ključne ugotovitve." Dostopno na: [https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Analiza-zdravstvenega-sistema-v-Sloveniji/SLO\\_-\\_analiza\\_ZS\\_povzetek\\_in\\_kljucne\\_ugotovitve\\_lectorirana\\_verzija.pdf](https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Analiza-zdravstvenega-sistema-v-Sloveniji/SLO_-_analiza_ZS_povzetek_in_kljucne_ugotovitve_lectorirana_verzija.pdf). (28. marca 2020).
243. Republika Slovenija Ministrstvo za zdravje. 2017. "Zakon o dolgotrajni oskrbi". Dostopno na: <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=7885>. (29. marca 2020).
244. Republika Slovenija Ministrstvo za zdravje. 2019. "Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev zdravstvene nege." Dostopno na: [https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/dokument\\_kpa\\_vzbn\\_16\\_5\\_2019\\_sprejete.pdf](https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/dokument_kpa_vzbn_16_5_2019_sprejete.pdf). (28. marca 2020).
245. Rhéaumen, Ann in Jane Mullen. 2018. "The impact of long work hours and shift work on cognitive errors in nurses." *Journal of nursing management* 26 (1): 26–32.
246. Ritch, Alistair. 2015. "The Eldery and the Workhaus." Dostopno na: <https://www.bgs.org.uk/resources/the-elderly-and-the-workhouse>. (14. julija 2019).
247. Robroek JW, Susan, Merel Schuring, Simone Croezen, Mikael Stattin in Alex Burdorf. 2013. "Poor health, unhealthy behaviors, and unfavorable work characteristics influence pathways of exit from paid employment among older workers in Europe: a four-year follow-up study." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 39 (2):125–133. Dostopno na: [http://www.jstor.org/stable/23558244?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/23558244?seq=1#page_scan_tab_contents). (8. marca 2018).
248. Rozman, Rudi. 2002. "Pojmovanje in razvoj Managementa." v *Management nova znanja za uspeh*, uredil Stane Možina. Radovoljica. Didakta.
249. Rychen Dominique Simone in Laura Hersch Salganik. 2000. "Definition and Selection of Key Competencies." Dostopno na: <https://pdfs.semanticscholar.org/0e68/bea4cdad0c35fad9c3fee9e586e2bba61204.pdf> (21. decembra 2019).
250. Ruben, Marx. 1908. "Das Problem der Lebensdauer und seine Beziehungen zu Wachstum und Ernährung." Dostopno na: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-663-04242-6\\_4#citeas](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-663-04242-6_4#citeas) (26. novembra 2018).

251. Sacher, Georg A. 1980. "Theory of Gerontology". V *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, ur. Karl Eisdorfer, 3–25. New York: Springer publishing Company.
252. Saito, Jumiko, Ayumi Igarashi, Maiko Noguchi - Watanabe, Yukoni Takai in Noriko Jamamoto - Mitani. 2018. "Work values and their association with burnout/ work engagement among nurses in long-term care hospitals." *Journal of nursing management* 26 (4): 393–402.
253. Sandole, Dennis JD. 2013. "Extending the reach of Basic Human Needs: a comprehensive theory for the twenty-first century." v *Conflict Resolution and Human Needs*: 39–57.
254. Schäfer, Daniel. 2002. "That senescence itself is an illness«: A transitional medical concept of age and ageing in the eighteenth century." *Medical history* 46 (4): 525–548.
255. Schroots, Jaohannes J. F. 1996. "Theoretical Development in the Psychology of Aging." v *Gerontologist* 36 (7): 742–748.
256. Schroots, Johannes J. F. 2007. Theories of Aging: Psychology. V *Encyclopedia of gerontology*: 611–620. Dostopno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0123708702001876> (12. decembra 2018).
257. Sekayi, Dia in Arleen Kenedy. 2017. "Qualitative Delphi Method." A Four Round Process with a worked Example." *The Qualitative Report* 22 (10): 2755–2763.
258. Silva, Alberto. 2016. "What is Leadership?". *Journal of Business Studies Quarterly* 8 (1): 1–5.
259. Silva, Isabel S. in Jose keating. 2016. "Shift work: Impact on sleep, family and social life, and satisfaction with work schedule." Dostopno na: [https://www.researchgate.net/publication/313405797\\_Shift\\_work\\_Impact\\_on\\_sleep\\_family\\_and\\_social\\_life\\_and\\_satisfaction\\_with\\_work\\_schedule](https://www.researchgate.net/publication/313405797_Shift_work_Impact_on_sleep_family_and_social_life_and_satisfaction_with_work_schedule). (1. januarja 2020).
260. Silvestre, Josephine H. Barbara J. Bowers in Sue Gaard. 2015. Dostopno na: [https://www.ncsbn.org/longterm\\_silvestre\\_2015.pdf](https://www.ncsbn.org/longterm_silvestre_2015.pdf). (2. januarja 2020).
261. Skela - Savič, Brigita in Alice Kiger. 2015. "Self-assessment of clinical nurse mentors as dimensions of professional development and the capability of developing ethical values at nursing students: A correlational research study." v *Nurse education today* 35 (10): 1044–1051.
262. Smyth, Jasmin, Sabrina Winona Pit in Vibeke Hansen. 2018. "Can the work ability model provide a useful explanatory framework to understand sustainable employability



- amongst general practitioners: a qualitative study." v *Human resources for health* 16 (1): 32.
263. Smolej, Simona, Mateja Nagode in Anita Jacovič. 2016. "Analiza kadra v dolgotrajni oskrbi." Ljubljana. Inštitut RS za socialno varstvo.
264. Sonntag, Karheinz in Niclas Schaper. 2016. "Berufliche Handlungskompetenz fordern. Wissens – und Verhaltens – basierte Verfahren." v *Personalentwicklung in Organisationen*: 369 – 411. Hogrefe Verlag GmbH & Co KG. Göttingen.
265. Sorić, Maša, Rajna Golubić, Milan Milošević, Karin Juras in Jadranka Mustajbegović. 2013. "Shiftwork, Quality of Life and Work Ability among Croatian Hospital Nurses" *Collegium antropologicum* 37 (2): 379–384.
266. Spasova, Slalvina, Rita Baeten, Stephanie Coster, Dalila Ghailani, Ramon Pena - Casas in Bart Vanhercke. 2018. "Challenges in long-term care in Europe A Study of national policies." Brussels. Europea Commission.
267. Statistic Austria. 2019. "Verteilung der betreuten Perosnen bzw.gepflegetn Perosnen in Österreich nach Dienstleitungsbereich und Geschlecht im Jahr 2018". Dostopno na: [https://www.statistik.at/web\\_de/presse/122290.html](https://www.statistik.at/web_de/presse/122290.html). (29.marca 2019).
268. Statistični urad Republike Slovenije. 2011. "Standardna klasifikacija poklicev 2008 Metodološka pojasnila SKP-08. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
269. Steptoe, Andrew, Angus Deaton in Arthur A. Stone. 2015 "Subjective wellbeing, health, and ageing." V *The Lancet* 385 (9968): 640–648.
270. Strehler, Bernhard L. 1977. *Time, Cells, and Ageing*. New York, San Francisko London. Academic Press.
271. Stričević, Jadranka, Zvone Balantič, Zmago Turk, Dušan Čelan, Barbara Kegl in Majda Pajnkihar. 2012. "Dejavniki tveganja za pojav bolečine v vratnem in ledvenem predelu hrbtenice pri negovalnem osebju v bolnišnici." v *Obzornik zdravstvene nege* 46 (3): 195–207.
272. Suitor, Jill, Megan Gilligan, Marissa Rurka in Gulcin Con. 2019 "Social Gerontology Theories: Past, present and Future." v *Oxford Reseach Encyclopedia of Psychology*. Dostopno na: <https://oxfordre.com/psychology/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-335>. (12. julija 2019).
273. Symons Douglas K. 2011. "Psychological Age." v Goldstein S., Naglieri J. A. (urd.) *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. Boston. Springer.
274. Šuster Erjavec, Hana in Laura Južnik Rotar. 2012. "Analiza podatkov s SPSS."

Celje. Fakulteta za komercialne in poslovne vede.

275. Taylor, Rebecca, Laura Conway, Lisa Calderwood, Carli Wessof, Hayley Cheshire, Kate Cox in Shaun Scholes. 2007." *Health, wealth and lifestyles of the older population in England: The 2002 English Longitudinal Study of Ageing Technical Report.*" London: Institute of Fiscal Studies.
276. Tempel, Jürgen in Ilmarinen Juhani. 2015." *Arbeitsleben 2025 Das Haus der Arbeitsfähigkeit in Unternehmen bauen.*" Hamburg, Marianne Gisert, VSA: Verlag Hamburg.
277. Theofanidis, Dimitrios in Despina Sapoutzi - Krepia. 2015. "Nursing and Caring: An Historical Overview from Antient Greek Tradition to Modern Times." v *International Journal of Caring Science* 8 (3): 791–800.
278. Thorpe, Anna. 2014. " International Longitudinal Studies into Ageing." V *Attitudes to Ageing: Relationships to Health Behaviors in Midlife.* Christchurch. University of Otago Christchurch. Dostopno na: <https://www.otago.ac.nz/christchurch/OTAGO082729>. (14. december 2018).
279. Tibbits, Clark. 1963. "Introduction, social gerontology: origin, scope and trends" v *Unesco International social science Journal* XV (3):339–447.
280. Tornstam, Lars. 1997. "Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging." v *Journal of aging studies* 11. (2): 143–154.
281. Townsend, Peter. 1981." The Structure Dependency of the Elderly: A Creation of Social Policy in the Twentieth Century." *Ageing and Society* 1 (1): 5–28.
282. Treier, Michael. 2015." *Betriebliches Arbeitsfähigkeitsmanagement.*" Wiesbaden. Springer.
283. Trindade, Lucas S.Toshiro Aigaki, Alexander A Peixoto, Alex Baldwin, Ivana B. Manica de Cruz in Jonathan G. Heddle. 2013." A Novel Classification system for evolutionary aging Theories." v *Frontiers of Genetics* 4 (25): 1–8.
284. Trummern, Bryan S. 1989. "Ageing, Status Politics and Sociological Theory." v *The British Journal of Sociology* 40 (4): 588–606.
285. Tummers, Lars, Sandra M. Groeneveld in Marcel Lankhaar. 2013." Why are nurses intent to leave their organisations? A large scale analysisi in long-term care." v *Journal of Advanced Nursing* 69 (12): 2826–2838.
286. Ueda, Yutaka in Joko Ohzono. 2012. "Effect of Work Values on Wovrk aotcomes: Investigating Differences between Job categories. Dostopno na: <https://www.semanticscholar.org/paper/Effect-of-Work-Values-on-Work->

- Outcomes%3A-Differences-Ueda-Ohzono/7aa2fcdad06ec480ee7ab715976571918b392819 (2. januarja 2020).
287. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2017. *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP/248.
288. Utharman, Thendral, Chua Tse Lert in Ang Shin Yuh. 2016. "Older nurses: A literature review on challenges, factors in early retirement and workforce retention" *Proceedings of Singapore Healthcare* 25 (1): 50–55. Dostopno na: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2010105815610138>. (22. januarja 2018).
289. Van den Berg, Tiljs, Leo Elders, Bart De Zwart in Alex Burdorf. 2008. "The Effects of work-related and individual factors of the work ability index: A systematic review." Dostopno na: <http://oem.bmj.com/content/early/2008/11/18/oem.2008.039883.short>. (15. aprila 2016).
290. Van der Berg, Sophie, Alex Burdorf in Susan, J. W. Robroek. 2017. "Associations between common diseases and work ability and sick leave among health care workers" *S. J. Int Arch Occup Environ Health* 90: 685–693. Dostopno na: <https://doi.org/10.1007/s00420-017-1231-1> (23. januarja 2018).
291. Vasle, Boštjan, Alenka Kajzer, Leila Fajčić, Tanja Čelebič, Barbara Ferik, Janja Pečar, Mitja Perko in Eva Zver. 2016. "Demografske spremembe ter njihove ekonomske in socialne posledice." Ljubljana. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.
292. Vermaak, Christel, Gina Görgens – Ekermans in Cecile Nieuwenhuize. 2017. "Shift work, emotional labour and psychological well-being of nursing staff." *Management: journal of contemporary management issues* 22 (2): 35–48.
293. Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung über die Personalausstattung in Pflegeheimen Nr. 299/2017 (s poznejšimi spremembami in dopolnitvami).
294. Vina, Jose, Consuelo Boras in Miquel Jaime. 2007. "Theories of Ageing" *IUBM life* 59(4–5): 249–254. Dostopno na: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/15216540601178067/epdf\\_\\_](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/15216540601178067/epdf__) (10. februarja 2017).
295. Virtanen, Marianna, Oksanen Tuula, Pentti Jaana, Ervasti Jenni, Head Jenny, Stenholm Sari, Vahtera Jussi in Kivimäki Mika. 2017. "Occupational class and working beyond the retirement age: a cohort study" *Scand J Work Environ Health*. 2017; 43(5):426–435. doi:10.5271/sjweh.3645.

296. Vlada Republike Slovenije. 2017. "Strategija dolgožive družbe." Ljubljana. Ministrstvo za delo, družino in enake možnosti, Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.
297. Wacker, John G. 1998. "A definition of theory: research guidelines for different theory-building research methods in operations management." v *Journal of operations management* 16 (4): 361–385.
298. Wahidin, Azrini in Jason Powell. 2004. "The Loss of Aging Identity: Social Theory, Old Age, and the Power of Special Hospitals." *Journal of Aging and Identity* 6 (1): 31–48.
299. Walker, Alan. 2005. "The emerge of age management in Europe." v *International Journal of Organisational Behaviour* 10(1): 685–697.
300. Walker, Tom. 2018. "Taking a Systems Approach to Chronic Illness in Old Age." *Hastings Center Report* 48: 37–40.
301. Watson D., Sidney. 2012. "From Almshouses to Nursing Homes and Community Care: Lessons from Medicaid's History." v *Georgia State University Law Review* 26 (3): 937–969.
302. Weale, Victoria P., Yvonne Wells in Jodi Oakman. 2019. "The relationship between workplace characteristics and work ability in residential aged care: What is the role of work–life interaction?" v *Journal of advanced nursing* 25 (7): 1427–1438.
303. Weinert, Franz E. 1994. "Altern in psychologischer Perspektive." v *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie*. ur. Paul Baltes, Jürgen Mittelstraß in Ursula M. Staudinger, 180–203. Berlin/New York.
304. Weinert, Franz. 2001. Concept of competence: a conceptual clarification. Rychen, D. S. in Salganik, L. H. (ur.): *Defining and Selecting Key Competencies* (str. 45–56). Wash: Hogrefe and Huber Publishers.
305. Weintraub, Michael. 2000. "Changing definitions." v *Current Therapeutic Research* 61 (1).
306. Wermel, Michael T. in Selma Gelbaum. 1945. "Work and retirement in old age." *American Journal of Sociology* 51 (1):16–21.
307. Wernher, Iris in Martin S. Lipsky. 2015. "Psychological theories of aging." v *Disease-a-Month* 61(11): 480–488.
308. Westerhof, Gerben, Martina Miche, Allyson F. Brother, Anne E. Barret, Manfred Diehl, Joan M. Montepare, Hans - Werner Wahl in Susanne Wurm. 2014. The influence

- of subjective aging on health and longevity: A meta-analysis of longitudinal data." *Psychology and Aging* 29 (4): 793–802.
309. Wiberg, Egon. 1967. "Anorganska kemija." Zagreb. Školska knjiga.
310. Wiesmann, August. 1881. "Über der Dauer des Lebens." Salzburg. Versammels deutscher Naturforscher und Ärzten.
311. Williams, Mark. E. 2017. "Growing old in Acienc Cultures." Dostopno na: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-art-and-science-aging-well/201703/growing-old-in-ancient-cultures>. (19. julija 2019).
312. Willits, Fern K., Gene L Theodori in A. E. Luloff. 2016. "Another Look at Likert Scales." *Journal of Rural Socila Sciences* 31 (3): 126–139.
313. Winston, Bruce E. in Kathleen Patterson. 2006. "An Interaktive Definition of Leadership." *V International Journal of Leadership studies* 1 (2): 6–66.
314. Witkowski, Stanislav A. in Bogna Bartosz. 2017. "Psychological and organizational aspects of age management in organizations." *Management* 21 (1): 81–94.
315. World Health Organization. 2013. "Definition of an older or elderly Person." Dostopno na: [https://www.scribd.com/document/190077600/WHO-Definition-of-an-Older-or-Elderly-Person?doc\\_id=190077600&download=true&order=453510887](https://www.scribd.com/document/190077600/WHO-Definition-of-an-Older-or-Elderly-Person?doc_id=190077600&download=true&order=453510887) (15. novembra 2018).
316. Wurm, Susanne, Maya Wiest in Clemens - Tesch Roemer. 2010. "Theorien zu Alter (n) und Gesundheit." v *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 53 (5): 498–503.
317. Zacher, Hannes. 2015 "Successful aging at work." *Work, aging and retirement* 1 (1): 4–25.
318. Zakon o sestristvu. NN 121/2003.
319. Zboril-Benson, Leona R. 2016. "Why Nurses are Callin in sick: The Impactt of Heath – Care Restructuring." v *Canadian Journal of Nursing Research Arhive* 33(4): 89–104.
320. Zupančič, Oton. 1961. *William Shakespeare, Hamlet prevod*. Ljubljana. Mladinska knjiga.

## **PRILOGE**

### **Priloga A: Seznam sodelujočih institucij**

- Deos Cerknica
- Dom Jožeta Potrča Poljčane
- Dom starejših Lendava
- Dom Lenart
- Dom upokojencev Ptuj
- Dom starejših občanov Gornja Radgona
- Dom starejših Murska Sobota
- Dom Danice Vogrinec
- Dom Nine Pokorn
- Dom Centar Zagreb
- Dom Dubrava
- Dom Ksaver – Peščenica
- Dom sv. Ane
- Dom sv. Josip
- Dom Laščina
- Dom za starije i nemočne Park
- Sanatorij Čorluka
- Caritasov dom Ivanec
- Dom Ivan Pavao II
- Dom Christi Dubrovnik
- Vitanova
- Dom za starije i nemočne Severović
- SeneCura Kärnten
- SeneCura Niederösterreich
- SeneCura Burgenland

## Priloga B: Anketni vprašalnik

### ANKETNI VPRAŠALNIK O DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA DELOVNO SPOSOBNOST ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH

Spoštovani!

Prosim vas za sodelovanje v anketi. Sodelovanje je prostovoljno in popolnoma anonimno. Rezultate ankete bomo uporabili v doktorski disertaciji z naslovom Oblikovanje socialnogerontološkega modela podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. Anketa vsebuje 20 vprašanj. Za izpolnjevanje ankete potrebujete 10 do 15 minut časa.

Iskreno se vam zahvaljujem za sodelovanje.

#### I. Ocena lastne delovne sposobnosti, to je sposobnosti dobro opraviti zadano nalogo.

**Navodilo:** Z X označite prazno polje pod oceno, s katero se najbolj strinjate.

1.1 Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

1 zelo slaba	2 slaba	3 srednja	4 dobra	5 zelo dobra

1.2 Ocenite, kako vaša starost vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost.

1 ne vpliva	2 nekoliko vpliva	3 čutim, da ne zmorem več toliko kot sem včasih	4 starost me omejuje pri izvajanju delovnih nalog	5 zaradi starosti veliko delovnih nalog več ne morem opraviti

1.3 Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost v primerjavi z najboljšo delovno sposobnostjo kadarkoli.

1 zelo slaba, delovnih nalog ne zmorem opraviti v celoti	2 omejena (del. naloge opravljam z veliko truda in ob pomoči sodelavcev	3 slaba	4 za spoznanje slabša	5 trenutno najboljša del sposobnost kadarkoli

--	--	--	--	--

## II. Družina in socialni stiki

2.1 Ocenite zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem.

1 nisem zadovoljen(na), velikokrat se počutim osamljen(a)	2 želim si več stikov z drugimi	3 srednje sem zadovoljen(na)	4 zadovoljen (na) sem	5 zelo sem zadovoljen (na)

2.2 Ocenite, kako obveznosti, povezane s partnerskim oz. družinskim življenjem vplivajo na vašo delovno sposobnost.

1 ne vpliva	2 komaj vpliva	3 vpliva, vendar me ne omejuje pri opravljanju delovnih nalog	4 omejuje me pri opravljanju delovnih nalog	5 zelo me omejuje pri opravljanju delovnih nalog

2.3 Ocenite, kako zdravje vaših družinskih članov vpliva na vašo delovno sposobnost.

1 ne vpliva	2 komaj vpliva	3 vpliva, vendar me ne omejuje pri opravljanju delovnih nalog	4 omejuje me pri opravljanju delovnih nalog	5 zelo me omejuje pri opravljanju delovnih nalog

## III. Osebni (notranji) dejavniki, ki vplivajo na delovno sposobnost

3.1 Ocenite, kako vaše zdravstveno stanje vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost.

1 ne vpliva	2 komaj vpliva	3 vpliva, vendar me ne omejuje pri opravljanju delovnih nalog	4 omejuje me pri opravljanju delovnih nalog	5 zelo me omejuje pri opravljanju delovnih nalog



**Navodilo:** Obkrožite izbrani odgovor.

3.2 Ali imate katero od spodaj naštetih kroničnih bolezni?    DA            NE

Če ste na zgornje vprašanje odgovorili z DA, nadaljujte z naslednjim vprašanjem in ob boleznih ocenite, kako vpliva(jo) na vašo delovno sposobnost, če vpliva(jo).

	Bolezen	1 ne vpliva	2 nekoliko vpliva	3 vpliva	4 močno vpliva	5 zelo močno vpliva
3.2	Bolezni mišic, kosti in sklepov					
3.3	Bolezni hrbtenice					
3.4	Srčno-žilne bolezni					
3.5	Respiratorne bolezni					
3.6	Nevrološke bolezni					
3.7	Bolezni čutil					
3.8	Bolezni prebavil					
3.9	Bolezni kože					
3.10	Presnovne bolezni					

Ocenite, kako spodaj naštetá znanja in veščine (kompetence) vplivajo na vašo delovno sposobnost.

	Trditve	1 ne vpliva	2 nekoliko vpliva	3 vpliva	4 zelo vpliva	5 zelo močno vpliva
	<b>Poklicne kompetence</b>					
3.11	Splošna znanja s strokovnega področja					
3.12	Specialistična znanja s strokovnega področja					
3.13	Interdisciplinarna znanja vezana na strokovno področje					
	<b>Socialne kompetence</b>					
3.14	Komunikacijska znanja					
3.15	Sposobnost dogovarjanja					
3.16	Timska naravnost					
	<b>Metodološke kompetence</b>					
3.17	Sposobnost kreativnega reševanja problemov					
3.18	Sposobnost učenja					

3.19	Sposobnost uporabe novih znanj					
3.20	Sposobnost strukturiranja in klasificiranja informacij					
3.21	Sposobnost prepoznavanja kontekstov					
	Osebnostne kompetence					
3.22	Samopodoba					
3.23	Sposobnost samorefleksije					
3.24	Sposobnost razvoja osebnih vrednot					
3.25	Sposobnost spreminjanja lastnega vedenja in mišljenja					

Kako v spodnji tabeli naštetih vrednot vplivajo na vašo delovno sposobnost?

	Vrednote	1 ne vpliva	2 nekoliko vpliva	3 vpliva	4 močno vpliva	5 zelo močno vpliva
3.26	Zanesljivost					
3.27	Poštenost					
3.28	Kolegialnost					
3.29	Hvaležnost					
3.30	Lojalnost					

3.31 Kako bi ocenili vašo sedanjo motivacijo za opravljanje dodeljenih delovnih nalog?

1 zelo slaba	2 slaba	3 srednja	4 dobra	5 zelo dobra

3.32 Kako vaša trenutna motivacija za opravljanje dodeljenih delovnih nalog vpliva na vašo delovno sposobnost?

1 ne vpliva	2 nekoliko vpliva	3 znatno vpliva	4 močno vpliva	5 zelo močno vpliva

Kako v spodnji tabeli naštetih dejavnikov motivacije vplivajo na vašo delovno sposobnost?

		1 ne vpliva	2 nekoliko vpliva	3 znatno vpliva	4 močno vpliva	5 zelo močno vpliva
3.33	Plačilo za opravljeno delo					

3.34	Možnost dodatnega zaslужka za opravljeno dodatno delo (nadure)					
3.35	Varnost zaposlitve					
3.36	Možnost napredovanja					
3.37	Možnost dodatnih izobraževanj in izpopolnjevanj					
3.38	Pohvale in priznanja za dobro opravljeno delo					
3.39	Možnost soodločanja					

#### **IV. Zunanji dejavniki (dejavniki, vezani na delo, delovno okolje in vodenje), ki vplivajo na delovno sposobnost**

Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vplivajo v spodnji tabeli naštetih dejavniki, ki oblikujejo delovno klimo v organizaciji.

		1 ne vpliva	2 nekoliko vpliva	3 znatno vpliva	4 močno vpliva	5 zelo močno vpliva
4.1	Medosebni odnosi v timu					
4.2	Sodelovanje v timu					
4.3	Avtonomija v timu					
4.4	Varnost na delovnem mestu					
4.5	Odnosi vodilnih do ostalih zaposlenih					

4.6 Ocenite, kako vaši neposredni vodilni vplivajo na vašo delovno sposobnost.

1 ne vpliva	2 nekoliko vpliva	3 znatno vpliva	4 močno vpliva	5 zelo močno vpliva

4.7 Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vpliva centralno vodstvo.

1 ne vpliva	2 nekoliko vpliva	3 znatno vpliva	4 močno vpliva	5 zelo močno vpliva

Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vplivajo posamezni dejavniki delovnega okolja.

		1 ne vpliva	2 nekoliko vpliva	3 znatno vpliva	4 močno vpliva	5 zelo močno vpliva
4.8	Organizacija dela					
4.9	Razpored dela					
4.11	Delovni čas					
4.12	Delo v izmenah ob nedeljah in praznikih					
4.13	Razpoložljivost osnovnih delovnih sredstev in tehničnih pripomočkov					
4.14	Funkcionalnost stavbe in okolice					
4.15	Urejenost stavbe in okolice					

## V. Splošna vprašanja

5.1 Poklic, ki ga opravljate.

Tajnik/tajnica	Snazilec/snazilka	Negovalec / negovalka	Diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik

Navodilo: Z X označite polje pred izbranim odgovorom.

5.2 Spol:

moški (1)

ženski (2)

5.3 Zakonski stan:

samski(ka) (1)

poročen(na) (2)

partnerstvo (3)

vdovec/vdova) (4)

drugo (5)

5.4 Število otrok:

- nimam otrok (1)
- 1 otrok (2)
- 2 otroka (3)
- 3 otroci (4)
- 4 in več otrok (5)
- imam odraslega otroka/otroke (6)

5.5 Starost:

Vpišite vašo starost v letih: \_\_\_\_\_

5.6 **Skupna** delovna doba:

- < kot 1 leto (1)
- 1–10 let (2)
- 11–20 let (3)
- 21–30 let (4)
- 31–40 let (5)
- 40 in več let (6)

5.7 Delovna doba **na sedanjem**

**delovnem mestu:**

- < kot 1 leto (1)
- 1–10 let (2)
- 11–20 let (3)
- 21–30 let (4)
- 31–40 let (5)
- 40 in več let (6)

## Priloga C: Vprašalnik delfie 1. krog

### UKREPI ZA PODALJŠANJE DELOVNE SPOSOBNOSTI ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH »VPRAŠALNIK 1«

Delovna sposobnost je po definiciji sposobnost opraviti zadano delovno nalogo. Povprečna starost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših na področju Evropske unije presega 40 let. Da bi lahko uspešno preprečevali nezaželeni absentizem, krajšanje delovnega časa, zgodnje upokojevanje in odhajanje zaposlenih na druga delovna mesta izven samega institucionalnega varstva starejših, bo potrebna implementacija ukrepov za izboljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših, da bi tako uspeli zagotoviti zadostno število zaposlenih, ki bi uspešno premagovali izzive starajoče se družbe. V empirični raziskavi, ki smo jo izvajali v domovih starejših v Sloveniji, na Hrvaškem in v Avstriji in v kateri je sodelovalo 490 zaposlenih iz poklicnih skupin tajnik/tajnica, snažilec/snažilka, negovalec/negovalka in diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, smo ugotovili, da na oceno trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu vplivajo dejavniki delovne klime, zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem, zdravje družine in obveznosti povezane s partnerskim in družinskim življenjem, zadovoljstvo s trenutnim zdravstvenim stanjem, vrednote, kompetence, neposredni vodilni in motivacija.

Prosim, da v nadaljevanju odgovorite na zastavljena vprašanja

1. Naštejte ukrepe, za katere menite, da bi pozitivno vplivali na izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in se navezujejo na posamezne dejavnike, ki oblikujejo delovno klimo (sodelovanje v timu, avtonomija v timu, varnost na delovnem mestu, odnosi vodilnih do ostalih zaposlenih).

Ukrepi za izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti, ki se nanašajo na dejavnike delovne klime.

2. Naštejte ukrepe, za katere menite, da bi pozitivno vplivali na izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in se nanašajo na vpliv neposrednih vodilnih na oceno trenutne delovne sposobnosti.

Ukrepi za izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti, ki se nanašajo na vpliv neposrednih vodilnih na oceno trenutne delovne sposobnosti.

3. Naštejte ukrepe, za katere menite, da bi pozitivno vplivali na izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in se nanašajo na vpliv ocene zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem na oceno trenutne delovne sposobnosti

Ukrepi za izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti, ki se nanašajo na oceno zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem.

4. Naštejte ukrepe, za katere menite, da bi pozitivno vplivali na izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in se nanašajo na vpliv ocene zadovoljstva s trenutnim zdravstvenim stanjem na oceno trenutne delovne sposobnosti.

Ukrepi za izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti, ki se nanašajo na vpliv ocene zadovoljstva s trenutnim družabnim življenjem na oceno trenutne delovne sposobnosti.

5. Naštejte ukrepe, za katere menite, da bi pozitivno vplivali na izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in se nanašajo na vpliv vrednot (zanesljivost, poštenost, kolegialnost, hvaležnost, lojalnost) na oceno trenutne delovne sposobnosti.

Ukrepi za izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti, ki se nanašajo na vpliv vrednot na oceno trenutne delovne sposobnosti.



6. Naštejte ukrepe, za katere menite, da bi pozitivno vplivali na izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in se nanašajo na vpliv kompetenc (poklicne kompetence, socialne kompetence, metodološke kompetence, osebne kompetence) na oceno trenutne delovne sposobnosti.

Ukrepi za izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti, ki se nanašajo na vpliv kompetenc na oceno trenutne delovne sposobnosti.

7. Naštejte ukrepe, za katere menite, da bi pozitivno vplivali na izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših in se nanašajo na vpliv motivacije (plačilo za opravljeno delo, možnost dodatnega zaslužka – projektno delo, nadure, varnost zaposlitve, možnost napredovanja, možnost dodatnih izobraževanj in izpopolnjevanj, pohvale in priznanja za opravljeno delo, možnost soodločanja) na oceno trenutne delovne sposobnosti.

Ukrepi za izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti, ki se nanašajo na vpliv motivacije na oceno trenutne delovne sposobnosti.

Hvala za sodelovanje v prvem krogu delfijeve raziskave o ukrepih za izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših.

## Priloga D: Vprašalnik delfie 2. krog

### UKREPI ZA PODALJŠANJE DELOVNE SPOSOBNOSTI ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH »VPRAŠALNIK 2«

Spoštovani!

Pred vami je 2. vprašalnik raziskave o ukrepih za izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. V vprašalniku so zbrani predlogi ukrepov za podaljšanje delovne sposobnosti vseh sodelujočih strokovnjakov.

Prosim vas, da spodaj naštete ukrepe za izboljšanje delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših ocenite na lestvici od 1 do 5, glede na to, kako pomembna se vam zdi implementacija posameznega ukrepa v delovne in organizacijske procese v institucionalnem varstvu starejših. To naredite tako, da s križcem označite polje pod oceno, ki najbolj označuje vaše strinjanje z izjavo: Implementacija ukrepa bi bila ...

1	2	3	4	5
NESMISELNA	ZNATNA	NE MOREM SE OPREDELITI	SMISELNA	ZELO SMISELNA

1. Predlagani ukrepi za izboljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na <b>dejavnike delovne klime.</b>	1	2	3	4	5
Vključenost zaposlenih pri opravljanju zavoda					
Dobro razvita komunikacija med zaposlenimi					
Vzpodbujanje timskega dela					
Jasno postavljena hierarhija					
Nemoten tok informacij					
Izobraževanje zaposlenih (programi specifičnega vseživljenjskega učenja)					
Implementacija modela detekcije in sankcioniranja zlorab bolniškega staleža v skladu z zakonodajo					
Uvedba standardov kakovosti in jasnih indikatorjev, vezanih na varnost (mednarodna norma zaščite na delu po ISO 9000)					
Jasno določena organizacijska struktura in jasno definirane kompetence posameznih enot					

Implementacija sistema informacijske povezave vseh enot v organizaciji					
Ozaveščanje lastne odgovornosti za medosebne odnose					
Refleksija medosebnih odnosov, ki nastajajo ob oblikovanju delovnih skupin					
Refleksija vpliva pozitivnih (in negativnih) konfliktov					
Konstantno izobraževanje vodstvenega kadra					
Soodločanje zaposlenih o poteku dela					
Vzpodbujanje zaposlenih k ustvarjalnemu pristopu k izvajanju delovnih nalog in reševanju problemov					
Promocija samorefleksije na delovnem mestu					
Uvedba kontinuiranih teambuildingov					
Povratne informacije namesto kritike					
Implementacija osebnih pogovorov v rednih naprej določenih časovnih intervalih					
Določitev komunikacijskega stila v organizaciji					
Ozaveščanje o oblikah mobinga, bosinga in staffinga					

Implementacija ukrepa bi bila ...

<b>1</b> NESMISELNA	<b>2</b> ZNATNA	<b>3</b> NE MOREM SE OPREDELITI	<b>4</b> SMISELNA	<b>5</b> ZELO SMISELNA
------------------------	--------------------	---------------------------------------	----------------------	---------------------------

<b>2. Predlagani ukrepi za izboljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na vpliv neposrednih vodilnih</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Jasno definirani cilji in delovni procesi					
Strukturirani letni razvoji razgovori z zaposlenimi					
Spoštljivo priznavanje doprinosa zaposlenih					
Vodja kot vzor ali ozaveščeno vodenje					
Osveščanje o pomembnosti kolegialnih odnosov med zaposlenimi in vodilnim/-i					
Jasna navodila					
Izobraževanja in treningi osebne rasti za vodilne					

Jasno izdelan lik vodje kot del vizije organizacije					
Promocija kariernih poti tako za vodilne kot za zaposlene					
Suport za vodje, strokovni, osebnostni, krizni, mentorstvo					
Promocija ugleda vodje					
Osveščanje pomena solidarnosti na delovnem mestu					
Osveščanje pomena zadovoljstva posameznika na delovnem mestu					
Osveščanje empatičnega odnosa med vodilnimi in ostalimi zaposlenimi					
Določitev kompetenc vodje in implementacija ukrepov za njihovo stalno izboljševanje					
Promocija direktne, odprte in jasne komunikacije med vodilnimi in ostalimi zaposlenimi					
Promocija zaupanja med zaposlenimi in vodilnimi					
Vodja mora zaposlene videti kot vir izkušenj in kompetenc in ne zgolj kot orodje za doseganje ciljev organizacije					
Navdih namesto motiva (navdihujoče vodenje)					
Jasna določitev mere nadzora in medsebojnega zaupanja.					
Uvedba treningov čustvene inteligence za vse zaposlene					
Promocija prisotnosti vodje v delovnih procesih (predaja službe, kompleksni delovni procesi, krizne situacije ...)					

Implementacija ukrepa bi bila ...

<b>1</b> NESMISELNA	<b>2</b> ZNATNA	<b>3</b> NE MOREM SE OPREDELITI	<b>4</b> SMISELNA	<b>5</b> ZELO SMISELNA
------------------------	--------------------	---------------------------------------	----------------------	---------------------------

3. Predlagani ukrepi za izboljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na <b>zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem</b>	1	2	3	4	5
Individualni dogovor o obsegu delovnega časa					
Uvedba različnih modelov delovnega časa upoštevajoč obremenitvene faze delovnega procesa					

Management življenjskega ravnovesja (planiranje prostih dni, dopustov)					
Definiranje potreb po nadurah in pravična porazdelitev le-teh					
Sistematično uvajanje programov za preprečevanje izgorelosti na delovnem mestu					
Razvoj multidimenzionalnih mehanizmov kakovosti življenja zaposlenih (fizičnih funkcij, čustvenega psihološkega stanja, socialne in somatsko psihološke funkcije)					
Dodatni dopusti poleg zakonsko določenih					
Informiranost zaposlenih o možnostih in vzpodbudah ( študijski dopust ...)					
Promocija družini prijazne organizacijske politike					
Usposabljanje zaposlenih z namenom razumevanja značilnosti posameznika in njegovih specifičnih potreb v različnih življenjskih obdobjih					
Promocija skupnih doživetij (izleti, delavnice ...)					
Vključevanje odmorov v delovne procese					
Promocija možnosti psihosocialne pomoči za zaposlene					
Promocija zmanjševanja stresa na delovnem mestu					
Promocija kratkih in jedrnatih informacij					
Promocija pozitivne in napredne miselnosti – na poti k prihodnosti					
Promocija rešljivosti problemov					

Implementacija ukrepa bi bila ...

<b>1</b> NESMISELNA	<b>2</b> ZNATNA	<b>3</b> NE MOREM SE OPREDELITI	<b>4</b> SMISELNA	<b>5</b> ZELO SMISELNA
------------------------	--------------------	---------------------------------------	----------------------	---------------------------

4. Predlagani ukrepi za izboljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na <b>zadovoljstvo s trenutnim zdravstvenim stanjem</b>	1	2	3	4	5
Promocija zdravja na delovnem mestu (5 min za zdravje)					

Promocija in omogočanje aktivnega oddiha zaposlenih (počitniške kapacitete, akcije pri ponudnikih wellnes storitev)					
Delavnice o zdravem načinu življenja (delavnice za odvajanje od kajenja, normalizacijo telesne teže ...)					
Omogočanje obiska zdravnika brez stresa					
Omogočiti zaposlenim, da izvajajo tiste delovne naloge, ki jih jim zdravstveno stanje omogoča					
Promocija razumevanja boleznin in zdravljenja					
Izobraževanja na temo RESILINCE oziroma osebnega upravljanja s kriznimi situacijami					
Promocija pozornega vedenja v timu ne glede na vlogo posameznika v timu					
Omogočanje pridobivanja specifičnih znanj, potrebnih v delovnih procesih (kinestetika, ukrepanje ob izbruhu agresije, validacija ...)					
Izvajanja analiz zdravstvenega stanja zaposlenih in prilagoditev zaposlitvenih ukrepov (več zaposlenih na najbolj obremenjenih mestih ...)					
Uvedba sistematskih pregledov za vse zaposlene					
Ureditev zdravega delovnega mesta (svetloba, stoli ...)					
Promovirati in omogočiti dostop do psihološkega svetovanja za zaposlene, ki kažejo znake preobremenjenosti					
Promocija in dostopnost zdrave prehrane na delovnem mestu, prilagojene delovnemu času					
Promocija posledic kajenja in konzuma energijskih pijač					

Implementacija ukrepa bi bila ...

<b>1</b> NESMISELNA	<b>2</b> ZNATNA	<b>3</b> NE MOREM SE OPREDELITI	<b>4</b> SMISELNA	<b>5</b> ZELO SMISELNA
------------------------	--------------------	---------------------------------------	----------------------	---------------------------

5. Predlagani ukrepi za izboljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na <b>vpliv vrednot</b> na oceno trenutne delovne sposobnosti	1	2	3	4	5
Jasno začrtana vizija organizacije, ki vključuje promocijo za razvoj organizacije potrebnih vrednot					
Delavnice o pomenu in vlogi vrednot v timu					
Promocija občutka pripadnosti organizaciji med zaposlenimi					
Implementacija orodij in skupin za samoocenjevanje za vse zaposlene					
Omogočanje možnosti razprave o spremembah in njihovih posledicah					
Promocija uspešnosti ob uspešno rešenih nalogah					
Promocija prijaznega, vendar odločnega določanja delovnih nalog					
Promocija poznavanje vizije organizacije med zaposlenimi					
Oblikovanje, promocija in upoštevanje zelenega načina vodenja					
Učenje in promocija ukrepanja po načelih metod nevrolingvističnega programiranja NLP					
Organizacija delavnic na temo empatije na vseh nivojih organizacije					
Oblikovanje in uvajanje ukrepov za privabljanje »dobrih« in kompetentnih zaposlenih z ustreznim nivojem izobrazbe glede na zahteve specifičnega delovnega mesta					

Implementacija ukrepa bi bila ...

<b>1</b> NESMISELNA	<b>2</b> ZNATNA	<b>3</b> NE MOREM SE OPREDELITI	<b>4</b> SMISELNA	<b>5</b> ZELO SMISELNA
------------------------	--------------------	---------------------------------------	----------------------	---------------------------

6. Predlagani ukrepi za izboljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na <b>vpliv kompetenc</b> na oceno trenutne delovne sposobnosti	1	2	3	4	5
Omogočanje usposabljanja zaposlenih v obliki seminarjev, delavnic					

Promocija nadaljnega izobraževanja zaposlenih (finančna in časovna podpora)					
Organizacija predavanj, ki so vezane na specifično aktualno problematiko					
Oblikovanje jasnih kriterije o sodelovanjih na izobraževanjih in izpopolnjevanjih glede na stopnjo izobrazbe, posedovane kompetence in potrebe delovnega mesta					
Oblikovanje in upoštevanje kriterijev in predpisov pri izboru novih zaposlenih					
Ozaveščanje in krepitev kompetenc zaposlenih					
Prepoznavanje kompetenc posameznikov (implementacija DIGS modela – vsak posameznik ima lastnosti, ki lahko koristijo organizaciji, le-te je potrebno prepoznati in umestiti v delovne procese					
Vključevanje zaposlenih pri pripravi načrtov za izobraževanje in izpopolnjevanje (kratkoročnih, srednjeročnih in dolgoročnih)					
Pridobivanje socialnih kompetenc s pomočjo izobraževanj (npr. iz področja paliativne oskrbe)					
Izobraževalni programi, prilagojeni potrebam delodajalcev					
Promocija kritičnega razmišljanja					
Evalvacija vsebine in načina praktičnega usposabljanja					
Načrtovanje spremembe delovnih nalog ali organizacije, tako da se pri tem upošteva znanja in kompetence zaposlenih					
Organizacija izobraževanj in promocija ukrepov za osebno rast					

Implementacija ukrepa bi bila ...

<b>1</b> NESMISELNA	<b>2</b> ZNATNA	<b>3</b> NE MOREM SE OPREDELITI	<b>4</b> SMISELNA	<b>5</b> ZELO SMISELNA
------------------------	--------------------	---------------------------------------	----------------------	---------------------------

7. Predlagani ukrepi za izboljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na vpliv <b>motivacije</b> na oceno trenutne delovne sposobnosti	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---



Nagrajevanja, javne pohvale					
Promocija sodelovanja pri projektne delu					
Omogočanje sodelovanja z drugimi institucijami, promocija dobrih praks izmenjava izkušenj med institucijami					
Jasno definiranje delovnih obveznosti (časovno in vsebinsko)					
Efektivno upravljanje z absentizmom na delovnem mestu					
Možnost štipendiranja potrebnih kadrov					
Promocija vloge in pomena poklica in posameznika v delovnih procesih					
Promocija pozitivne podobe institucionalnega varstva in zaposlenih					
Zagotavljanje raznolikih delovnih nalog					
Zagotavljanje povratnih informacij o opravljenem delu					
Transparentni urniki dela (poštena razporeditev glede na delovni čas in delovne naloge, pravočasna izdaja urnika, mesečni urniki dela)					
Promocija občutka timske in organizacijske pripadnosti					
Promocija pravil vedenja v timu (pozdravljanje, naslavljanje, prosim, hvala, oprostite)					
Promocija zdravega humorja na delovnem mestu					
Izobrazbi in kompetencam primerno delovno mesto (preobremenjenost, dolgočasje in rutina na delovnem mestu)					
Promocija iniciativnosti in kreativnosti na delovnem mestu					
Navdih namesto motivacije kot naloga vodilnih					

## Priloga E: Vprašalnik delfi 3. krog

### UKREPI ZA PODALJŠANJE DELOVNE SPOSOBNOSTI ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH »VPRAŠALNIK 3«

Spoštovani!

Pred vami je 3. vprašalnik raziskave o ukrepih za izboljšanje ocene trenutne delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših. V vprašalniku so zbrani ukrepi, za katere ste v panelu izbranih strokovnjakov menili, da bi bila njihova implementacija najbolj smiselna od skupno 123 predlaganih ukrepov za podaljšanje delovne sposobnosti vseh sodelujočih strokovnjakov.

Prosim vas, da 21 najvišje ocenjenih ukrepov ocenite z oceno od 1 do 5. Pri čemer pomeni 1 implementacija ukrepa bi bila smiselna in 5 implementacija ukrepa bi bila zelo smiselna.

	1. Predlagani ukrepi za izboljšanje delovne sposobnosti	1	2	3	4	5
1	Vzpodbujanje timskega dela					
2	Promocija samorefleksije na delovnem mestu					
3	Povratne informacije namesto kritike					
4	Jasno definirani cilji in delovni procesi					
5	Spoštljivo priznavanje doprinosa zaposlenih					
6	Vodja kot vzor ali ozaveščeno vodenje					
7	Definiranje potreb po nadurah in pravična razdelitev le teh					
8	Usposabljanje zaposlenih z namenom razumevanja značilnosti posameznika in njegovih specifičnih potreb v različnih življenjskih obdobjih					
9	Promocija zmanjševanja stresa na delovnem mestu					
10	Promocija in omogočanje aktivnega oddiha zaposlenih (počitniške kapacitete, akcije pri ponudnikih wellnes storitev)					
11	Izvajanja analiz zdravstvenega stanja zaposlenih in prilagoditev zaposlitvenih ukrepov (več zaposlenih na najbolj obremenjenih mestih ...)					
12	Promovirati in omogočiti dostop do psihološkega svetovanja za zaposlene, ki kažejo znake preobremenjenosti					
13	Organizacija delavnic o pomenu in vlogi vrednot v timu					
14	Promocija situativnega vodenja					
15	Organizacija delavnic na temo empatije na vseh nivojih organizacije					
16	Promocija nadaljnega izobraževanja zaposlenih (finančna in časovna podpora)					
17	Organizacija predavanj, ki so vezana na specifično aktualno problematiko					

	Predlagani ukrepi za izboljšanje delovne sposobnosti	1	2	3	4	5
18	Vključevanje zaposlenih pri pripravi načrtov za izobraževanje in izpopolnjevanje (kratkoročnih, srednjeročnih in dolgoročnih)					
19	Promocija zdravega humorja na delovnem mestu					
20	Promocija timske in organizacijske pripadnosti					
21	Navdih namesto motivacije kot naloga vodilnih					

1 implementacija ukrepa bi bila smiselna in 5 implementacija ukrepa bi bila zelo smiselna

Hvala za sodelovanje

## Priloga F: Korelacijske tabele

### H1a Delovna klima

#### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.070 <sup>a</sup>	.005	.003	.721

a. Predictors: (Constant), Delovna klima – Sest. spremenljivka

#### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.465	1	1.465	2.820	.094 <sup>b</sup>
	Residual	300.278	578	.520		
	Total	301.743	579			

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Delovna klima – Sest. spremenljivka

#### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.089	.103		39.834	.000
	Delovna klima – Sest. spremenljivka	.045	.027	.070	1.679	.094

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

### H1b Delovno okolje

#### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.035 <sup>a</sup>	.001	-.001	.725

a. Predictors: (Constant), Delovno okolje – Sest. spremenljivka

#### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.358	1	.358	Delovno okolje prav tako ni bil statistično značilen.	.410 <sup>b</sup>
	Residual	285.672	543	.526	.680	
	Total	286.029	544			

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Delovno okolje – Sest. spremenljivka

#### *Coefficients<sup>a</sup>*

Model		Unstandardized		Standardize	t	Sig.
		Coefficients		d		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.164	.100		41.825	.000
	Delovno okolje – Sest. spremenljivka	.024	.029	.035	.825	.410

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

### **H1c Vodilni**

#### *Model Summary*

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.093 <sup>a</sup>	.009	.005	.720

a. Predictors: (Constant), Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vpliva centralno vodstvo., Ocenite, kako vaši neposredni vodilni vplivajo na vašo delovno sposobnost.

#### *ANOVA<sup>a</sup>*

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2.599	2	1.299	2.503	.083 <sup>b</sup>
	Residual	297.963	574	.519		
	Total	300.562	576			

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vpliva centralno vodstvo, Ocenite, kako vaši neposredni vodilni vplivajo na vašo delovno sposobnost.

#### *Coefficients<sup>a</sup>*

Model		Unstandardized		Standardize	t	Sig.
		Coefficients		d		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.094	.093		44.091	.000
	Ocenite, kako vaši neposredni vodilni vplivajo na vašo delovno sposobnost.	.077	.037	.127	2.059	.040
	Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vpliva centralno vodstvo.	-.034	.036	-.057	-.927	.354

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

### **H1d: Socialna mreža**

#### *Model Summary*

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.286 <sup>a</sup>	.082	.080	.692

a. Predictors: (Constant), Ocenite zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem.

#### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	24.710	1	24.710	51.617	.000 <sup>b</sup>
	Residual	277.655	580	.479		
	Total	302.364	581			

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Ocenite zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem.

#### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3.309	.135		24.586	.000
	Ocenite zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem.	.235	.033	.286	7.184	.000

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

## H1e: družina

#### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.218 <sup>a</sup>	.047	.044	.705

a. Predictors: (Constant), Ocenite, kako zdravje vaših družinskih članov vpliva na vašo delovno sposobnost, Ocenite kako obveznosti, povezane s partnerskim oziroma družinskim življenjem, vplivajo na vašo delovno sposobnost.

#### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	14.297	2	7.148	14.392	.000 <sup>b</sup>
	Residual	287.574	579	.497		
	Total	301.871	581			

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Ocenite, kako zdravje vaših družinskih članov vpliva na vašo delovno sposobnost, Ocenite, kako obveznosti, povezane s partnerskim oziroma družinskim življenjem, vplivajo na vašo delovno sposobnost.

#### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.621	.075		61.981	.000

Ocenite kako obveznosti povezane z partnerskim oz. družinskim življenjem vplivajo na vašo delovno sposobnost.	-0.082	.034	-.114	-2.381	.018
Ocenite, kako zdravje vaših družinskih članov vpliva na vašo delovno sposobnost.	-.094	.034	-.134	-2.784	.006

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

## H1

### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.336 <sup>a</sup>	.113	.101	.689

a. Predictors: (Constant), Ocenite, kako obveznosti, povezane s partnerskim oziroma družinskim življenjem, vplivajo na vašo delovno sposobnost, Delovna klima – Sest. spremenljivka, Ocenite zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem, Ocenite, kako zdravje vaših družinskih članov vpliva na vašo delovno sposobnost, Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vpliva centralno vodstvo, Delovno okolje – Sest. spremenljivka, Ocenite, kako vaši neposredni vodilni vplivajo na vašo delovno sposobnost.

### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	32.169	7	4.596	9.681	.000 <sup>b</sup>
	Residual	252.535	532	.475		
	Total	284.704	539			

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Ocenite, kako obveznosti, povezane z partnerskim oziroma družinskim življenjem, vplivajo na vašo delovno sposobnost, Delovna klima – Sest. spremenljivka, Ocenite zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem, Ocenite, kako zdravje vaših družinskih članov vpliva na vašo delovno sposobnost, Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vpliva centralno vodstvo, Delovno okolje – Sest. spremenljivka, Ocenite, kako vaši neposredni vodilni vplivajo na vašo delovno sposobnost.

### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Tolerance	VIF
1	(Constant)	3.620	.208		17.408	.000		
	Delovna klima – Sest. spremenljivka	.015	.040	.023	.379	.705	.448	2.230
	Delovno okolje – Sest. spremenljivka	.010	.040	.015	.254	.800	.479	2.086
	Ocenite, kako vaši neposredni vodilni vplivajo na vašo delovno sposobnost.	.069	.040	.113	1.719	.086	.386	2.590

Ocenite, kako na vašo delovno sposobnost vpliva centralno vodstvo.	-.031	.037	-.053	-.860	.390	.446	2.243
Ocenite zadovoljstvo s svojim trenutnim družabnim življenjem.	.181	.035	.219	5.112	.000	.912	1.096
Ocenite, kako zdravje vaših družinskih članov vpliva na vašo delovno sposobnost.	-.089	.034	-.124	-2.599	.010	.737	1.357
Ocenite, kako obveznosti, povezane s partnerskim oziroma družinskim življenjem vplivajo na vašo delovno sposobnost.	-.067	.036	-.092	-1.887	.060	.704	1.421

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

## H2a: zdravje

### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.315 <sup>a</sup>	.099	.098	.685

a. Predictors: (Constant), Ocenite, kako vaše zdravstveno stanje vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost.

### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	29.997	1	29.997	63.993	.000 <sup>b</sup>
	Residual	271.875	580	.469		
	Total	301.871	581			

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Ocenite, kako vaše zdravstveno stanje vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost.

### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.726	.066		71.953	.000
	Ocenite, kako vaše zdravstveno stanje vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost.	-.207	.026	-.315	-8.000	.000

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

## H2b: kompetence



### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.133 <sup>a</sup>	.018	.016	.701

a. Predictors: (Constant), Kompetenec (v3.11 -- 3.16)

### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4.607	1	4.607	9.366	.002 <sup>b</sup>
	Residual	257.750	524	.492		
	Total	262.357	525			

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Kompetenec (v3.11 -- 3.16)

### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.055	.080		50.668	.000
	Kompetenec (v3.11 -- 3.16)	.068	.022	.133	3.060	.002

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

## H2c: vrednote

### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.091 <sup>a</sup>	.008	.007	.717

a. Predictors: (Constant), Vrednote

### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2.414	1	2.414	4.698	.031 <sup>b</sup>
	Residual	289.833	564	.514		
	Total	292.247	565			

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Vrednote

### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.069	.095		42.709	.000
	Vrednote	.053	.024	.091	2.167	.031

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

## H2d: motivacija

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
-------	---	----------	-------------------	----------------------------

1	.411 <sup>a</sup>	.169	.168	.657
---	-------------------	------	------	------

a. Predictors: (Constant), Kako bi ocenili vašo sedanjo motivacijo za opravljanje dodeljenih delovnih nalog?

*ANOVA<sup>a</sup>*

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	50.921	1	50.921	117.997	.000 <sup>b</sup>
	Residual	249.867	579	.432		
	Total	300.788	580			

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Kako bi ocenili vašo sedanjo motivacijo za opravljanje dodeljenih delovnih nalog?

*Coefficients<sup>a</sup>*

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.846	.133		21.446	.000
	Kako bi ocenili vašo sedanjo motivacijo za opravljanje dodeljenih delovnih nalog?	.345	.032	.411	10.863	.000

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

## H2

*Model Summary*

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.311 <sup>a</sup>	.097	.090	.675

a. Predictors: (Constant), Kako vaša trenutna motivacija za opravljanje dodeljenih delovnih nalog vpliva na vašo delovno sposobnost? Ocenite, kako vaše zdravstveno stanje vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost, Vrednote, Competence (v3.11 -- 3.16)

*ANOVA<sup>a</sup>*

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	24.942	4	6.236	13.698	.000 <sup>b</sup>
	Residual	232.608	511	.455		
	Total	257.550	515			

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Kako vaša trenutna motivacija za opravljanje dodeljenih delovnih nalog vpliva na vašo delovno sposobnost? Ocenite, kako vaše zdravstveno stanje vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost, Vrednote, Competence (v3.11 -- 3.16)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	4.420	.123		35.826	.000		

Ocenite, kako vaše zdravstveno stanje vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost.	- .181	.028	-.277	-6.555	.000	.990	1.010
Kompetence	.040	.029	.078	1.387	.166	.564	1.774
Vrednote	.014	.032	.025	.450	.653	.579	1.727
Kako vaša trenutna motivacija za opravljanje dodeljenih delovnih nalog vpliva na vašo delovno sposobnost.	.026	.028	.046	.947	.344	.737	1.356

a. Dependent Variable: Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

### H3

#### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change
						F Change	df1	df2	
1	.341 <sup>a</sup>	.116	.114	.876	.116	63,800	1	486	.000
2	.409 <sup>b</sup>	.167	.160	.853	.051	9,875	3	483	.000
3	.547 <sup>c</sup>	.300	.291	.783	.133	45,526	2	481	.000

a. Predictors: (Constant), Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost. , Negovalec, Snažilec, DMS

c. Predictors: (Constant), Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost. , Negovalec, Snažilec, DMS, 36 DO 50 LET, 51 LET IN VEČ

2 – Referenčna kategorija: Tajnik

3 – Referenčna kategorija: 18 do 35 let

#### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	48,918	1	48,918	63,800	.000 <sup>b</sup>
	Residual	372,637	486	.767		
	Total	421,555	487			
2	Regression	70,452	4	17,613	24,230	.000 <sup>c</sup>
	Residual	351,103	483	.727		
	Total	421,555	487			
3	Regression	126,337	6	21,056	34,307	.000 <sup>d</sup>
	Residual	295,218	481	.614		
	Total	421,555	487			

a. Dependent Variable: Ocenite, kako vaša starost vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost.

b. Predictors: (Constant), Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.

c. Predictors: (Constant), Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost. , Negovalec, Snažilec, DMS

d. Predictors: (Constant), Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost. , Negovalec, Snažilec, DMS, 36 DO 50 LET, 51 LET IN VEČ

### H3a

#### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,734	,241		15,483	,000
	Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.	-,448	,056	-,341	-7,987	,000
2	(Constant)	3,264	,286		11,398	,000
	Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.	-,418	,055	-,318	-7,609	,000
	Snažilec	,885	,194	,308	4,549	,000
	Negovalec	,307	,167	,165	1,836	,067
	DMS	,261	,173	,130	1,511	,131
3	(Constant)	2,603	,273		9,546	,000
	Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost.	-,372	,051	-,283	-7,345	,000
	Snažilec	,766	,179	,267	4,276	,000
	Negovalec	,414	,154	,223	2,684	,008
	DMS	,331	,159	,164	2,083	,038
	36 DO 50 LET	,528	,080	,282	6,632	,000
51 LET IN VEČ	,936	,103	,392	9,072	,000	

a. Dependent Variable: Ocenite, kako vaša starost vpliva na vašo trenutno delovno sposobnost.

**Priloga G: Tabele 2. kroga kvalitativne raziskave z metodologijo delfi**

	<b>Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na dejavnike delovne klime</b>	$\bar{x} \pm \sigma$	povprečni nabor "m"
1	Vključenost zaposlenih pri opravljanju zavoda	3,33 ± 0,77	7,88
2	Dobro razvita komunikacija med zaposlenimi	4,16 ± 0,83	14,13
3	Vzpodbujanje timskega dela	4,41 ± 0,51	15,63
4	Jasno postavljena hierarhija	3,75 ± 0,96	10,88
5	Nemoten tok informacij	3,91 ± 0,79	12,08
6	Izobraževanje zaposlenih (programi specifičnega vseživljenjskega učenja)	3,66±1,07	10,54
7	Implementacija detekcije in sankcioniranja zlorab bolniškega stalež	2,66 ± 1,15	5,00
8	Uvedba standardov kakovosti in jasnih indikatorjev, vezanih na varnost (mednarodna norma zaščite na delu po ISO 9000)	3,41 ± 1,16	9,71
9	Jasno določena organizacijska struktura in jasno definirane kompetence posameznih enot	4,16 ± 0,71	13,50
10	Implementacija sistema informacijske povezave vseh enot v organizaciji	4,16 ± 0,38	13,42
11	Ozaveščanje lastne odgovornosti za medosebne odnose	4,16 ± 0,57	13,58
12	Refleksija medosebnih odnosov, ki nastajajo ob oblikovanju delovnih skupin	4,08 ± 1,16	14,08
13	Refleksija vpliva pozitivnih (in negativnih) konfliktov	3,66 ± 0,65	9,75
14	Konstantno izobraževanje vodstvenega kadra	3,83 ± 0,57	10,79
15	Soodločanje zaposlenih o poteku dela	4,16 ± 1,19	14,46
16	Vzpodbujanje zaposlenih k ustvarjalnem pristopu k izvajanju delovnih nalog in reševanju problemov	4,08 ± 0,79	13,13
17	Promocija samorefleksije na delovnem mestu	4,25 ± 0,96	14,71
18	Uvedba kontinuiranih teambuildingov	4,25 ± 0,62	14,21

19	Povratne informacije namesto kritike	4,33 ± 0,65	15,08
20	Implementacija osebnih pogovorov v rednih naprej določenih časovnih intervalih	3,41 ± 1,37	10,17
21	Določitev komunikacijskega stila v organizaciji	3,83 ± 0,57	10,75
22	Ozaveščanje o oblikah mobinga, bosinga in staffinga.	3,75 ± 0,86	10,50

	<b>Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na dejavnike vpliva neposrednih vodilnih</b>	$\bar{x} \pm \sigma$	povprečni nabor "m"
1	Jasno definirani cilji in delovni procesi	5,00 ± 0,00	19,38
2	Strukturirani letni razvojni razgovori z zaposlenimi.	3,66 ± 0,98	9,96
3	Spoštljivo priznavanje doprinosa zaposlenih	4,66 ± 0,49	16,42
4	Vodja kot vzor ali ozaveščeno vodenje	4,66 ± 0,65	16,83
5	Osveščanje o pomembnosti kolegijskih odnosov med zaposlenimi in vodilnim/-i	3,83 ± 0,93	10,42
6	Jasna navodila	4,33 ± 0,65	13,46
7	Izobraževanja in treningi osebnostne rasti za vodilne	3,83 ± 0,93	10,50
8	Jasno izdelan lik vodje kot del vizije organizacije	3,83 ± 0,93	10,67
9	Promocija kariernih poti tako za vodilne kot za zaposlene	3,33 ± 1,15	7,58
10	Podpora za vodje, strokovni, osebnostni, krizni, mentorstvo	3,75 ± 0,96	9,58
11	Promocija ugleda vodje	3,75 ± 1,35	10,92
12	Osveščanje pomena solidarnosti na delovnem mestu	4,16 ± 0,71	12,21
13	Osveščanje pomena zadovoljstva posameznika na delovnem mestu	4,00 ± 0,73	11,54
14	Osveščanje empatičnega odnosa med vodilnimi in ostalimi zaposlenimi.	3,66 ± 0,77	8,71
15	Določitev kompetenc vodje in implementacija ukrepov za njihovo stalno izboljševanje	4,08 ± 0,66	11,58
16	Promocija direktne, odprte in jasne komunikacije med vodilnimi in ostalimi zaposlenimi	4,33 ± 0,49	13,63
17	Promocija zaupanja med zaposlenimi in vodilnimi	4,50 ± 0,52	15,33
18	Vodja mora zaposlene videti kot vir izkušenj in kompetenc in ne zgolj kot orodje za doseganje ciljev organizacije	4,25 ± 0,86	13,88

	<b>Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na dejavnike vpliva neposrednih vodilnih dejavnike</b>	$\bar{x} \pm \sigma$	povprečni nabor "m"
19	Navdih namesto motiva (navdihujoče vodenje)	4,00 ± 1,12	11,50
20	Jasna določitev mere nadzora in medsebojnega zaupanja	3,75 ± 0,86	9,38
21	Uvedba treningov čustvene inteligence za vse zaposlene	3,50 ± 1,16	8,83
22	Promocija prisotnosti vodje v delovnih procesih (predaja službe, kompleksni delovni procesi, krizne situacije ...)	4,16 ± 0,71	12,33

	<b>Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na zadovoljstvo s trenutnim družabnim življenjem</b>	$\bar{x} \pm \sigma$	povprečni nabor "m"
1	Individualni dogovor o obsegu delovnega časa	3,58 ± 1,08	7,71
2	Uvedba različnih modelov delovnega časa upoštevajoč obremenitvene faze delovnega procesa	3,91 ± 0,66	9,33
3	Management življenjskega ravnovesja (planiranje prostih dni, dopustov).	3,75 ± 0,86	8,63
4	Definiranje potreb po nadurah in pravična porazdelitev le-teh	4,16 ± 1,02	11,00
5	Sistematično uvajanje programov za preprečevanje izgorelosti na delovnem mestu	4,00 ± 0,85	9,96
6	Razvoj multidimenzionalnih mehanizmov kakovosti življenja zaposlenih (fizičnih funkcij, čustvenega psihološkega stanja, socialne in somatsko psihološke funkcije)	3,83 ± 0,93	9,50
7	Dodatni dopusti poleg zakonsko določenih	3,08 ± 1,24	6,29
8	Informiranost zaposlenih o možnostih in vzpodbudah (študijski dopust ...)	2,91 ± 1,24	5,54
9	Promocija družini prijazne organizacijske politike	3,91 ± 1,08	10,42
10	Usposabljanje zaposlenih z namenom razumevanja značilnosti posameznika in njegovih specifičnih potreb v različnih življenjskih obdobjih	4,16 ± 0,71	11,04
11	Promocija skupnih doživetij (izleti, delavnice ...)	4,00 ± 0,95	9,79
12	Vključevanje odmorov v delovne procese	4,00 ± 0,60	10,21
13	Promocija možnosti psihosocialne pomoči za zaposlene	3,58 ± 0,99	7,58
14	Promocija zmanjševanja stresa na delovnem mestu	4,25 ± 0,62	11,00
15	Promocija kratkih in jedrnatih informacij	3,75 ± 1,05	8,92
16	Promocija pozitivne in napredne miselnosti – na poti k prihodnosti	3,58 ± 0,99	7,75
17	Promocija rešljivosti problemov	3,66 ± 1,15	8,33

	<b>Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na zadovoljstvo s zdravstvenim stanjem</b>	$\bar{x} \pm \sigma$	povprečni nabor "m"
1	Promocija zdravja na delovnem mestu (5 min za zdravje)	3,91 ± 1,08	7,96
2	Promocija in omogočanje aktivnega oddiha zaposlenih (počitniške kapacitete, akcije pri ponudnikih wellnes storitev)	4,50 ± 0,90	10,21
3	Delavnice o zdravem načinu življenja (delavnice za odvajanje od kajenja, normalizacijo telesne teže ...)	3,66 ± 0,98	6,71
4	Promocija detabuizacije obolevnosti (obisk zdravnika brez slabe vesti)	3,41 ± 0,99	5,79
5	Omogočiti zaposlenim, da izvajajo tiste delovne naloge, ki jih jim zdravstveno stanje omogoča	3,16 ± 0,93	4,50
6	Izobraževanja na temo RESILIENCE oziroma osebnega upravljanja s kriznimi situacijami	3,33 ± 1,49	6,17
7	Promocija pozornega vedenja v timu ne glede na vlogo posameznika v timu	3,66 ± 0,49	6,17
8	Omogočanje pridobivanja specifičnih znanj potrebnih v delovnih procesih (kinestetika, ukrepanje ob izbruhu agresije, validacija ...)	4,25 ± 0,75	8,75
9	Izvajanja analiz zdravstvenega stanja zaposlenih in prilagoditev zaposlitvenih ukrepov (več zaposlenih na najbolj obremenjenih mestih ...)	4,58 ± 0,51	10,29
10	Uvedba sistematskih pregledov za vse zaposlene	3,58 ± 1,16	6,58
11	Ureditev zdravega delovnega mesta (svetloba, stoli ...)	3,58 ± 0,90	6,25
12	Promovirati in omogočiti dostop do psihološkega svetovanja za zaposlene, ki kažejo znake preobremenjenosti	4,25 ± 0,90	8,92
13	Promocija in dostopnost zdrave prehrane na delovnem mestu	4,16 ± 0,57	8,38
14	Promocija posledic kajenja in konzuma energijskih pijač	4,16 ± 0,83	8,33



	<b>Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na vpliv vrednot.</b>	$\bar{x} \pm \sigma$	povprečni nabor "m"
1	Jasno začrtana vizija organizacije, ki vključuje promocijo za razvoj organizacije potrebnih vrednot	3,33 ± 0,98	6,08
2	Delavnice o pomenu in vlogi vrednot v timu	4,50 ± 0,90	11,54
3	Promocija občutka pripadnosti organizaciji med zaposlenimi	3,66 ± 0,98	7,33
4	Implementacija orodij in skupin za samoocenjevanje za vse zaposlene	3,75 ± 0,96	8,00
5	Omogočanje možnosti razprave o spremembah in njihovih posledicah	3,66 ± 1,07	7,29
6	Promocija uspešnosti ob uspešno rešenih nalogah	3,50 ± 0,79	6,79
7	Promocija prijaznega, vendar odločnega določanja delovnih nalog	3,50 ± 0,90	7,00
8	Promocija poznavanje vizije organizacije med zaposlenimi	3,58 ± 0,99	7,42
9	Oblikovanje, promocija in upoštevanje željenega načina vodenja	4,16 ± 0,71	9,71
10	Promocija situativnega vodenja	4,08 ± 0,51	9,75
11	Učenje in promocija ukrepanja po načelih metod neurolingvističnega programiranja NLP	3,83 ± 0,71	8,63
12	Definiranje zelenega vedenja ob odhodih zaposlenih	3,25 ± 0,86	5,83
13	Organizacija delavnic na temo empatije na vseh nivojih organizacije	4,16 ± 0,93	9,83
14	Spoštljiv odnos do odhajajočih zaposlenih	3,75 ± 0,96	7,46
15	Oblikovanje in uvajanje ukrepov za privabljanje »dobrih« in kompetentnih zaposlenih z ustreznim nivojem izobrazbe glede na zahteve specifičnega delovnega mesta	3,66 ± 0,65	7,33

	<b>Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na vpliv komepetnc.</b>	$\bar{x} \pm \sigma$	povprečni nabor "m"
1	Omogočanje usposabljanja zaposlenih v obliki seminarjev, delavnic	3,91 ± 0,90	7,83
2	Promocija nadaljnega izobraževanja zaposlenih (finančna in časovna podpora)	4,33 ± 0,98	10,17
3	Organizacija predavanj, ki so vezana na specifično aktualno problematiko	4,50 ± 0,67	11,13
4	Oblikovanje jasnih kriterijev o sodelovanjih na izobraževanjih in izpopolnjevanjih glede na stopnjo izobrazbe, posedovane kompetence in potrebe delovnega mesta	4,08 ± 0,79	8,79
5	Oblikovanje in upoštevanje kriterijev in predpisov pri izboru novih zaposlenih	4,25 ± 0,75	9,00

6	Uvedba registra kompetenc zaposlenih	3,91 ± 0,79	7,96
7	Ozaveščanje in krepitev kompetenc zaposlenih	3,66 ± 0,88	6,58
8	Prepoznavanje kompetenc posameznikov (implementacija DIGS modela – vsak posameznik ima lastnosti, ki lahko koristijo organizaciji), le-te je potrebno prepoznati in umestiti v delovne procese	4,25 ± 0,75	9,71
9	Vključevanje zaposlenih pri pripravi načrtov za izobraževanje in izpopolnjevanje (kratkoročnih, srednjeročnih in dolgoročnih)	4,25 ± 0,96	10,38
10	Pridobivanje socialnih kompetenc s pomočjo izobraževanj (npr. s področja paliativne oskrbe)	4,00 ± 0,95	8,58
11	Izobraževalni programi, prilagojeni potrebam delodajalcev	4,00 ± 0,60	8,42
12	Promocija kritičnega razmišljanja	3,66 ± 0,98	7,00
13	Evalvacija vsebine in načina praktičnega usposabljanja	3,91 ± 0,66	7,88
14	Načrtovanje spremembe delovnih nalog ali organizacije, tako da se pri tem upošteva znanja in kompetence zaposlenih	3,75 ± 1,13	7,33
15	Implementacija kompetenc zaposlenih v strateške načrte razvoja organizacije.	3,91 ± 0,99	8,58
16	Organizacija izobraževanj in promocija ukrepov za osebno rast	3,66 ± 0,98	6,63

	<b>Predlagani ukrepi za podaljšanje delovne sposobnosti, ki se nanašajo na vpliv motivacije</b>	$\bar{x} \pm \sigma$	povprečni nabor "m"
1	Nagrajevanja, javne pohvale	3,75 ± 0,62	6,79
2	Promocija sodelovanja pri projektne delu	4,25 ± 0,96	10,71
3	Omogočanje sodelovanja z drugimi institucijami, promocija dobrih praks izmenjava izkušenj med institucijami	4,00 ± 0,60	8,38
4	Jasno definiranje delovnih obveznosti (časovno in vsebinsko)	4,00 ± 0,60	8,38
5	Efektivno upravljanje z absentizmom na delovnem mestu	4,25 ± 0,62	10,04
6	Možnost štipendiranja potrebnih kadrov	3,25 ± 0,75	5,08
7	Promocija vloge in pomena poklica in posameznika v delovnih procesih	3,91 ± 0,79	8,04
8	Promocija pozitivne podobe institucionalnega varstva in zaposlenih	3,58 ± 1,08	6,96
9	Zagotavljanje raznolikih delovnih nalog	3,75 ± 0,86	7,25
10	Zagotavljanje povratnih informacij o opravljanju delu	3,50 ± 0,67	5,75
11	Transparentni urniki dela (poštena razporeditev glede na delovni čas in delovne naloge, pravočasna izdaja urnika, mesečni urniki dela)	4,08 ± 0,90	9,25

<b>12</b>	Promocija občutka timske in organizacijske pripadnosti	4,41 ± 0,66	10,96
<b>13</b>	Promocija pravil vedenja v timu (pozdravljanje, naslavljanje, prosim, hvala, oprostite)	4,25 ± 1,05	10,38
<b>14</b>	Promocija zdravega humorja na delovnem mestu	4,41 ± 0,51	11,04
<b>15</b>	Izobrazbi in kompetencam primerno delovno mesto (preobremenjenost, dolgočasje in rutina na delovnem mestu)	4,25 ± 0,96	10,83
<b>16</b>	Promocija iniciativnosti in kreativnosti na delovnem mestu	4,33 ± 0,77	10,79
<b>17</b>	Navdih namesto motivacije kot naloga vodilnih	4,58 ± 0,51	12,38

# IZJAVA O AVTORSKEM DELU



ALMA MATER  
EUROPAEA  
ECM

07

## IZJAVA O AVTORSKEM DELU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIJE ZAKLJUČNEGA DELA

Priimek in ime študenta	Štandeker Nataša
Vpisna številka	41003933
Študijski program	doktorski študijski program Socialna gerontologija
Naslov zaključnega dela:	Socialogerontološki model podaljšanja delovne sposobnosti zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših
Naslov v angleščini:	Social-gerontological Model of prolonging the Working ability of Employees from the field of the institutional care of the elderly.
Mentor:	izr.prof. dr. Nadja Plazar
Somentor:	izr.prof. dr. Bojana Filej
Mentor iz podjetja:	

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom SOCIALNOGERONTOLOŠKI MODEL PODALJŠANJA DELOVNE SPOSOBNOSTI ZAPOSLENIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU SATREJŠIH izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- Sem poskrbel/a da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženem delu navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- Se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata, bodisi v obliki dobesednega parafraziranja, bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oziroma ideje predstavljene kot moje lastne, kaznivo po zakonu (Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah, UrL RS št. 139/2006 s spremembami),
- V primeru kršitve zgoraj navedenega zakona prevzemam vso moralno, kazensko in odškodninsko odgovornost,

Podpisani-a NATAŠA ŠTANDEKER izjavljam, da sem za potrebe arhiviranja oddal/a elektronsko verzijo zaključnega dela v Digitalno knjižnico. Zaključno delo sem izdelal-a sam-a ob pomoči mentorja. V skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Uradni list RS, št. 16/2007) dovoljujem, da se zgoraj navedeno zaključno delo objavi na portalu Digitalne knjižnice. Prav tako dovoljujem objavo osebnih podatkov vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto in kraj rojstva, datum diplomiranja, naslov diplomskega dela) na spletnih straneh in v publikacijah Alma Mater.

Tiskana verzija zaključnega dela je istovetna elektronski verziji, ki sem jo oddal/a za objavo v Digitalno knjižnico.

Datum in kraj:

Maribor, 27.08.2020

Podpis študent/ke:

# IZJAVA LEKTORJA



ALMA MATER  
EUROPAEA  
ECM

06

## POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)

Suzana Grobelšek

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

Univerzitetno diplomirana profesorica slo-ang

potrjujem, da sem lektoriral(a) zaključno delo študenta(ke)

Nataše Štandeker

z naslovom:

Sociologopovratološki modeli podaljšanja delovne  
splosobnosti zaposlenih v institucijskem  
kariernem stopnjem.

Kraj:

Lj. Velika

Datum:

26.08.2020

Podpis: