

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

DOKTORSKA DISERTACIJA

Tanja Žmauc

ALMA MATER EUROPAEA

Evropski center, Maribor

Doktorska disertacija
študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIALNA GERONTOLOGIJA

**MODEL USPEŠNEGA STARANJA
ZAPOSLENIH NA PODROČJU ZDRAVSTVENE
NEGE**

Mentorica: prof. dr. (Republika Finska) Danica Železnik

Kandidatka: Tanja Žmauc

Maribor, oktober 2019

ZAHVALA

Ko se ob zaključku življenjskega projekta oziram nazaj, čutim neskončno olajšanje, saj so bila zadnja leta usmerjena v krmarjenje med urniki dela na različnih strokovnih področjih v zdravstveni negi, pripravi doktorske disertacije, prostočasnimi aktivnosti in družinskimi obveznostmi. Kljub temu pa študija niso zaznamovali le napor, temveč ljudje, ki so v ključnih trenutkih vstopili v moje življenje in doprinesli pomemben delež h končnemu cilju.

V prvi vrsti se želim zahvaliti spoštovani mentorici prof. dr. (Republika Finska) Danici Železnik, za usmerjanje, podporo in spodbudo.

Zahvaljujem se vodstvu bolnišnic, ki so izdali soglasje za izvedbo raziskave.

Pomemben prispevek h končanemu projektu so doprinesli sodelujoči v raziskavi. Izvajalci zdravstvene nege, ki so si vzeli čas in izpolnili vprašalnik.

Zahvala gre tudi Občini Ormož in Splošni bolnišnici Murska Sobota za sofinanciranje študija, kar je pomembno olajšalo finančno breme celotnega projekta.

Posebna zahvala gre mojemu življenjskemu sopotniku, ki je bil ob meni pri vseh najpomembnejših aktivnostih, ko je disertacija nastajala, dobivala strukturo in končno obliko. Dragi Oto, bil si moja spodbuda, svetovalec in poslušalec. Ko je bilo najtežje, ti nisi popuščal. Z neizmerno vztrajnostjo in potrpežljivostjo si dosegel, da sva nadaljevala. Bil si steber na katerega sem se opirala, ko je zmanjkalo tal ter skala na katero so butali valovi veselja, nemoči, frustracij in zmagoslavja. Neskončno te spoštujem in sem ti hvaležna.

Dragi Marsel, tudi tebi se zahvaljujem za pomoč in podporo, spodbudne besede in konkretne aktivnosti pri nastajanju doktorske disertacije. To zate ni bilo nekaj novega. Večji del tvojega otroštva in odrasčanja sem se posvečala študiju in poklicnim izzivom, da bi nama bilo nekoč boljše. Razumel si. Samo ti veš kako težko nama je bilo. V tem času si odrastel. Zamujenega časa ti ne morem več povrniti, zato ti posvečam to doktorsko disertacijo. Naj te spomni, da je vse mogoče in noben cilj ni nedosegljiv.

POVZETEK

Posledice demografskih sprememb se kažejo tudi v starostni strukturi izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji, saj je tretjina vseh že dopolnila 50 let. V doktorski disertaciji smo raziskovali, v kakšnem delovnem okolju se starajo izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti v Sloveniji in kateri dejavniki iz delovnega mesta jih ogrožajo. Namen doktorske disertacije je predstaviti model uspešnega staranja izvajalcev zdravstvene nege.

Opravljeni sta bili dve vzporedni raziskavi, v katerih smo zajeli srednji management zdravstvene nege ($n = 89$) in izvajalce zdravstvene nege 50+ ($n = 433$), ki smo jim izračunali tudi indeks delovne zmožnosti. Iz tega izhaja, da smo v doktorski disertaciji uporabili tri merske instrumente.

Ugotovljeno je bilo, da srednji management in izvajalci zdravstvene nege 50+ dojemajo organizacijo dela in delovne pogoje podobno, vendar so sodelujoči iz skupine srednjega managementa oboje ocenjevali kot težje, čeprav ne vedno statistično značilno. Izračunan indeks delovne zmožnosti izvajalcev zdravstvene nege 50+ je bil na spodnji meji ocene dobro, kar kaže na potrebo po reorganizaciji dela.

Rezultati obeh raziskav in izmerjena delovna sposobnost izvajalcev zdravstvene nege 50+ so nam sugerirali ključne elemente, s katerimi smo oblikovali model uspešnega staranja v zdravstveni negi in je osredotočen na delovno enoto ter dovolj splošen, da je primeren za implementacijo tudi na drugih področjih zdravstvenega nege.

Predlagani model uspešnega staranja je osnova za ukrepe, ki bodo ohranjali zdravje in delovno sposobnost zaposlenih v zdravstveni negi vse do upokojitvene starosti. Pri tem bo ob podpori socialnega gerontologa imel ključno vlogo srednji management v zdravstveni negi.

Ključne besede: izvajalci zdravstvene nege 50+, srednji management, bolnišnična dejavnost, uspešno staranje, indeks delovne zmožnosti.

ABSTRACT

The consequences of demographic change are also reflected in the age structure of nurses. In Slovenia, one-third of all nurses are over 50 years old. In the doctoral dissertation, we sought to recreate the conditions of work environment in which nurses from secondary level of health care in Slovenia aged 50+ are aging, with the goal of determining which factors arising from the workplace are at risk. The purpose of the doctoral dissertation is to present a model of successful aging in nursing care.

We conducted two parallel studies in which mid nursing management (n = 89) and nurses 50+ (n = 433) were included, whereby we also calculated the working ability index. In the doctoral dissertation, we used three measuring instruments.

Research has shown that the mid nursing management and healthcare providers 50+ perceives the organization of work and working conditions in a similar way, but the participants in middle management have assessed it as difficult, although not always statistically significant. The calculated work ability index of nurses 50+ is on the lower level of grade good of the assessment, which indicates the need to reorganize the work.

The results of both surveys and the measured working capabilities of nurses 50+ gave us the key elements with which we developed a model of successful aging in nursing, which is focused on the work unit and general enough, that it is also suitable for implementation in other areas of healthcare.

The proposed model of successful aging is the basis for measures that will preserve the health and working ability of the employees in nursing care until the retirement age, with the support of the social gerontologist as the middle nursing management.

Keywords: nurses aged 50+, middle management, hospital nursing care, successful aging, work ability index.

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 Predstavitev teme in problema raziskovanja.....	3
1.2 Namen in cilji doktorske disertacije	5
1.3 Opredelitev temeljnih raziskovalnih vprašanj in hipotez.....	6
1.4 Opredelitev metod raziskovanja	7
1.4.1 Metode in tehnike raziskave	7
1.4.2 Vzorec	9
1.4.3 Postopek zbiranja in obdelave podatkov	11
1.5 Opredelitev omejitev raziskave	11
2 STARANJE ZAPOSLENIH V DELOVNEM OKOLJU	13
2.1 Staranje na delovnem mestu.....	14
2.1.1 Stereotipi in diskriminacija povezani s starejšimi zaposlenimi	16
2.1.2 Varnost in zdravje pri delu.....	19
2.1.3 Psihosocialna tveganja in stres	22
2.1.4 Bolezni kostno-mišičnega sistema.....	25
2.1.5 Delovni čas	28
2.1.6 Starejše ženske v delovnem okolju	34
2.1.7 Odsotnost zaradi bolezni pri starejših zaposlenih.....	37
2.1.8 Management starejših zaposlenih	38
2.2 Vpliv delovnega okolja na izvajalce zdravstvene nege 50+	42
2.2.1 Okolje zdravstvene nege	42
2.2.2 Zgodovina zdravstvene nege v Sloveniji	44
2.2.3 Definicije zdravstvene nege.....	46
2.2.4 Izvajalci zdravstvene nege v Sloveniji.....	47
2.2.5 Izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji.....	49
2.2.6 Zdravstvena nega v številkah.....	51
2.2.7 Vpliv psihosocialnih dejavnikov delovnih mest na izvajalce zdravstvene nege ..	54
2.2.8 Vpliv nočnega in izmenskega dela na izvajalce zdravstvene nege.....	58
2.2.9 Bolezni kostno-mišičnega sistema pri izvajalcih zdravstvene nege	63
2.2.10 Odsotnost zaradi bolezni pri izvajalcih zdravstvene nege	67
2.2.11 Management izvajalcev zdravstvene nege 50+	71

2.3 Humanizacija dela v zdravstveni negi	74
2.3.1 Ergonomija v zdravstveni negi	76
2.3.2 Promocija zdravja pri delu	79
2.4 Delovna sposobnost	85
2.4.1 Indeks delovne sposobnosti	88
2.4.2 Modifikacije instrumenta za merjenje WAI	91
2.4.3 Indeks delovne sposobnosti pri izvajalcih zdravstvene nege.....	92
2.4.4 Uporabna vrednost ocene delovne sposobnosti za management zdravstvene nege	95
2.5 Uspešno staranje	106
2.6 Model izbire, optimizacije in kompenzacije	109
2.7 Ocena dosedanjih raziskovanj na obravnavanem področju	113
3 RAZISKOVALNI DEL	120
3.1 Namen in cilji raziskovanja	120
3.2 Raziskovalne hipoteze, raziskovalna vprašanja	121
3.3 Raziskovalna metodologija	122
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	122
3.3.2 Opis instrumentov	122
3.3.3 Opis vzorca	125
3.3.4 Opis obdelave podatkov.....	130
3.4 Rezultati	134
3.5 Rezultati anketnega vprašalnika_1	134
3.5.1 Demografski podatki.....	134
3.5.2 Rezultati »Struktura zaposlenih v proučevani delovni enoti glede na spol in starost«	135
3.5.3 Rezultati sklopa vprašanj »Starejši zaposleni v zdravstveni negi«.....	136
3.5.4 Rezultati sklopa vprašanj »Delovno okolje in organizacija dela v zdravstveni negi	142
3.5.5 Rezultati sklopa vprašanj »Dejavniki tveganja, povezani z delovnim mestom v zdravstveni negi«	143
3.5.6 Rezultati sklopa vprašanj »Izboljšave organizacije dela in delovnih pogojev v zdravstveni negi«	145
3.5.7 Rezultati sklopa vprašanj »Zdravstveno stanje zaposlenih v zdravstveni negi«	148
3.6 Rezultati anketnega vprašalnika_2	149

3.6.1	Demografski podatki.....	149
3.6.2	Rezultati sklopa »Podatki o poklicu in področju dela«	149
3.6.3	Ocena delovnega mesta	150
3.6.4	Ocena splošnega zadovoljstva izvajalcev zdravstvene nege 50+	151
3.6.5	Ocena delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege 50+.....	152
3.6.6	Rezultati sklopa vprašanj »Zdravstvene in druge težave«	152
3.6.7	Rezultati sklopa vprašanj »Organizacija dela«	154
3.6.8	Rezultati sklopa vprašanj »Pogoji dela«	159
3.6.9	Rezultati sklopa »Varnost in zdravje pri delu«.....	160
3.6.10	Rezultati odgovorov na vprašanje »Pogled v prihodnost«	161
3.6.11	Rezultati sklopa vprašanj »Reorganizacija delovnih pogojev«	161
3.7	Rezultati merjenja delovne sposobnosti (WAI)	164
3.7.1	Rezultati merjenja WAI po vprašanjih, kot si sledijo v vprašalniku	165
3.7.2	Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi z namero ostati v službi po preteku upokojitvene starosti	173
3.7.3	Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi s starostjo.....	174
3.7.4	Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi s trenutno oceno delovne sposobnosti.....	176
3.7.5	Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi z demografskimi dejavniki.....	177
3.7.6	Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi z življenjskim slogom	179
3.7.7	Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi s področjem dela	180
3.7.8	Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi z organizacijo dela... ..	182
3.7.9	Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi s pogoji dela	185
3.7.10	Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi z uporabo strategij izbire, optimizacije in kompenzacije (SOC)	188
3.8	Primerjava rezultatov med anketnim vprašalnikom_1 in anketnim vprašalnikom_2.....	189
3.8.1	Ocena organiziranosti delovnega procesa.....	189
3.8.2	Ocena pogojev dela.....	192
3.9	Razprava	195
3.9.1	Preverjanje hipotez in raziskovalnih vprašanj	209
3.9.2	Oblikovanje modela uspešnega staranja izvajalcev zdravstvene nege 50+	230

3.9.3	Elementi modela uspešnega staranja zaposlenih v zdravstveni negi.....	232
3.9.4	Možnost implementacije modela uspešnega staranja zaposlenih v zdravstveni negi	234
4	ZAKLJUČEK	235
5	PRISPEVEK K ZNANOSTI	236
6	LITERATURA	237
PRILOGE		
Priloga A: Anketni vprašalnik_1		
Priloga B: Anketni vprašalnik_2		
Priloga C: Odzivnost nagovorjenih ciljnih skupin na sodelovanje v raziskavi		
Priloga D: Podatki o članstvu iz registra Zbornice-Zveze		
Priloga E: Statistične analize, ki niso prikazane v poglavju rezultati		
IZJAVA O AVTORSTVU		
IZJAVA LEKTORJA		

KAZALO TABEL

Tabela 1: Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva glede na gospodarsko dejavnost.....	27
Tabela 2: Kazalniki bolniškega staleža po spolu in starosti za leto 2016.....	38
Tabela 3: Kazalniki zaposlenih v zdravstveni in babiški negi v Sloveniji 2016	52
Tabela 4: Zaposleni v zdravstveni negi glede na mesto zaposlitve v Sloveniji 2016	52
Tabela 5: Podatki iz registra zdravstvene in babiške nege v Sloveniji, januar 2017.....	53
Tabela 6: Vrste preventivnih ukrepov za zmanjševanje tveganja	75
Tabela 7: Največja dovoljena masa bremena (v kg) glede na starost in spol zaposlenega .	78
Tabela 8: Elementi merskega instrumenta za merjenje WAI s točkovanjem.....	88
Tabela 9: Razvrstitev in interpretacija končne ocene WAI.....	88
Tabela 10: Pregled raziskav delovne zmožnosti med izvajalci zdravstvene nege	97
Tabela 11: Število sodelujočih v raziskavi iz skupine srednjega managementa in skupine izvajalcev zdravstvene neg 50+.....	126
Tabela 12: Demografski podatki sodelujočih v raziskavi s področja srednjega managementa (anketni vprašalnik_1).....	127
Tabela 13: Demografski podatki izvajalcev zdravstvene nege 50+ (anketni vprašalnik_2)	128
Tabela 14: Delež izvajalcev zdravstvene nege 50+ izračunan iz podatkov srednjega managementa	135
Tabela 15: Odgovori anketirancev glede deleža starejših zaposlenih od 60 let v letu 2020 – primerjava.....	136
Tabela 16: Definicija starejšega delavca po mnenju srednjega managementa.....	137
Tabela 17: Prikaz odgovorov »da« na trditve, ki se nanašajo na primerjavo starejših zaposlenih z mlajšimi in primerjava rezultatov.	140
Tabela 18: Lastnosti starejših zaposlenih, kot jih dojema srednji management.....	142
Tabela 19: Možnosti za implementacijo izboljšav v obstoječe stanje.....	145
Tabela 20: Prikaz izvedljivosti implementacije predlaganih ukrepov glede na trenutne organizacijske možnosti	147
Tabela 21: Pogostost pojava zdravstvenih težav pri izvajalcih zdravstvene nege 50+	148
Tabela 22: Prisotnost absentizma pri izvajalcih zdravstvene nege, starih 50 let in več	149
Tabela 23: Področje dela izvajalcev zdravstvene nege 50+	150

Tabela 24: Opredelitev izvajalcev zdravstvene nege 50+ glede primernosti njihovega delovnega mesta za starejše zaposlene	151
Tabela 25: Ocena splošnega zadovoljstva izvajalcev zdravstvene nege 50+	152
Tabela 26: Prisotnost dejavnikov, ki so posledica življenjskega sloga pri izvajalcih zdravstvene nege 50+	153
Tabela 27: Odgovori izvajalcev zdravstvene nege 50+ na vprašanje, ali so po 50. letu več odsotni zaradi zdravstvenih razlogov kot pred tem	154
Tabela 28: Primerjava prilagoditvenih strategij izvajalcev zdravstvene nege 50+ (izbira, optimizacija, kompenzacija) z raziskavo Müller idr. (2013).....	156
Tabela 29: Tveganja delovnega mesta, ki jih dojemajo izvajalci zdravstvene nege 50+..	160
Tabela 30: Prihodnost, kot jo vidijo izvajalci zdravstvene nege 50+	161
Tabela 31: Obstoje pogojev za implementacijo ukrepov za reorganizacijo delovnega okolja	162
Tabela 32: Prilagajanje organizacije dela potrebam izvajalcev zdravstvene nege 50+....	163
Tabela 33: Namera ostati v službi tudi po dosegu upokojitvene starosti	164
Tabela 34: Točkovanje rezultatov WAI po posameznih dimenzijah	165
Tabela 35: Ocena zahtevnosti delovnega mesta kot ga dojemajo izvajalci zdravstvene nege 50+	166
Tabela 36: Trenutna delovna sposobnost pri izvajalcih zdravstvene nege 50+	166
Tabela 37: Število bolezni/ diagnoz pri izvajalcih zdravstvene nege 50+	168
Tabela 38: Ocena oviranosti pri delu zaradi zdravstvenih težav izvajalcev zdravstvene nege 50+	169
Tabela 39: Prikaz odsotnosti zaradi bolezni izvajalcev zdravstvene nege 50+ v zadnjih 12 mesecih	170
Tabela 40: Prikaz prognoze delovne sposobnosti zaposlenih v zdravstveni negi 50+, v naslednjih dveh letih.....	171
Tabela 41: Prikaz izračunanih vrednosti sedmih dimenzij merskega instrumenta WAI...	172
Tabela 42: Ocena WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ po kategorijah	173
Tabela 43: Razlika ocene WAI med odgovori, ki se nanašajo na namen ostati v službi tudi po dosegu upokojitvene starosti	174
Tabela 44: Določitev regresijske funkcije	175
Tabela 45: Izračun intervala zaupanja koeficienta korelacije ρ	177
Tabela 46: Ocena WAI v povezavi z demografskimi dejavniki izvajalcev zdravstvene nege 50+	178

Tabela 47: Povezava spremenljivk »življenjski slog« z oceno WAI	179
Tabela 48: Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi s področjem dela ..	181
Tabela 49: Prikaz monotone povezanosti spremenljivk »Organizacija dela« in WAI (r_s)	183
Tabela 50: Prikaz monotone povezanosti spremenljivk »Pogoji dela« in WAI (r_s).....	186
Tabela 51: Opisne statistike spremenljivk sklopa »Organizacija dela« za skupino izvajalcev zdravstvene nege 50+ ter skupino srednjega managementa.....	189
Tabela 52: T-test razlik povprečnih vrednosti odgovorov za spremenljivke sklopa »organizacija dela«, za skupino srednjega managementa in skupino zaposlenih v zdravstveni negi 50+	191
Tabela 53: Opisne statistike spremenljivk sklopa »Pogoji dela« za skupino izvajalcev zdravstvene nege 50+ ter skupino srednjega managementa.....	193
Tabela 54: T-test razlik aritmetične srednje vrednosti odgovorov za spremenljivke sklopa »pogoji dela«, za skupino izvajalcev zdravstvene nege 50+ in skupino srednjega managementa.....	194
Tabela 55: Frekvenčna porazdelitev števila prisotnih indikatorjev življenjskega sloga pri izvajalcih zdravstvene nege 50+.....	211
Tabela 56: Opisne statistike tvorjene spremenljivke »življenjski slog«.....	211
Tabela 57: Rezultati t-testa za en vzorec – »življenjski slog« pri zaposlenih v zdravstveni negi 50+	212
Tabela 58: Osnovne opisne statistike za »obremenitev izvajalcev zdravstvene nege 50+, v bolnišnični dejavnosti« glede na področje dela.....	213
Tabela 59: Rezultati Mann-Whitneyevega preizkusa razlik v obremenitvi izvajalcev zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti za vsak par področij dela	215
Tabela 60: Opisne statistike spremenljivk sklopa »Pogoji dela« kot jih dojemajo izvajalci zdravstvene nege 50+	218
Tabela 61: Rezultati Kruskal-Wallisovega preizkusa razlik v pogojih dela pri izvajalcih zdravstvene nege 50+, glede na diagnozo/obstoj bolezni kostno-mišičnega sistema	220
Tabela 62: Rezultati faktorjske analize po metodi glavnih osi in z Varimax rotacijo za sklop spremenljivk »organizacija dela«	222
Tabela 63: Rezultati faktorjske analize po metodi glavnih osi in z Varimax rotacijo za sklop spremenljivk izbira, optimizacija in kompenzacija	223
Tabela 64: Opisne statistike tvorjenih spremenljivk	224
Tabela 65: Rezultati analize korelacij med problemi, ki izhajajo iz organizacije dela in strategijami uspešnega staranja, ki se jih poslužujejo izvajalci zdravstvene nege 50+.....	225

Tabela 66: Opisne statistike spremenljivk sklopa »reorganizacija delovnega okolja« za skupino izvajalcev zdravstvene nege 50+ in skupino srednjega managementa	226
Tabela 67: Rezultati Mann-Whitneyevega preizkusa razlik glede naklonjenosti posameznim spremembam.....	229
Tabela 68: Odzivnost na anketni vprašalnik_1	
Tabela 69: Odzivnost na anketni vprašalnik_2	
Tabela 70: Aritmetična srednja vrednost WAI in WAS pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ glede na področje dela	
Tabela 71: Uporaba strategij modela SOC glede na starost izvajalcev zdravstvene nege 50+	

KAZALO SLIK

Slika 1: Primerjava prebivalstvenih piramid Slovenije za leti 1953 in 2016 ter projekcija za leto 2056	2
Slika 2: Prikaz bolniškega staleža po skupinah bolezni v zdravstvu.....	69
Slika 3: Prikaz trajanja ene odsotnosti glede na skupine bolezni v zdravstvu in socialnem varstvu	70
Slika 4: Konceptualni model odnosov med z delom povezanimi fizičnimi in psihosocialnimi dejavniki, življenjskim slogom ter delovno sposobnostjo in posledicami za delovno uspešnost.....	86
Slika 5: Gradniki delovne sposobnosti	87
Slika 6: Končni model uspešnega staranja v odnosu do namere ostati v organizaciji, med starejšimi zaposlenimi	118
Slika 7: Diagram poteka raziskave	133
Slika 8: Prikaz dejavnikov, ki so prisotni pri starejših zaposlenih v primerjavi z mlajšimi zaposlenimi.....	139
Slika 9: Percepcija starejših zaposlenih v primerjavi z mlajšimi zaposlenimi – primerjava rezultatov EU-OSHA (2013) in našo raziskavo	141
Slika 10: Prikaz najbolj rizičnih poklicnih skupin za poklicna tveganja v zdravstveni negi po mnenju srednjega managementa.....	144
Slika 11: Razsevni diagram vrednosti komponent izbira, optimizacija in kompenzacija .	158
Slika 12: Prikaz uporabe SOC-a glede na starost izvajalcev zdravstvene nege 50+.....	159
Slika 13: Razsevni diagram ocene WAI v odvisnosti od starosti sodelujočih v raziskavi	175
Slika 14: Razsevni diagram povezanosti med oceno WAI in trenutne delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege 50+	176
Slika 15: Statistično pomembna povezanost spremenljivk »Organizacija dela« z WAI ..	184
Slika 16: Statistično pomembna povezanost spremenljivk »Pogoji dela« z WAI	187
Slika 17: Odnos med uporabo SOC-a in oceno WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+	188
Slika 18: Dejavniki, povezani z višjim WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+	206
Slika 19: Prisotnost posameznih indikatorjev življenjskega sloga pri zaposlenih v zdravstveni negi 50+.....	210
Slika 20: Grafični prikaz trenutnih zdravstvenih težav izvajalcev zdravstvene nege 50+	217

Slika 21: Razsevni diagram razkoraka med izvajalci zdravstvene nege 50+ in srednjim managementom v njihovi naklonjenosti k spremembam delovnega okolja.....	228
Slika 22: Model uspešnega staranja izvajalcev zdravstvene nege 50+ na osnovi rezultatov raziskave	231
Slika 23: Model uspešnega staranja zaposlenih v zdravstveni negi	232

1 UVOD

Staranje prebivalstva v Evropi je dolgoročni trend, ki se je začel že pred nekaj desetletij. Ta trend je viden v preobrazbi starostne strukture prebivalstva in se odraža v vse večjem deležu starejših oseb ter v upadu delovno sposobnih oseb v celotni populaciji (Eurostat 2016). Mediana starosti prebivalstva EU-28¹ je 1. januarja 2016 znašala 42,6 let (Eurostat 2017). V letu 2016 je bila povprečno »najstarejša« država Italija (največji delež starejših prebivalcev ali 22,0 %), povprečno »najmlajša« pa Irska z največjim deležem (22,0 %) mladih prebivalcev (Statistični urad Republike Slovenije 2017a, 16).

V Sloveniji je bila konec leta 2016 povprečna starost 43 let. V letu 2016 so bili petdesetletniki (prebivalci rojeni 1966. leta) druga najštevilčnejša generacija (Statistični urad Republike Slovenije 2017b, 8).

Pričakujemo lahko, da bodo do leta 2030 starejši zaposleni zajemali skoraj četrtno celotne delovne sile (Evropska komisija 2017, 10). Po podatkih Eurofound (2016, 33), pridobljenih v okviru šeste evropske raziskave o delovnih pogojih (ang. Sixth European Working Conditions Survey²) se je delež delovno aktivnih prebivalcev, starih 50 let ali več, v desetih letih izrazito povečal, in sicer z 24,0 % na 31,0 %. Hkrati se je delež mlajših delavcev (starih manj kot 35 let) še naprej zmanjševal, in sicer s 35,0 % v letu 2005 na 30,0 % v letu 2015.

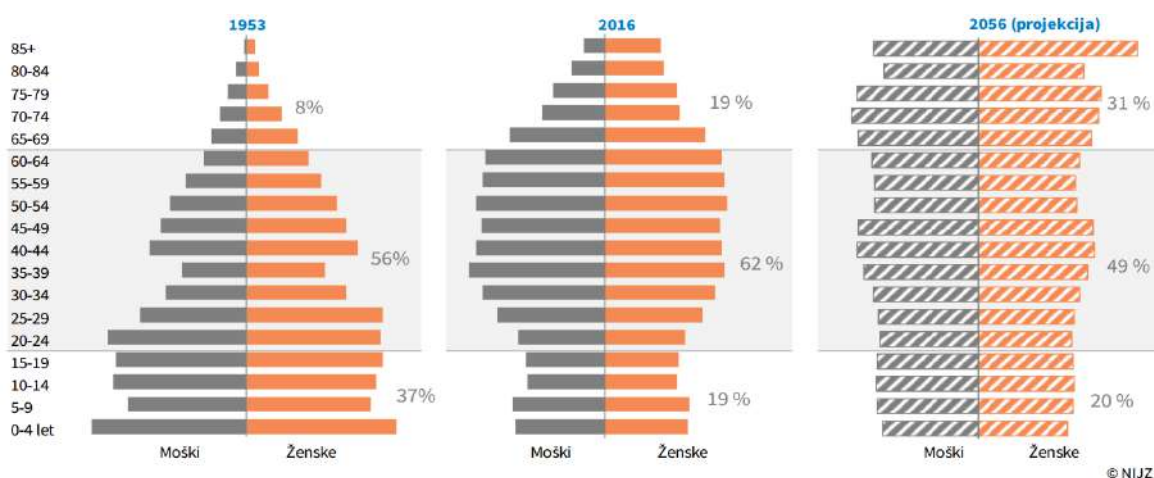
Povečanje števila starejših je mogoče razložiti z večjo dolgoživostjo, saj se pričakovana življenjska doba že več desetletij povečuje. Ta dosežek sodobnega časa se kaže kot »staranje na vrhu« demografske piramide. Po drugi strani pa ima vpliv na staranje populacije dolgoletni upad rojstev, s čimer se zmanjšuje delež mladih. Ta proces je znan kot »staranje na dnu« demografske piramide (Eurostat 2016). Prebivalstvena piramida EU-28 je bila 1.

¹ EU-28 – 28 držav članic Evropske unije (Belgija, Francija, Italija, Luksemburg, Nemčija, Nizozemska, Danska, Irska, Združeno kraljestvo, Grčija, Portugalska, Španija, Avstrija, Finska, Švedska, Ciper, Češka, Estonija, Latvija, Litva, Madžarska, Malta, Poljska, Slovaška, Slovenija, Bolgarija, Romunija, Hrvaška) (Evropska unija 2017).

² Raziskava je bila izvedena med februarjem in decembrom 2015, kjer je sodelovalo 43.850 anketirancev iz 35 evropskih držav, in sicer EU-28, petih državah kandidatkah za članstvo v EU (Albanija, Makedonija, Črna gora, Srbija in Turčija) ter Norveška in Švica (Eurofound 2016, 148). Vzorec je bil reprezentativen za osebe stare 15 let in več (16 let v Bolgariji, na Norveškem, v Španiji in v Združenem kraljestvu), ki so v tednu pred intervjujem opravili vsaj eno uro dela za plačilo (Eurofound 2016, 150). Najmanjša referenčna velikost vzorca na državo je bila 1000. Nekatere države, med njimi tudi Slovenija (n = 1.607) so se odločile za povečanje vzorca (Eurofound 2016, 151–152).

januarja 2015 ozka na dnu in zaradi tako imenovane generacije »baby boom«³, ki je posledica visoke rodnoti sredi 1960-tih v več evropskih državah vse bolj prevzema obliko romba. Ta generacija še vedno predstavlja največji delež delovno sposobnega prebivalstva. Prvi iz te kohorte so sedaj že dosegli upokojitveno starost (Eurostat 2016). Slika 1 prikazuje primerjavo prebivalstvenih piramid Slovenije za leti 1953 in 2016 ter projekcijo za leto 2056 (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2018a, 1–6).

Slika 1: Primerjava prebivalstvenih piramid Slovenije za leti 1953 in 2016 ter projekcija za leto 2056



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2018a, 1–6.

Drugi vidik vse bolj starajoče se populacije je staranje starejšega prebivalstva, ki narašča hitreje kot druge starostne skupine v EU. Delež oseb, starih 80 let in več v EU-28 bo med letoma 2015 in 2080 narasel iz 5,3 % na 12,3 % (Eurostat 2016).

Delež delovno aktivnega prebivalstva v EU-28 se torej zmanjšuje, relativno število upokojenih pa povečuje. V naslednjih desetletjih se bo delež starejših v celotnem prebivalstvu precej povečal, saj se bo upokojil velik delež generacije »baby boom« iz obdobja po drugi svetovni vojni. Delovno aktivno prebivalstvo bo zato bolj obremenjeno, saj bo moralo kriti socialne izdatke starajočega se prebivalstva za številne storitve, ki jih to potrebuje (Eurostat 2017).

³»Baby boom« pomeni opazno povečanje rodnoti. Generacijo »baby boom« predstavljajo rojeni takoj po drugi svetovni vojni in v času hladne vojne, med leti 1946 in 1964 (Wikipedia 2017a).

Dinamika staranja prebivalstva je torej zelo hitra, kar bo potrebno upoštevati pri pripravi strateških načrtov države (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2018a, 1–6).

1.1 Predstavitev teme in problema raziskovanja

Staranje prebivalstva je demografski trend, ki se mu ne moremo izogniti. Zaradi tega in zaradi kasnejšega upokojevanja v ospredje prihajajo generacijske razlike med zaposlenimi (Ažman idr. 2014, 27). Na spremenjeno demografsko strukturo med zaposlenimi se odziva Evropska komisija⁴ (2014, 5–7), ki med glavne izzive vključuje med drugim izboljšanje preprečevanja z delom povezanih bolezni z obravnavo obstoječih, novih in nastajajočih tveganj. Dobro zdravje in varnost zaposlenih sta nujna za trajnostno delovno življenje ter aktivno in zdravo staranje, zlasti ob upoštevanju, da se aktivno prebivalstvo stara in delovno življenje podaljšuje. To zahteva ustvarjanje varnega in zdravega okolja skozi celotno delovno življenje zaposlenih, ki je vedno bolj raznoliko. Naslednji glavni izziv Evropske komisije (2014, 7) se nanaša na demografske spremembe. Tako je uspešno podaljševanje delovnega življenja močno odvisno od ustrezne prilagoditve delovnih mest in organizacije dela, vključno z delovnim časom, dostopnostjo delovnih mest in intervencijami na delovnem mestu, namenjenimi starejšim zaposlenim.

European Agency for Safety and Health at Work⁵ (v nadaljevanju EU-OSHA) opozarja še na izogibanje starostnim stereotipom, ki se nanašajo na starejše zaposlene, predvsem ženske in se osredotočajo zgolj na njihovo delovno sposobnost (Crawford 2016b, 2).

Bolnišnično okolje je v Evropi prostor, kjer v največji meri delujejo izvajalci zdravstvene nege ter predstavlja del njihovega profesionalnega delovanja v vseh državah. Druga področja, kot so oskrba na domu, promocija zdravja, javno zdravje in vloga pri izobraževanju pacientov in uporabnikov kažejo na vse bolj pomembno vlogo izvajalcev

⁴ Evropska komisija je politično neodvisno izvršno telo. Je edina odgovorna za pripravo predlogov nove evropske zakonodaje in izvaja odločitve Evropskega parlamenta in Sveta EU (Evropska unija 2019).

⁵ Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (ang. European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA) prispeva k varnejšim, bolj zdravim in produktivnim delovnim mestom v Evropi. Agencija raziskuje, zbira in širi zanesljive, uravnotežene in nepristranske informacije o varnosti in zdravju pri delu ter organizira vseevropske kampanje za ozaveščanje. Agencijo, ki ima sedež v Bilbau v Španiji, je leta 1996 ustanovila Evropska unija, povezuje pa predstavnike Evropske komisije, vlad držav članic, združenj delodajalcev in sindikatov ter vodilne strokovnjake iz vseh držav članic EU in zunaj njih (Wikipedija 2017b).

zdravstvene nege v javnem zdravstvenem sistemu, ki je tudi priznana kot del vsakdanje prakse (Büscher idr. 2010, 34)⁶.

Izvajalci zdravstvene nege se danes soočajo z vse večjimi pritiski na delovnem mestu kot posledico višjih zahtev ob hkratnem pomanjkanju kadra (Gabrielle idr. 2008, 323). Avtorji, ki jih povzema Bishop (2013, 942) opisujejo zdravstveno nego kot delovno okolje s težkimi delovnimi nalogami, nefleksibilnimi urniki dela, prekomernim nadurnim delom, z malo možnostmi za strokovno napredovanje in neučinkovitim vodenjem.

Bilban (2014, 20) zelo realistično opiše položaj izvajalcev zdravstvene nege, ki so obremenjeni z znano hierarhijo v zdravstvenem sistemu. Razpeti so med nadrejenim zdravnikom ter na drugi strani pacientom in svojci, ki se mnogokrat raje posvetujejo z njimi kot pa z zdravnikom. Prav ta razpetost med skrbjo za pacienta, sodelovanjem z neposrednim vodjem oziroma zdravnikom ter dostopnostjo svojcem izpostavlja izvajalce zdravstvene nege nenehnemu pritisku glede zahtev, naročil, vprašanj in uslug.

Vse bolj starajoča struktura izvajalcev zdravstvene nege kot posledica demografskih sprememb ter vse večje zahteve delovnih mest v zdravstveni negi predstavljajo velik izziv za management zdravstvene nege. Kako se soočiti z novimi demografskimi trendi v svojih delovnih okoljih? Kot pravi Bishop (2013, 948) bodo uspešni vodje našli načine za spopadanje s temi edinstvenimi izzivi pri oblikovanju zdravega delovnega okolja za starejše izvajalce zdravstvene nege. Vodje zdravstvene nege morajo prepoznati spremenjene potrebe starejših izvajalcev zdravstvene nege ter jim ponuditi podporo, na primer v smislu prilagoditve delovnega urnika ali omogočanja prilagojene telesne vadbe za spodbujanje njihovega zdravja (Gabrielle idr. 2008, 316). Uspešno staranje predpostavlja trajno vlaganje v ohranjanje kompetentnosti (na primer poklicno usposabljanje). Tako bo podaljševanje delovne dobe preko 60-tega ali 65-tega leta starosti dejansko mogoče le v primeru, če smo bili uspešni v prejšnjih poklicnih obdobjih (Höpflinger 2011, 31).

Raziskovalni problem doktorske disertacije izhaja iz potrebe po spremembah v načinu vodenja starejših izvajalcev v zdravstveni negi. Predvsem je pomembno upoštevati

⁶ Raziskava je bila izvedena s ciljem proučiti položaj zdravstvene nege in babištva v evropski regiji. To je bila tretja raziskava, ki jo je opravil Regionalni urad SZO za Evropo, da bi sledil izvajanju načel Münchenske deklaracije. Vprašalniki (144) so bili posredovani v 53 držav (Büscher idr. 2010, 9). Naslovljeni so bili na nacionalna združenja medicinskih sester (56) in babic (28), glavne zastopnike za zdravstveno nego oziroma druge kontaktne točke za področje zdravstvene nege in babištva na Ministrstvih za zdravje v posamezni državi (60). Vprašalnikov, ki so bili vrnjeni med decembrom 2008 in marcem 2009, je bilo 53. Sodelovalo je 35 držav (66,0 %) oziroma 17 Ministrstev za zdravje, 24 s strani nacionalnih združenj medicinskih sester ter 12 iz nacionalnih združenj babic (Büscher idr. 2010, 16–17).

individualne razlike med zaposlenimi, starimi od 50 do 60 let, ki so v tej starostni skupini na splošno bolj izrazite kot v starostni skupini od 30 do 40 let (Höpflinger 2011, 31).

V doktorski disertaciji smo ugotavljali dejavnike delovnih mest, ki imajo v bolnišničnem okolju vpliv na delovno sposobnost izvajalcev zdravstvene nege 50+. Management zdravstvene nege mora prepoznati individualne razlike med zaposlenimi, ki so dopolnili 50 let ter njihove potrebe vključiti v vsakdanje organizacijske sheme. Model uspešnega staranja je tudi osnova za oblikovanje konkretnih ukrepov v delovnem okolju izvajalcev zdravstvene nege 50+. Inovativni element v modelu uspešnega staranja v zdravstveni negi predstavlja poklic socialnega gerontologa, katerega aktivna vloga bo do sedaj manjkajoča povezava med managementom in starejšimi zvajalci zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti, s čemer vplivamo tudi na obstoječo organizacijsko strukturo delovne organizacije.

1.2 Namen in cilji doktorske disertacije

Namen doktorske disertacije je predstaviti model uspešnega staranja izvajalcev zdravstvene nege, starih 50 let in več (v nadaljevanju 50+) v bolnišnični dejavnosti na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Cilji doktorske disertacije so bili:

1. Analizirati stanje in delež zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege, starih 50+ na področju bolnišnične dejavnosti v Sloveniji.
 - Prikazati značilnosti zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti in izpostaviti najbolj stresna delovna mesta.
 - Prikazati področje, organizacijo in pogoje dela zaposlenih v zdravstveni negi, starih 50+ v bolnišnični dejavnosti.
 - Ugotoviti in predstaviti dejavnike tveganja, ki so jim izpostavljeni zaposleni v starostni kategoriji 50+ na področju zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti.
2. Izračunati oceno delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege v starostni kategoriji 50+ v proučevanih delovnih organizacijah.
3. Ugotoviti pogled srednjega managementa na izvajalce zdravstvene nege 50+ v proučevanih delovnih organizacijah.
4. Ugotoviti, kakšnim dejavnikom tveganja so izpostavljeni izvajalci zdravstvene nege 50+ v proučevanih delovnih organizacijah in na katerih delovnih področjih je to bolj izrazito.

5. Ugotoviti, s kakšnimi zdravstvenimi težavami se srečujejo izvajalci zdravstvene nege 50+ v proučevanih delovnih organizacijah.
6. Ugotoviti morebitno razliko v percepciji trenutne situacije v delovnem okolju zdravstvene nege med srednjim managementom proučevanih organizacij in izvajalci zdravstvene nege 50+.
7. Definirati koncept »uspešnega staranja« zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskem prostoru.
8. Oblikovati model uspešnega staranja v zdravstveni negi, v katerem ima ključno vlogo socialni gerontolog.
9. Na podlagi pregleda teorije in opravljene raziskave identificirati dejavnike, ki vplivajo na oblikovanje modela za uspešno staranje zaposlenih na področju zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti.

1.3 Opredelitev temeljnih raziskovalnih vprašanj in hipotez

Z doktorsko disertacijo smo odgovarjali na temeljno vprašanje: Kateri ogrožajoči dejavniki vplivajo na izvajalce zdravstvene nege 50+ in izhajajo iz delovnega okolja zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti?

Skladno z raziskovalnim problemom smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja (v nadaljevanju RV):

RV1: Kolikšen delež izvajalcev zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti ima zdrav življenjski slog?

RV2: Katera so najbolj obremenjujoča delovna področja za izvajalce zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti?

RV3: Kolikšen delež med zaposlenimi v zdravstveni negi 50+ v bolnišnični dejavnosti oboleva zaradi bolezni kostno-mišičnega sistema v primerjavi z drugimi zdravstvenimi težavami, o katerih še poročajo?

RV4: Kateri so problemi, ki izhajajo iz organizacije dela in se zaradi njih izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti poslužujejo lastnih prilagoditvenih strategij?

RV5: Katere so najpogostejše prilagoditvene strategije izvajalcev zdravstvene nege 50+?

RV6: Kašne so razlike v naklonjenosti spremembam v smislu ukrepov za humanizacijo dela med srednjim managementom in izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti?

V skladu z raziskovalnim problemom in raziskovalnimi vprašanji smo oblikovali pet hipotez (v nadaljevanju H):

H1: Večina zaposlenih v zdravstveni negi, starih 50+ v bolnišnični dejavnosti nima zdravega življenjskega sloga.

H2: Obremenitve zaposlenih v zdravstveni negi, starih 50+ v bolnišnični dejavnosti se razlikujejo glede na področje dela.

H3: Obstaja povezava med pogoji dela in kostno-mišičnimi obolenji med izvajalci zdravstvene nege, stari 50+ v bolnišnični dejavnosti.

H4: Izvajalce zdravstvene nege, stare 50+ v bolnišnični dejavnosti obremenjujejo problemi, ki izhajajo iz organizacije dela, zato se poslužujejo lastnih prilagoditvenih strategij.

H5: Med srednjim managementom in izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti obstajajo razlike v naklonjenosti spremembam v smislu ukrepov za humanizacijo dela, upoštevajoč potrebe starejših na področju zdravstvene nege.

1.4 Opredelitev metod raziskovanja

1.4.1 Metode in tehnike raziskave

V teoretičnem delu doktorske disertacije smo opravili pregled relevantne literature in raziskav s področja staranja na delovnem mestu na splošno in se osredotočili na pregled raziskav, povezanih s staranjem zaposlenih v zdravstveni negi. Osredotočili smo se predvsem na tiste vire, ki obravnavajo ogrožajoče dejavnike tveganja za starejše izvajalce zdravstvene nege ter vire, ki predlagajo rešitve v smislu prilagoditev delovnih mest za zmanjševanje dejavnikov tveganja.

Za dostop do tekstovnih zbirk podatkov smo uporabili bibliografske baze EBSCO host, ProQuest in Google Scholar. V polnem besedilu smo se osredotočili predvsem na tiste vire z obravnavano tematiko, ki so bili objavljeni med leti 2006 in 2019 v polnem besedilu. Najpogosteje uporabljene ključne besede so bile: uspešno staranje, strategije uspešnega

staranja na delovnem mestu, delovna sposobnost zaposlenih v zdravstveni negi, indeks delovne zmožnosti/sposobnosti, starejšim zaposlenim prilagojeni delovni pogoji, izvajalci zdravstvene nege v delovnem okolju, management starejših zaposlenih v zdravstveni negi, humanizacija dela v zdravstveni negi, ergonomija v zdravstveni negi, pogoji dela v zdravstveni negi, organizacija dela v zdravstveni negi, absentizem v zdravstveni negi, promocija zdravja na delovnem mestu, psihofizični dejavniki tveganja delovnih mest v zdravstveni negi, vpliv nočnega in izmenskega dela na izvajalce zdravstvene nege, boleznikostno-mišičnega sistema pri izvajalcih zdravstvene nege, varnost in zdravje pri delu itd.

Do statističnih podatkov, ki smo jih uporabili v doktorski disertaciji, smo dostopali na spletnih straneh Statističnega urada Republike Slovenije (SURS), Nacionalnega inštituta za Javno zdravje (NIJZ), Eurobarometra in Eurostata. Prikazani statistični podatki iz navedenih portalov in publikacij se nanašajo na leto 2016, torej obdobje, ko je potekala naša raziskava. V doktorski disertaciji smo se posluževali tudi publikacij, podatkov in raziskav s spletne strani Evropske agencije za varnost in zdravje pri delu (EU-OSHA) ter člankov, izdanih v njihovi spletni enciklopediji OSHWiki.

Za dostop do trenutno veljavnih zakonskih podlag (zakonov, pravilnikov, kolektivnih pogodb in drugih pravnih aktov), ki so se dotikale konkretnih področij v doktorski disertaciji, smo se posluževali preko spletne strani Uradnega lista Republike Slovenije.

Na osnovi pregleda relevantne literature in lastnih izkušenj smo razvili in oblikovali dva merska instrumenta za dve ciljni skupini, in sicer predstavnike srednjega managementa v zdravstveni negi ter izvajalce zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva v Sloveniji. Oba vprašalnika sta bila zaprtega tipa.

Anketni vprašalnik_1 je bil namenjen srednjemu managementu v proučevanih zdravstvenih organizacijah v Sloveniji. Zajemal je 7 sklopov vprašanj. Vprašanja so bila oblikovana na osnovi pregledane literature, delno povzeta iz Evropske javnomnenjske raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu 2013 (EU-OSHA 2013) in lastnih izkušenj (Priloga A).

Anketni vprašalnik_2 je bil namenjen izvajalcem zdravstvene nege 50+ v proučevanih zdravstvenih organizacijah v Sloveniji in je vseboval 11 sklopov vprašanj, ki so bila prav tako oblikovana na osnovi pregledane literature (Müller idr. 2013, 1636), vključenega instrumenta za oceno delovne zmožnosti zaposlenih (Tuomi idr. 2005) in uporabe spletnega orodja – kalkulatorja za izračun delovne zmožnosti (WAI Online Questionnaire, short

version, dostopnega na spletni strani WAI-Netzwerk Deutschland 2016) in lastnih izkušenj (Priloga B).

Sklopi vprašanj, ki se nanašajo na pogoje dela, organizacijo dela in reorganizacijo delovnih okolij, so bili v obeh vprašalnikih enaki, saj smo želeli pridobiti primerjavo med eno in drugo ciljno skupino. Predvsem nas je zanimalo, ali obstajajo razlike v dojemanju posameznih dejavnikov tveganja med srednjim managementom in izvajalci zdravstvene nege 50+.

1.4.2 Vzorec

Z obema raziskavama smo se usmerili k izvajalcem zdravstvene nege v zdravstvenih organizacijah na sekundarni ravni, ki so organizirane kot bolnišnična dejavnost.

Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (v nadaljevanju ZZDej-UPB2) se zdravstvena dejavnost v Sloveniji opravlja na treh ravneh (ZZDej-UPB2, 2. čl.):

- primarna raven (osnovna zdravstvena dejavnost in lekarniška dejavnost);
- sekundarna raven (specialistično ambulantna in bolnišnična dejavnost);
- terciarna raven (dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov).

Zdravstvena dejavnost na sekundarni in terciarni ravni obsega tudi dejavnost javnega zdravja in dejavnosti, povezane z javnim zdravjem na področju zdravja, okolja in hrane.

Bolnišnice se na sekundarnem nivoju v Sloveniji po svojem namenu delovanja delijo na splošne in specialne. V Sloveniji je bilo leta 2016 po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ) 10 splošnih bolnišnic in 11 specialnih (Zdravstveni statistični letopis 2016 2018, 8–6).

ZZDej-UPB2 v 16. členu opredeljuje splošno bolnišnico kot »zdravstveni zavod za zdravljenje več vrst bolezni, ki ima specialistično ambulantno dejavnost in posteljne zmogljivosti najmanj za področje interne medicine, kirurgije, pediatrije in ginekologije ali porodniške dejavnosti« ter specialno bolnišnico kot »zdravstveni zavod za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje določene bolezni oziroma določene skupine prebivalcev, ki mora izpolnjevati vse pogoje za bolnišnico, le da ima posteljne, diagnostične in druge zmogljivosti prilagojene svojemu namenu«. Mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni ravni določa Republika Slovenija po predhodnem mnenju zainteresiranih občin oziroma mesta (ZZDej-UPB2 5. čl.).

Znotraj zdravstvene dejavnosti v Sloveniji, ki po definiciji ZZDej-UPB2 (1. čl.) obsega »ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev«, deluje tudi zdravstvena nega. V našo raziskavo smo vključili dve skupini izvajalcev zdravstvene nege, ki delujejo v okviru bolnišnične dejavnosti na sekundarni ravni, in sicer srednji management zdravstvene nege in izvajalce zdravstvene nege 50+.

V prvo raziskavo (anketni vprašalnik_1) smo vključili populacijo srednjega managementa v zdravstveni negi v proučevanih zdravstvenih organizacijah v Sloveniji. Srednji management predstavljajo glavne medicinske sestre oziroma strokovni vodje posameznih bolnišničnih oddelkov in delovnih enot. V zdravstveni negi manager na srednji ravni organizira, vodi, koordinira in nadzira delo službe zdravstvene nege. Srednji management predstavlja glavna medicinska sestra samostojne organizacijske enote, ki vodi in odgovarja za zdravstveno nego in oskrbo v njej (Lorber 2010, 8). Pogoj za vključitev v raziskavo je bil, da ima srednji management v proučevanih zdravstvenih organizacijah v svojih delovnih enotah zaposlene izvajalce zdravstvene nege 50+. V nasprotnem primeru tisti del populacije srednjega managementa ni bil vključen v raziskavo.

Razdelili smo 191 anketnih vprašalnikov. S strani predstavnikov srednjega managementa iz 13 bolnišnic (splošnih in specializiranih) smo dobili vrnjenih 89 vprašalnikov, kar pomeni, da je bil odziv srednjega managementa v naši raziskavi 46,6 % (Priloga C).

Druga raziskava je zajemala izvajalce zdravstvene nege 50+ v bolnišnicah, ki so sodelovale v raziskavi. Izvajalci zdravstvene nege v Sloveniji so: srednja medicinska sestra, zdravstvena tehnica/zdravstveni tehnik, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik (tudi specialist/-ka), diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (tudi specialist/-ka), profesor/-ica zdravstvene vzgoje, (diplomiran/-a) babica/babičar, univerzitetni/-a organizator/-ica dela in druge medicinske sestre s fakultetno izobrazbo ter bolničar, ki je v zdravstveni dejavnosti umeščen med zdravstvene sodelavce (Zbornica-Zveza⁷ 2017a). Pogoj za vključitev v raziskavo je bil, da so zgoraj navedeni izvajalci zdravstvene nege dopolnili starost 50 let oziroma so ta pogoj izpolnili do konca leta 2016. Sodelovanje v raziskavi je temeljilo na prostovoljni odločitvi nagovorjenega posameznika. Razdelili smo 910 anketnih vprašalnikov. Vzorec v raziskavi je obsegal 433 izvajalcev zdravstvene nege 50+ iz 13

⁷ Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (Zbornica – Zveza 2017a).

bolnišnic (splošnih in specialnih), kar pomeni, da je bil odziv izvajalcev zdravstvene nege 50+ v naši raziskavi 47,6 % (Priloga C).

1.4.3 Postopek zbiranja in obdelave podatkov

Z raziskavo smo pričeli aprila 2016 ter jo zaključili decembra 2016. Predhodno smo za odobritev izvedbe obeh raziskav pisno zaprosili vodstva vseh bolnišnic na sekundarnem nivoju v Sloveniji. Za sodelovanje v naših dveh raziskavah je soglašalo 13 nagovorjenih bolnišnic (splošnih in specializiranih). Ko smo dobili pisno ali ustno odobritev za izvedbo raziskav v posamezni bolnišnici, smo se osebno oglasili v ustanovi in poskušali pridobiti podatke o številu kandidatov, ki ustrezajo kriterijem v raziskavi ter predati ustrezno število anketnih vprašalnikov odgovorni osebi, ki je poskrbela, da jih predstavniki obeh ciljnih skupin dobijo v roke. Največji problem je bil pridobiti število vseh zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege 50+, saj vse bolnišnice teh evidenc ne vodijo posebej. V nekaterih bolnišnicah nismo dobili natančnega števila zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege 50+, v drugih pa so soglašali z izvedbo raziskave le z omejenim številom anketnih vprašalnikov. Tako se nam je porušil osnovni namen raziskave – zajeti celotno populacijo izvajalcev zdravstvene nege 50+, saj smo se morali prilagoditi pripravljenosti posamezne bolnišnice za sodelovanje v raziskavi.

Podatke iz anketnih vprašalnikov smo vnesli in obdelali s statističnim paketom SPSS 22.0. Rezultate smo prikazali s pomočjo tabel in grafov.

Izsledki obeh raziskav so nam podali vpogled v trenutno situacijo obravnavanega področja raziskovanja. Ugotovitve in spoznanja iz obeh raziskav smo uporabili pri izgradnji modela uspešnega staranja izvajalcev zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti.

Pridobljeni podatki s strani sodelujočih v raziskavi so anonimizirani in uporabljeni zgolj v raziskovalne namene kot celota, pri čemer nismo izpostavljali posameznikov in konkretnih delovnih organizacij.

1.5 Opredelitev omejitev raziskave

Raziskavo smo omejili na izvajalce zdravstvene nege, stare 50+ in srednji management oziroma strokovne vodje v proučevanih bolnišnicah na sekundarnem nivoju v slovenskem prostoru.

Omejitev raziskave se je nepričakovano pokazala v času same izvedbe raziskave, saj se vse nagovorjene delovne organizacije niso odzvale na našo prošnjo za izvedbo raziskave v njihovi ustanovi. Nekatere delovne organizacije, ki so privolile v sodelovanje niso posredovale podatkov o številu izvajalcev zdravstvene nege 50+ oziroma so privolile v raziskavo le pod »svojimi« pogoji z omejitvijo obsega raziskave. Omejitev raziskave se kaže tudi v odzivnosti obeh nagovorjenih ciljnih skupin za sodelovanje v naši raziskavi.

Potencialno omejitev rezultatov raziskave vidimo v aplikaciji modela na drugih dveh nivojih zdravstvene nege (primarnem in terciarnem).

2 STARANJE ZAPOSLENIH V DELOVNEM OKOLJU

Družbeno gledanje na starost je dokaj kritično in vse pre pogosto poudarja negativno plat staranja z vsemi tveganji, izgubami in primanjkljaji na področju telesnega zdravja, kognitivnih sposobnosti, osebnostnih lastnosti, socialnih odnosov in družbene produktivnosti (Kobentar 2008, 148).

Pogled na staranje zaposlenih je možen iz več vidikov. V nadaljevanju povzemamo Crawford idr. (2016c 17–18), ki navajajo pogled na staranje z vidika različnih avtorjev in združenj:

- kronološko staranje se nanaša na koledarsko starost in je pogosto uporabljena metoda za določitev različnih kohort ali opise skupin zaposlenih (npr.: mlajši in starejši zaposleni);
- biološko staranje se nanaša na delovanje biološkega sistema posameznika v daljšem časovnem obdobju in s tem povezanih ukrepov in prilagoditev zaradi upada fizičnih, senzornih in kognitivnih sposobnosti;
- psihološko (psihosocialno) staranje, imenovano tudi subjektivna starost, se nanaša na to, koliko se posameznik počuti star in je tudi v povezavi z družbenim pogledom na starost;
- funkcionalno staranje je povezano z zmogljivostjo posameznika. Tukaj se pogosto kažejo razlike med zmogljivostjo posameznika in kronološko starostjo zaposlenih;
- socialno staranje se nanaša na norme, povezane s kronološko starostjo posameznikov v določeni populaciji in zaznave njihovih vlog ter vrednost v družbi. Povezuje se s vprašanji, ki se tičejo starostne diskriminacije;
- organizacijska starost se kaže v načinu odražanja posameznika pri delu ali delovni organizaciji;
- uspešno staranje izhaja iz koncepta, ki je nastal v sredini leta 1970, in sicer, da staranje in bolezen nista povezani oziroma staranje ni nujno povezano z izgubo funkcije ali povečanja možnosti za invalidnost. Ta koncept se najpogosteje uporablja v Združenih državah Amerike. Uvedba tega izraza je povezana s spremembo fokusa od bolezni in starosti k zdravemu življenju in ohranjanju zdravja. Koncept daje prednost individualnemu zdravju in zdravstvenim kriterijem, širši družbeni vidiki staranja pa so postavljeni nižje na hierarhični lestvici;
- aktivno staranje je proces, ki ga Svetovna zdravstvena organizacija (1994) opredeljuje kot »optimizacijo možnosti za zdravje, sodelovanje in varnost, da bi izboljšali kakovost življenja v starosti«. Koncept aktivnega staranja se je začel uporabljati leta 1990 in je povezan z »biti aktiven in zdrav«. Svetovna zdravstvena organizacija (2002) je opredelila nadaljnje bistvo tega koncepta kot »trajno udeležbo v socialnih gospodarskih,

kulturnih, duhovnih in družbenih zadevah in ne samo sposobnost biti fizično aktiven ali ostati delovno aktiven«. Koncept aktivnega staranje se bolj uporablja v Evropi.

Teoretična izhodišča smo razdelili na pet delov, in sicer smo se v prvem podpoglavju osredotočili na vplive delovnega okolja na splošno, v drugem podpoglavju pa na izvajalce zdravstvene nege v delovnem okolju. Sledi podpoglavje, v katerem smo izpostavili humanizacijo dela v zdravstveni negi. V predzadnjem poglavju smo predstavili merjenje delovne sposobnosti zaposlenih, kar je med drugim tudi predmet naše raziskave. Zadnje podpoglavje se nanaša na koncept uspešnega staranja.

Vsako podpoglavje je sestavljeno iz teoretičnih izhodišč, zakonskih podlag in raziskav, ki so povezana z obravnavanim področjem in kot taka predstavlja zaokroženo celoto.

2.1 Staranje na delovnem mestu

V naslednjih odstavkih smo se osredotočili na statistične podatke, ugotovitve raziskav, zakonske podlage ter priporočila za zdravo in varno staranje na delovnem mestu. Dotaknili smo se stereotipov in diskriminacije starejših zaposlenih na delovnem mestu, psihosocialnih dejavnikov tveganja, stresa, bolezni kostno mišičnega sistema, delovnega časa, varnosti in zdravja pri delu, ergonomije, dejavnikov tveganja, povezanih z načinom življenja, odsotnosti zaradi bolezni starejših žensk v delovnem okolju ter priporočil za management.

V Sloveniji Zakon o delovnih razmerjih (v nadaljevanju ZDR-1) (2013, 197. čl.) opredeljuje delavce stare 55 let in več kot starejše delavce in le-ti uživajo posebno varstvo.

Ljudje na delovnem mestu preživimo velik del svojega odraslega življenja, zato delovno okolje brez dvoma vpliva na zdravje zaposlenih (Mrak 2014, 10). Bizjak (2014, 34) delovno okolje deli na fizično in psihično. Fizično delovno okolje vključuje fizične značilnosti prostora, značilnosti dela, širše organizacijske značilnosti in vidike zunaj organizacije. Obremenitve delovnega mesta so lahko ekološke, fiziološke, psihološke ali pa posledica načina dela in psihosocialnih zahtev (Bilban 2014, 18).

V tem kontekstu Bizjak (2014, 34–35) omenja še okoljsko udobje, kamor spada fizično, funkcionalno in psihološko udobje:

- fizično udobje se nanaša na standarde in norme za oblikovanje okolja, ki je varno in zdravo, torej ne povzroča poklicnih bolezni. Pri tem so pomembni svetloba, temperatura, dovolj zraka, malo hrupa, toaletni prostori, prostori za odmor in podobno;

- funkcionalno udobje povezuje fizično udobje z delovnimi nalogami uporabnikov tega okolja. Za ta vidik so pomembne tiste značilnosti delovnega okolja, ki podpirajo točno določeno aktivnost, ki se v njem izvaja;
- psihološko udobje se nanaša na posedovanje, nadzorovanje in odgovornost za svoj prostor. Pomembni so nadzor virov v okolju, socialni procesi in podobno. Trije vidiki med seboj niso odvisni, temveč se prepletajo in skupaj zagotavljajo potrebe, ki jih posameznik zadovoljuje v delovnem okolju.

Iz pete evropske raziskave o delovnih pogojih (ang. Fifth European Working Conditions Survey⁸) je med zaposlenimi 28,8 %, starih med 50 in 54 let in 27,3 %, starih med 55 in 59 let poročalo, da delo, ki ga opravljajo negativno vpliva na njihovo zdravje (Eurofound 2012, 56). Odstotki moških in žensk, ki poročajo, da je njihovo zdravje ogroženo zaradi dela, so najvišji v starostni skupini med 50 in 54 let (ženske 23,8 %, moški 34,2 %), nato ta trend začne padati. Tako je pri starosti 60 let in več pri ženskah 17,4 % in pri moških v istem obdobju 19,8 % tistih, ki menijo, da je njihovo zdravje ogroženo kot posledica dela, ki ga opravljajo (Eurofound 2012, 56-57). Starejši zaposleni so bolj ogroženi zaradi zdravstvenih težav, ki izhajajo iz dela kot mlajši, saj so bili dalj časa izpostavljeni določenim tveganjem. Tako imajo starejši zaposleni v primerjavi z mlajšimi zaposlenimi več bolečin v hrbtu in mišicah. O teh težavah poroča več kot 70,0 % zaposlenih, starih 55 let in več (European Parliament⁹ 2011, 49).

Rožman in Tominc (2014, 3) opozarjata na nerazvito upravljanje starejših zaposlenih v delovnih organizacijah na organizacijski ravni. Tako med zaposlenimi ni medgeneracijske sinergije, prevladujejo predsodki, stereotipi, diskriminacija s strani delodajalcev ter slabo oblikovanje ustreznih delovnih pogojev za starejše zaposlene.

Rožman in Tominc (2014, 8)¹⁰ sta s primerjavo med mlajšimi in starejšimi zaposlenimi ugotovili, da so na vseh področjih zadovoljstva pri delu (zadovoljstvo z medsebojnimi

⁸ Raziskava je potekala med januarjem in junijem 2010. Skupaj je bilo izvedenih 43.816 neposrednih intervjujev, pri čemer so zaposleni iz 34 evropskih držav odgovarjali na vprašanja v zvezi z njihovim položajem na delovnem mestu in delovnimi pogoji. Ciljno populacijo so sestavljali vsi prebivalci v 34 državah, stari 15 let ali več (na Norveškem, v Španiji in Združenem kraljestvu starejši od 16 let), ki so bili v času anketiranja zaposleni (Eurofound 2012, 87).

⁹ Evropski parlament (ang. European Parliament) je zakonodajno telo Evropske unije (Evropska unija 2019).

¹⁰ V raziskavo Rožman in Tominc (2014, 8) so bili vključeni mlajši zaposleni do 50 let (n = 100) in starejši zaposleni nad 50 let (n = 100) na območju Slovenije.

odnosi, zadovoljstvo z delom, zadovoljstvo z delovnim časom, zadovoljstvo z možnostmi za napredovanje, zadovoljstvo z možnostmi za izobraževanje, usposabljanje, zadovoljstvo s stalnostjo zaposlitve, zadovoljstvo s fleksibilnostjo dela, zadovoljstvo s statusom v organizaciji, zadovoljstvo s plačo, zadovoljstvo z informiranjem o novostih v organizaciji, zadovoljstvo z oblikami motiviranja) v povprečju bolj zadovoljni starejši kot mlajši zaposleni. Rožman in Tominc (2014, 6) ugotavljata še, da se starejši in mlajši zaposleni razlikujejo v dejavnikih, ki jih motivirajo na delovnem mestu. Statistično značilno starejšim zaposlenim več pomeni pohvala in priznanje, primerno delovno okolje, dobri medsebojni odnosi, samostojnost pri delu in fleksibilnost delovnika. V nasprotju z mlajšimi kolegi, ki jih statistično značilno bolj motivira možnost napredovanja in možnost menjavanja delovnih nalog.

Padula idr. (2013, 385)¹¹ so ugotovili, da zdravstvene težave, ki so pri starejših bolj prisotne ne vplivajo na njihovo delovno sposobnost. Kljub temu da je bilo pri starejših zaposlenih ugotovljeno slabše zdravstveno stanje, uživanje zdravil pogostejše kot pri mlajših, izmerjen višji ITM ter večji obseg pasu, se fizična zmogljivost v smislu hitrosti pri hoji, mišični moči ter fizični funkciji nog ni razlikovala med mlajšimi in starejšimi. Starejši zaposleni so imeli le slabši rezultat na testu stoja na eni nogi, saj so mlajši pri tem imeli daljši čas.

2.1.1 Stereotipi in diskriminacija povezani s starejšimi zaposlenimi

Demografske spremembe v večini zahodnih industrializiranih držav povečujejo tako število starejših zaposlenih kot povečanje starostne raznolikosti v delovnih organizacijah. Posledično so postala prepričanja in stališča povezana s starostjo vse bolj izstopajoča in pomembna v življenju delovnih organizacij, sprejemanju odločitev pri zaposlovanju in načinih medsebojnega sodelovanja zaposlenih. Če so ti odnosi negativno pristranski, sledi starostna diskriminacija, ki ne krši le etičnih načel temveč zmanjšuje splošno učinkovitost delovnih organizacij (Rauschenbach idr. 2012, 511).

Staranje je povezano z naravnim poslabšanjem telesnih in duševnih sposobnosti (European Parliament 2011, 49). Proces staranja prinaša spremembe fizičnih, psihičnih in motoričnih sposobnosti, kar lahko vpliva na delovanje posameznika (Ybema in Giesen v OSHWiki

¹¹ Padula idr. (2013, 385) so v raziskavo zajeli dve skupini zaposlenih iz različnih področij dela, in sicer iz visokošolskega zavoda (akademska in upravna dejavnost) ter metalurške industrije (fizične obremenitve, kontrola kakovosti, nadzor, proizvodnja), ki so jih uvrstili v dve starostni kategoriji – mlajše od 50 let (n = 37) ter stare 50 let in več (n = 42).

2017). Starejši delavci tako veljajo za manj učinkovite, manj prilagodljive in manj dinamične delavce v primerjavi z mladimi (Karničnik in Žunko 2013, 10). Ali kot navaja Kobentar (2008, 147) se na starost gleda z vidika »primanjkljajev«, povezanih z okvarami in izgubami, ki se projicirajo v obstoječe okolje.

Kako zaposleni v Sloveniji in Evropi dojemajo starejše zaposlene, stare 60 let in več, je razvidno iz rezultatov vseevropske javnomnenjske raziskave (EU-OSHA 2013, 3) med zaposlenimi, starimi 18 let in več, v kateri je sodelovalo 31 evropskih držav (N = 16.622). Raziskava je potekala med leti 2012 in 2013, konkretno v Sloveniji v decembru 2012. Raziskava ni temeljila na dejstvih, temveč percepciji starejših zaposlenih. V tej raziskavi je 43,0 % slovenskih zaposlenih, sodelujočih v raziskavi (n = 503), ocenilo, da imajo starejši zaposleni več nesreč pri delu kot drugi zaposleni, kar je skoraj dvakratno evropsko povprečje (22,0 %). Več kot polovica slovenskih zaposlenih (56,0 %) se je opredelila, da so starejši zaposleni manj produktivni, pri čemer rezultat ponovno predstavlja dvojno evropsko povprečje (28,0 %). Najvišje od vseh držav, ki so sodelovale v tej raziskavi so slovenski zaposleni ocenili trditev, da so se starejši zaposleni manj sposobni prilagajati spremembam (83,0 %), pri čemer je evropsko povprečje znašalo 60,0 % (EU-OSHA 2013, 55–56).

Čeprav obstajajo številni stereotipi o starejših zaposlenih, je realnost precej drugačna in zapletena, saj se nekatere sposobnosti s starostjo povečujejo in pojavljajo nove (Ybema in Giesen v OSHWiki 2017). Stereotipi so tipizirane sodbe, ki ravno zaradi svoje ohlapnosti in splošnosti ne ustrezajo stvarnosti (Ule 2009, 178). Stereotipiziranje je proces opisovanja ljudi na osnovi njihove skupinske pripadnosti (Ule 2005, 159). S prekrivanjem dejanskih razlik med enkratnimi ljudmi, s poenostavljanjem in prilagajanjem kompleksnih informacij v preproste sheme, z opiranjem na kognitivne bližnjice, ki resnico žrtvujejo za hitro, približno predstavo ali še kaj hujšega, se ohranja omejena sposobnost predelave informacij (Ule 2005, 159). Ko govorimo o starejših zaposlenih, lahko rečemo, da so to posplošene predstave o generacijah in gre pravzaprav za stereotipe o generacijah (Ažman idr. 2014, 43). Zavedanje zaposlenih, da obstajajo generacijski stereotipi, ki določajo posameznika glede na to, kateri generaciji pripada, lahko povzroči pojav stereotipne grožnje, njene posledice in odzive (Ažman idr. 2014, 44).

V Sloveniji je diskriminacija na delovnem mestu z zakonom prepovedana. ZDR-1 (6. čl.) navaja:

»Delodajalec mora iskalcu ali iskalki zaposlitve (v nadaljnjem besedilu: kandidatu) pri zaposlovanju ali delavcu v času trajanja delovnega razmerja in v zvezi s prenehanjem

pogodbe o zaposlitvi zagotavljati enako obravnavo ne glede na narodnost, raso ali etnično poreklo, nacionalno in socialno poreklo, spol, barvo kože, zdravstveno stanje, invalidnost, vero ali prepričanje, starost, spolno usmerjenost, družinsko stanje, članstvo v sindikatu, premoženjsko stanje ali drugo osebno okoliščino v skladu s tem zakonom, predpisi o uresničevanju načela enakega obravnavanja in predpisi o enakih možnostih žensk in moških«.

Kljub temu, da je diskriminacija na delovnem mestu z zakonom prepovedana, za kar je delodajalec odškodninsko odgovoren (ZDR-1, 8. čl.), prve ugotovitve šeste evropske raziskave o delovnih razmerah¹² kažejo tudi na določeno stopnjo diskriminacije starejših zaposlenih, starih 50+, ki so navajali, da imajo manjše možnosti za napredovanje in nezadostno zagotavljanje usposabljanja (Eurofound 2015, 1). Tudi o tem govori ZDR-1 (6. čl.): »Enako obravnavo glede na osebne okoliščine iz prejšnjega odstavka mora delodajalec zagotavljati kandidatu oziroma delavcu zlasti pri zaposlovanju, napredovanju, usposabljanju, izobraževanju, prekvalifikaciji, plačah in drugih prejemkih iz delovnega razmerja, odsotnostih z dela, delovnih razmerah, delovnem času in odpovedi pogodbe o zaposlitvi«.

Če povzamemo Uletovo (2005, 181), ima vsakdo izmed nas takšne in drugačne predsodke, kar pa še ne pomeni, da bomo te predsodke tudi vnesli v svoje obnašanje. Allport v Ule (2005, 181) razlikuje pet stopenj izražanja predsodkov v vedenju človeka in skupin, ki so hierarhično razvrščene kategorije obnašanja, zasnovanega na predsodkih: opravljanje (ogovarjanje), izogibanje, diskriminacija, nasilje in genocid. Diskriminacija je izražanje predsodkov, ki so že neposredno usmerjeni proti pripadnikom drugih skupin in se kaže v preprečevanju dostopa ogrožene skupine do nekih občih dobrin, ki jih ima na razpolago dominantna skupina (Allport v Ule 2005, 181).

Cheung in Wu (2012, 449) ugotavljata, da je pri soočanju z diskriminacijo na delovnem mestu še posebej pomembna podpora delovne organizacije, družine in prijateljev. To se je še posebej izrazilo pri zaposlenih, starih 55 let in več.

¹² Šesta evropska raziskava o delovnih razmerah je leta 2015 potekala v 35 državah. Analiza držav EU 28 temelji na anketiranju 35.765 delavcev, ki je potekalo med februarjem in septembrom 2015. Anketni vprašalnik vsebuje vprašanja o zaposlitvenemu statusu, fizičnih in psihosocialnih tveganjih, delovnem času in kraju dela, organizaciji dela, uporabi in razvoju spretnosti in znanj, družbenih odnosih pri delu ter o zdravju in dobrem počutju (Eurofound 2015, 8).

Rauschenbach idr. (2012, 512) opirajoč se na študije drugih opozarjajo, da dojemanje starejših zaposlenih ni vedno negativno, tudi starostni stereotipi niso vedno negativni, obstajajo pa tudi pozitivne predpostavke o starejših zaposlenih v primerjavi z mlajšimi.

Höpflinger (2011, 30) navaja, da je empirično dokazano, da se, razen reakcijskega časa, osebnostne in vedejske značilnosti v starosti na splošno malo spreminjajo. Avtor kot primer navaja študijo o kadrih na vodilnih funkcijah, ki je bila izvedena v regiji Basel in je pokazala, da med mlajšimi in starejšimi vodji oddelkov ni bilo pomembnih razlik glede njihovih osebnostnih in vedenjskih značilnosti. Tudi kar zadeva spontano načrtovanje, delovno motivacijo, zanesljivost, odprtost do novosti ali pripravljenost za učenje.

2.1.2 Varnost in zdravje pri delu

»Delavec ima pravico do dela in delovnega okolja, ki mu zagotavlja varnost in zdravje pri delu (Zakon o varnosti in zdravju pri delu – ZVZD-1, 11. čl.). Iz ZVZD-1 (4. čl.) sledi, da »državni zbor Republike Slovenije sprejme nacionalni program varnosti in zdravja pri delu«. V drugem odstavku istega člena je opredeljeno, kaj se določi v nacionalnem programu, in sicer »strategija razvoja področja varnosti in zdravja pri delu, katerega namen je varovanje življenja, zdravja in delovne zmožnosti delavca, preprečevanje nezgod pri delu¹³, poklicnih bolezni¹⁴ in bolezni, povezanih z delom¹⁵«.

Nekatere države enako definirajo poklicne bolezni in bolezni, povezane z delom (Dodič Fikfak 2016, 6). Čeprav se definicije med seboj nekoliko razlikujejo, imajo vse dva skupna imenovalca (Dodič Fikfak 2016, 6):

- vzročno povezavo med specifično izpostavljenostjo in/ali specifičnim delovnim okoljem in/ali delavno aktivnostjo in specifično boleznijo;

¹³ Nezgod pri delu je nepredviden oziroma nepričakovan dogodek na delovnem mestu ali v delovnem okolju, ki se zgodi v času opravljanja dela ali izvira iz dela in povzroči poškodbo delavca (ZVZD-1 2011, 3. čl.).

¹⁴ Poklicna bolezen je bolezen, povzročena z daljšim neposrednim vplivom delovnega procesa in delovnih pogojev na določenem delovnem mestu ali na delu, ki sodi v neposredni okvir dejavnosti, na podlagi katere je oboleli zavarovan in je navedena v seznamu poklicnih bolezni (Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni 2003, 2.čl.). Po definiciji EU-OSH je poklicna bolezen katerakoli bolezen, ki nastane kot rezultat izpostavljenosti dejavnikom tveganja, ki izhajajo iz dela, ki ga delavec opravlja (Dodič Fikfak 2016, 6).

¹⁵ Po definiciji SZO je z delom povezana bolezen tista, ki ima številne vzroke in so pri razvoju bolezni pomembni dejavniki tveganja iz delovnega mesta skupaj z drugimi, zunanjimi dejavniki tveganja (Dodič Fikfak 2016, 6).

- bolezen nastane v skupini delavcev pogosteje kot v splošni populaciji ali drugi delovni skupini, ki ni izpostavljena takim delovnim pogojem.

Delodajalec mora zagotoviti varnost in zdravje zaposlenih pri delu. Dolžnosti delodajalcev glede zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu so jasno opredeljene v 5. členu ZVZD-1:

- izvajati ukrepe, potrebne za zagotovitev varnosti in zdravja delavcev ter drugih oseb, ki so navzoče v delovnem procesu, vključno s preprečevanjem, odpravljanjem in obvladovanjem nevarnosti pri delu, obveščanjem in usposabljanjem delavcev z ustrezno organiziranostjo in potrebnimi materialnimi sredstvi;
- posebno skrb nameniti zagotovitvi varnosti in zdravja nosečih delavk, mladih in starejših delavcev ter delavcev z zmanjšano delovno zmožnostjo ter pri izbiri ukrepov upoštevati posebna tveganja, katerim so ti delavci izpostavljeni pri delu v skladu s posebnimi predpisi;
- upoštevati je potrebno spreminjajoče se okoliščine ter izvajati take preventivne ukrepe¹⁶ ter izbirati take delovne in proizvodjalne metode, ki bodo zagotavljale izboljševanje stanja in višjo raven varnosti in zdravja pri delu ter bodo vključene v vse aktivnosti delodajalca in na vseh organizacijskih ravneh.

Delodajalci morajo po ZVZD-1 (6. čl.) načrtovati in izvajati promocijo zdravja¹⁷ na delovnem mestu.

Delodajalec mora pri načrtovanju delovnega okolja, delovnih prostorov, delovnih in tehnoloških postopkov, uporabe delovne in osebne varovalne opreme in uporabe nevarnih kemičnih snovi zagotoviti, da so bili upoštevani vsi vplivi na varno in zdravo delo delavcev ter da so okolje, postopki, prostori, oprema in snovi primerni in v skladu z namenom uporabe (ZVZD-1, 7. čl.).

Pri načrtovanju dela mora delodajalec »upoštevati duševne in telesne zmožnosti delavcev ter zmanjševati tveganja zaradi delovnih obremenitev, ki lahko vplivajo na varnost in zdravje delavcev pri delu« (ZVZD-1, 7. čl.).

Delodajalec izvaja ukrepe zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu po naslednjih načelih (ZVZD-1, 9. čl.):

¹⁶ Preventivni ukrep je vsak ukrep delodajalca ali delavca, ki je namenjen zmanjševanju ali obvladovanju tveganj za varnost in zdravje pri delu (ZVZD-1 2011, 3. čl.).

¹⁷ Promocija zdravja na delovnem mestu so sistematično ciljne aktivnosti in ukrepi, ki jih delodajalec izvaja zaradi ohranjanja in krepitev telesnega in duševnega zdravja delavcev (ZVZD-1 2011, 3. čl.).

- izogibanje nevarnostim;
- ocenjevanje tveganj;
- obvladovanje nevarnosti pri viru;
- prilagajanje dela posamezniku z ustreznim oblikovanjem delovnega mesta in delovnega okolja, delovnih prostorov, delovnih in tehnoloških postopkov, izbiro delovne in osebne varovalne opreme ter delovnih in proizvodjalnih metod, še zlasti pa tako, da odpravlja monotono delo ter pogoje z vsiljenim ritmom dela in ostale, zdravju škodljive okoliščine (humanizacija dela);
- prilagajanje tehničnemu napredku;
- nadomeščanje nevarnega z nenevarnim ali manj nevarnim;
- razvijanje celovite varnostne politike, ki vključuje tehnologijo, organizacijo dela, delovne pogoje, medčloveške odnose ter dejavnike delovnega okolja;
- dajanje prednosti kolektivnim varnostnim ukrepom pred individualnimi;
- dajanje ustreznih navodil in obvestil delavcem.

Po ZVZD-1 (10. čl.) so vse opredeljene dolžnosti za delodajalce »hkrati pravice delavca v zvezi z zagotavljanjem njegove varnosti in zdravja pri delu«.

Zaposleni so dolžni po ZVZD-1 (12. čl.):

- spoštovati in izvajati ukrepe za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu;
- opravljati delo s tolikšno pazljivostjo, da varuje svoje življenje in zdravje ter življenje in zdravje drugih oseb;
- uporabljati sredstva za delo, varnostne naprave in osebno varovalno opremo, skladno z njihovim namenom in navodili delodajalca, pazljivo ravnati z njimi in skrbeti, da so v brezhibnem stanju.

Crawford idr. (2016c, 30–31) povzemajo posledice učinkov dela, povezanih z varnostjo in zdravjem pri delu ter trajnostnim delom, ki vplivajo na posameznika v vseh obdobjih delovnega življenja:

- kumulativna izpostavljenost različnim fizikalnim in kemičnim dejavnikom tekom delovnega življenja ima vpliv na zdravje pri delu in s tem tudi na trajnost dela;
- fiziološke spremembe lahko privedejo do poslabšanja fizičnih sposobnosti, kar pa nujno ne vpliva na delovno uspešnost, vendar pa lahko povzroči zmanjšano toleranco za nekatere vidike fizičnega dela. Prav tako se zaradi dolgotrajne izpostavljenosti fizično zahtevnemu delu povečuje vpliv slabšanja fizičnih sposobnosti;
- starejši zaposleni na fizično zahtevnih delovnih mestih, ki delajo na meji (ali skoraj na meji) svojih zmogljivosti, so bolj izpostavljeni kostno-mišičnim boleznim ali kronični

utrujenosti kot njihovi mlajši kolegi. Vendar pa jih pred tem do neke mere varujejo izkušnje. Nagnjenost k poškodbam je torej bolj povezana z razliko med zahtevami dela in sposobnostjo zaposlenega za delo kot pa s starostjo;

- razširjenost kostno-mišičnih obolenj se s starostjo povečuje, najverjetneje kot del normalnega poteka staranja, kar pa ni nujno, da ima za posledico padec z delom povezane zmogljivosti. Zahteve delovnega mesta imajo pomembno večji vpliv na z delom povezano obolevnost zaposlenih kot pa sama starost;
- telesna zmogljivost ali delovna sposobnost zaposlenega se uporablja za ugotavljanje zmožnosti opravljati določeno delo in s tem povezanimi tveganji za kostno-mišična obolenja, ne pa njihova starost;
- nekatere, s starostjo povezane spremembe, lahko povzročijo povečano tveganja pod določenimi okoliščinami (npr.: izpostavljenost ekstremnim temperaturnim razlikam ali vožnji ponoči);
- stopnja nesreč pri delu, ki je povezana z več kot tridnevno bolniško odsotnostjo je nižja pri starejših kot pri mlajši zaposlenih. Starejši zaposleni so bolj ogroženi zaradi hude nesreče ali nesreče s smrtnim izidom. Čeprav so te nesreče pri starejših zaposlenih manj verjetne, pa okrevanje traja dlje kot pri mlajših zaposlenih. Poklic in ne starost je prevladujoč dejavnik, ki predstavlja tveganje za poškodbe, povezane z delom;
- na splošno podatki kažejo, da se stres, povezan z delom, depresija in anksioznost povečujejo s starostjo ter se po 55. letu starosti ta stanja zmanjšujejo. Vzroki za nastanek z delom povezanega stresa so pri starejših zaposlenih drugačni kot pri mlajših. Za starejše zaposlene je bolj verjetno, da bodo doživeli stres na delovnem mestu zaradi odgovornosti dela drugih zaposlenih in zaradi delovne obremenitve kot pa zaradi fizičnega delovnega okolja.

2.1.3 Psihosocialna tveganja in stres

Psihosocialna tveganja in stres na delovnem mestu so eden najtežjih in čedalje večjih izzivov na področju varnosti in zdravja pri delu, saj več kot polovica zaposlenih v Evropski uniji meni, da je stres na njihovem delovnem mestu pogost, štirje od desetih pa menijo, da ni ustrezno obravnavan (EU-OSHA 2017b).

Preveč delovnih obveznosti, premalo časa za sprostitev, nezdravo prehranjevanje, premalo gibanja in drugi dejavniki nezdravega načina življenja vodijo k povečevanju števila kroničnih bolezni, kar ima vpliv tudi na ekonomski učinek, saj povečuje stroške zdravljenja tako na ravni države, podjetja kot tudi posameznika (Karan 2014, 46).

Na podlagi longitudinalnih raziskav različnih poklicnih skupin so se pokazale predvsem tri skupine dejavnikov tveganja za zdravje, ki so povezani z delom (Höpflinger 2011, 35):

- fizično zelo zahtevno delo (npr. statična obremenitev mišic, delo, ki zahteva veliko moči, dvigovanje in nošenje, siceršnje velike obremenitve, ponavljajoče se delo, hkratio upogibanje in sukanje telesa ipd.) je za starejše delavce bolj problematično kot za mlajše, saj se s starostjo povečuje incidenca mišično-skeletnih obolenj;
- obremenjujoče in nevarno delovno okolje (npr.: delo v umazanem ali mokrem delovnem okolju, tveganje za nezgodo, vročina, mraz ali hitre temperaturne spremembe ipd.). Takšni dejavniki povečajo tveganje za nezgode ter pomenijo večjo obremenitev mišično-skeletnega sistema, srca in pljuč;
- pomanjkljivo organizirano delo (npr.: konflikti vlog, strah pred napakami, pomanjkanje samostojnosti, časovni pritisk, majhna možnost vpliva na svoje delo, nezadostne poklicne perspektive, majhno priznanje s strani nadrejenih ipd.).

Sodobna tehnologija, pričakovanja v delovnih okoljih, pričakovanja delodajalcev in družbe na splošno postavljajo posameznika pred vse večje zahteve in kot posledica nastajajo psihofizične obremenitve. S tem se povečuje tudi možnost psihosocialnih tveganj v delovnih okoljih (Bizjak 2014, 32).

V dobrem psihosocialnem okolju lahko delo zelo blagodejno vpliva na duševno zdravje zaposlenih, saj jim v življenju zagotavlja strukturo ter jim daje večji občutek socialne vključenosti, identitete in statusa ter možnosti za razvoj in večjo samozavest. Nasprotno pa so negativne posledice slabega obvladovanja psihosocialnih tveganj za posameznika z delom povezan stres, slabo duševno zdravje, izgorelost, težave s koncentracijo in pogostejše napake, težave doma, zloraba alkohola in drog ter slabo fizično zdravje, ki se izraža zlasti v bolezni srca in ožilja ter kostno-mišičnih obolenjih (EU-OSHA 2014a, 5).

Stres je fiziološki, psihološki in vedenjski odgovor posameznika, ki se poskuša prilagoditi in privaditi notranjim in zunanjim pritiskom t. i. stresorjem, torej tistim dogodkom, situacijam, osebam ali predmetom, ki jih posameznik doživi kot stresni element in katerega rezultat je stres (Šarotar Novak in Zajc 2009, 248).

Na stres gledamo kot na kombinacijo zahtev iz okolja in individualnih sposobnosti. Zaznava stresa je odvisna od zahtev okolja in sposobnosti posameznika za obvladovanje le-teh. Stres izvira iz neravnotežja med zahtevami in individualnimi sposobnostmi (Šarotar Novak in Zajc 2009, 246). Tako se stres, povezan z delom pojavi, ko zahteve delovnega mesta presegajo sposobnosti zaposlenega in jim le-ta ni več kos. Gre za eno od glavnih posledic slabega

psihosocialnega delovnega okolja – zlasti, ker lahko izpostavljenost dolgotrajnemu stresu na delovnem mestu pri zaposlenih povzroči resne težave fizičnega in psihičnega zdravja (EU-OSHA 2014a, 4).

Organizacijski stresorji vključujejo organizacijske značilnosti in pogoje, delovne zahteve in značilnosti vlog (Bilban 2014, 18). Bilban (2014, 18) v nadaljevanju deli obremenitve delovnega mesta na: fiziološke (položaj telesa pri delu, telesna dejavnost, teža dinamičnega mišičnega dela ter senzorne in toplotne obremenitve), psihološke (intelektualne, psihosenzorne, psihomotorne in emocionalne obremenitve).

Hupke v OSHWiki (2013) izpostavlja deset psihosocialnih dejavnikov tveganja, ki negativno vplivajo na zdravje zaposlenih:

- vsebina delovnih nalog, opravil;
- preobremenjenost z delom;
- nadzor nad opravljenim delom (premalo, preveč);
- delovni urniki (izmensko delo, delo preko polnega delovnega časa);
- delovno okolje in oprema (slabi pogoji dela, neustrezna oprema);
- vloga v organizaciji (premajhna, prevelika);
- organizacijska kultura (vpliv vodstva);
- medosebni odnosi na delovnem mestu;
- karierni razvoj;
- usklajevanje poklicnega in zasebnega življenja.

Posledice stresa se kažejo v obliki številnih simptomov (Šarotar Novak in Zajc 2009, 246):

- telesni simptomi (pospešeno bitje srca, glavobol, potne dlani, mrzle roke in noge, slabost, driska, nemiren želodec, nepravilno dihanje);
- spremembe razpoloženja (pomanjkanje odločnosti, izguba smisla za humor, napetost, potrnost, razdražljivost, jeza);
- spremembe vedenja (pomanjkanje volje, neorganiziranost, jokavost, motnje spanja, motnje v spolnosti, prisotno je pretirano uživanje alkohola, nikotina, kofeina, analgetikov¹⁸ in psihofarmakov¹⁹);

¹⁸ Analgetik je zdravilo proti bolečinam (Slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU 2017).

¹⁹ Psihofarmak je zdravilo s psihoaktivnim učinkom (Slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU 2017).

- spremembe v mišljenju (pozabljivost, zmanjšana koncentracija in pozornost, slaba presoja, zamegljene predstave, težave pri razmišljanju in okrnjeno fantazijsko življenje);
- pogosta prisotnost misli (tega ne zmorem, zmešalo se mi bo, preveč je vsega, težko mi je);
- nizka samopodoba.

Stres na delovnem mestu močno vpliva na produktivnost in je vzrok za polovico izgubljenih delovnih dni. Vpliva na manjšo delovno uspešnost in lahko povzroči petkrat več nesreč pri delu ter je povezan s približno petino fluktuacije zaposlenih (Evropska komisija 2017, 8).

Iz vseevropske javnomnenjske raziskave o varnosti in zdravju (2013)²⁰ izhaja, da 42,0 % zaposlenih meni, da starejši zaposleni bolj trpijo zaradi stresa na delovnem mestu kot ostali zaposleni. Med posameznimi državami obstajajo razlike v odgovorih na to vprašanje, saj jih 32,0 % zaposlenih v državah EFTE²¹ meni tako, v nasprotju s skupino NMS-12 (novo pridružene članice), ko jih je takega mnenja 50,0 %. Zaposleni, ki opravljajo fizična dela so bolj prepričani, da starejši zaposleni trpijo zaradi stresa, povezanega z delom (47,0 %) v nasprotju z zaposlenimi, ki ne opravljajo fizičnih del (40,0 %) (EU-OSHA 2013, 5). V isti raziskavi slovenski zaposleni kot najbolj pogost vzrok stresa na delovnem mestu dojemajo delovne ure, obseg dela, reorganizacijo delovnega mesta in negotovost zaposlitve (EU-OSHA 2013, 56).

2.1.4 Bolezni kostno-mišičnega sistema

Bolezni kostno-mišičnega sistema izhajajo iz psihosocialnih in organizacijskih dejavnikov delovnega mesta, kot so zahtevno delo, pomanjkanje nadzora nad opravljenimi nalogami, nizka raven avtonomije, nizko zadovoljstvo pri delu, ponavljajoče se in monotono delo, delo v hitrem ritmu, pomanjkanje podpore s strani sodelavcev, neposredno nadrejenih in managementa, dolgotrajno delo brez možnosti odmora in dovolj časa za počitek (Teržan v OSHWiki 2017).

²⁰ Vzorec sestavljajo zaposleni, stari 18 let in več v 31 evropskih državah (N = 16.622, približno 500 na državo, z izjemo Liechtensteina, kjer je bilo izvedenih le 200 anket). Raziskava je potekala med 23. novembrom 2012 in 5. februarjem 2013 (EU-OSHA 2013, 3).

²¹ Evropsko združenje za prosto trgovino (ang. European Free Trade Association - EFTA), katere članice so Islandija, Lihtenštajn, Norveška in Švica (EFTA 2017; Wikipedija 2017c).

Bolezni kostno-mišičnega sistema, povezane z delom, se odražajo kot motnje in bolečine v mišicah, kitah, sklepih in živcih. Težave se lahko čutijo v vseh delih telesa, vendar so zgornje okončine in hrbet najpogosteje prizadeti. Bolezni kostno-mišičnega sistema, povezane z delom so posledica različnih položajev telesa, kot so upogibanje, raztegovanje, prijemanje, držanje, zvijanje, počepanje idr., ki sami po sebi niso škodljivi. V delovnem okolju prihaja do škodljivih vplivov zaradi stalno ponavljajočih se gibov, pogosto na silovit način, hitrosti izvedbe giba in premalo časa za počitek med njimi (EU-OSHA 2010a, 26).

Z delom bolezni kostno-mišičnega sistema so posledica ponavljajočega se in naporega dela ter vplivajo na širok spekter zdravstvenih težav, ki se izražajo kot nelagodje, manjše bolečine oziroma resne zdravstvene težave, ki lahko privedejo do trajne invalidnosti. Najpogosteje se kostno-mišična obolenja povezujejo z bolečinami v križu in bolečinami v zgornjih udih. Ugotovljeno je bilo, da vpliv na razširjenost bolezni kostno-mišičnega sistema ni odvisen le od določene panoge, temveč vsebine delovnega mesta. Pri ženskah je pojavnost bolezni kostno-mišičnega sistema višja kot pri moških, čeprav spol sam po sebi ni dejavnik tveganja. Večino motenj je moč pripisati značilnosti delovnega mesta. Pri moških gre pogosteje za delovna mesta, ki so fizično zahtevna, medtem ko so delovne naloge pogosteje kombinacija fizičnih in psihosocialnih dejavnikov tveganja. Tudi starost je dejavnik, ki vpliva na pojav bolezni kostno-mišičnega sistema, saj se telesne zmogljivosti s starostjo zmanjšujejo (Nunes v OSHWiki 2017).

V Evropski raziskavi o delovnih razmerah iz leta 2005 se je izkazalo, da je skoraj 24,0 % zaposlenih v EU-25 poročalo o bolečinah v hrbtenici, 22,0 % pa o bolečinah v mišicah. Oboje je bolj razširjeno v NMS-12, kjer ima 39,0 % zaposlenih bolečine v hrbtenici in 36,0 % bolečine v mišicah (EU-OSHA 2007).

Po ugotovitvah Eurofound (2016, 110) najpogosteje zaposleni (44,0 %) v Evropi, poročajo o bolečinah v hrbtenici, sledijo bolečine v mišicah rok (42,0 %), glavobol in očesni pritisk ter splošna utrujenost (oboje 36,0 %), bolečine v mišicah nog (30,0 %), tesnoba (16,0 %), poškodbe (7,0 %), težave s kožo (8,0 %) in sluhom (6,0 %). Okolje ima pomemben vpliv na zdravstvene probleme zaposlenih, saj je ugotovljeno, da so skoraj vsi zdravstveni problemi močno povezani z fizičnim in socialnim okoljem.

V Sloveniji po podatkih NIJZ (2018b) pojav bolezni kostno-mišičnega sistema narašča, tako v vseh dejavnostih skupaj kot na področju zdravstva (Tabela 1). V slednjem je število izgubljenih koledarskih dni več, kot je v skupini vseh dejavnosti skupaj, prav tako število

primerov na 100 zaposlenih, vendar je trajanje ene odsotnosti nekoliko nižje (2014 in 2016) oziroma za nianso višje (2015).

Tabela 1: Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva glede na gospodarsko dejavnost

Leto	Področje	Izgubljeni koledarski dnevi na zaposlen. (IO) ²²	Število primerov na 100 zaposlenih (IF) ²³	Povprečno trajanje ene odsotnosti (R) ²⁴
2014	vse gospodarske dejavnosti skupaj	2,65	9,35	28,36
	zdravstvo	3,05	11,18	27,25
2015	vse gospodarske dejavnosti skupaj	2,82	9,72	29,01
	zdravstvo	3,39	11,50	29,46
2016	vse gospodarske dejavnosti skupaj	2,95	9,75	30,21
	zdravstvo	3,47	11,78	29,50

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2018b.

Dejavniki, ki vplivajo na pojav bolezni kostno-mišičnega sistema pri zaposlenih so fizikalni, biomehanski, organizacijski in psihosocialni ter lahko delujejo samostojno ali v kombinaciji z drugimi (EU-OSHA 2007):

Fizikalni dejavniki:

- uporaba sile (dvigovanje, prenašanje, vlečenje);

²² Indeks onesposabljanja (IO) je število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca. IO = število izgubljenih dni/število zaposlenih (NIJZ 2018b).

²³ Indeks frekvence (IF) je število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v 1 letu. IF = (število primerov x 100)/število zaposlenih delavcev (NIJZ 2018b).

²⁴ Resnost (R) je povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodbe ali drugega zdravstvenega vzroka in se izraža v dnevih. R = število izgubljenih dni zaradi enega vzroka/število primerov (NIJZ 2018b).

- ponavljajoči se gibi;
- prisilna in toga drža ter dolgotrajno stanje ali sedenje;
- pritiskanje orodja ob površino;
- vibracije;
- mraz ali prehuda vročina;
- hrup.

Organizacijski in psihosocialni dejavniki:

- naporno delo, premalo nadzora in nizka raven avtonomije;
- nizka raven zadovoljstva na delovnem mestu;
- ponavljajoče se enolično delo s hitrim tempom;
- premajhna podpora sodelavcev, nadrejenih in vodstvenih delavcev.

Osebni dejavniki:

- predhodna zdravstvena anamneza;
- fizične sposobnosti;
- starost;
- pretirana debelost;
- kajenje.

Preventiva bolezni kostno-mišičnega sistema lahko vključuje ukrepe (EU-OSHA 2017a):

- ureditev delovnega mesta (prilagajanje na ta način, da se izboljša drža telesa);
- preverjanje delovne opreme (ali je le-ta ergonomsko oblikovana in primerna za opravljanje delovnih opravil);
- izboljšanje ozaveščenosti zaposlenih o tveganjih na delovnem mestu (usposabljanje o metodah za dobro in varno delo);
- spreminjanje delovnih metod ali orodij za opravljanje delovnih nalog;
- organizacija dela (delo se načrtuje tako, da se prepreči ponavljajoče se delo ali dolgotrajno delo v prisiljeni drži. Načrtujejo se odmori, kroženje na različnih delovnih mestih ali prerazporejanje dela);
- na ravni delovne organizacije se pristopi k razvoju politike za celostni pristop k obravnavi kostno-mišičnih obolenj.

2.1.5 Delovni čas

Delovni čas ima pomemben vpliv na zaposlenega, njegovo zdravje in varnost, dobro počutje in družbeno angažiranost. Številni sektorji, predvsem v storitveni dejavnosti, so primorani

izvajati različne oblike delovnega časa. Mednje spada tudi zdravstvena nega, ki zagotavlja kontinuiteto svojih storitev, predvsem s pomočjo različnih oblik dela oziroma urnikov dela. Znane so posledice neenakomernega delovnega časa in časa ob neobičajnih urah, zato je na tem mestu pomembno posvetiti pozornost in osvetliti različne oblike delovnega časa, da se seznanimo z razsežnostmi teh oblik dela v Evropi in Sloveniji, s posledicami, ki ga le-te imajo na zaposlenega ter zakonskimi podlagami, ki so jih delodajalci dolžni spoštovati pri organizaciji in načrtovanju dela. Ta splošna spoznanja nam bodo v nadaljevanju koristila pri oblikovanju strategij za uspešno staranje zaposlenih v zdravstveni negi.

Delovni čas igra ključno vlogo pri zdravju in dobrem počutju delavcev. Zdravstvene posledice dolgotrajnega dela, zelo velika variabilnost delovnega časa in pomanjkanje počitka so dobro znane. Zakonodaja omejuje takšne oblike delovnega časa ter sistemsko ureja delovni čas in določa minimalni počitek. Negativni učinki delovnega časa na zdravje in dobro počutje lahko vključuje motnje spanja, utrujenost ali naveličanost. Po drugi strani pa ima delovni čas, ki omogoča prilagajanje poklicnega in zasebnega življenja, pozitivne učinke na zdravje in dobro počutje zaposlenih (Eurofound in EU-OSHA 2014, 23).

Delovni čas je zakonsko reguliran in predstavlja »efektivni delovni čas²⁵ in čas odmora²⁶ ter čas upravičenih odsotnosti z dela v skladu z zakonom in kolektivno pogodbo oziroma splošnim aktom« (ZDR-1, 142. čl.). V Sloveniji polni delovni čas ne sme presegati 40 ur na teden (ZDR-1, 143. čl.).

- Nočno in izmensko delo

V Sloveniji nočno delo definira ZDR-1 (150. čl.), in sicer se »kot nočno delo šteje delo v času med 23. in 6. uro naslednjega dne. Če je z razporeditvijo delovnega časa določena nočna delovna izmena, se šteje za nočno delo 8 nepretrganih ur v času med 22. in 7. uro naslednjega dne«.

Nočno delo v Evropi upada. Leta 1995 je v EU-15 delalo 20,6 % vseh zaposlenih vsaj eno noč na mesec. V letu 2010 se je ta delež zmanjšal na 17,2 %. V EU-27 je 2000 ta delež znašal 18,7 % in je v letu 2010 padel na 17,9 %. Moški, samozaposleni in zaposleni v storitvenem

²⁵ Efektivni delovni čas je vsak čas, v katerem delavec dela, kar pomeni, da je na razpolago delodajalcu in izpolnjuje svoje delovne obveznosti iz pogodbe o zaposlitvi (ZDR-1, 142. čl., 2. odst.).

²⁶ Med dnevnim delom ima delavec, ki dela polni delovni čas, pravico do odmora, ki traja 30 minut (ZDR-1, 154. čl., 1. odst.).

sektorju, delajo v nočnih izmenah pogosteje kot ostali zaposleni (Hesseling in Goudswaard v OSHWiki 2018).

Izmensko delo je v Evropi najbolj razširjeno med storitvenimi in prodajnimi delavci, upravljavci naprav in strojev ter v sektorjih zdravja, prometa, industrije, trgovine in gostinstva. Delo v izmenah je neugodno povezano s številnimi posledicami. Zaposleni težje najdejo ravnotežje med poklicnim in zasebnim življenjem, menijo, da sta zaradi dela ogrožena njihovo zdravje in varnost. Večja je verjetnost, da se bodo ob koncu dneva počutili izčrpane, bo poročali o neustreznem plačilu, manj verjetno pa je, da bodo lahko delali vse do 60. leta starosti (Eurofound 2016, 63). V Sloveniji po podatkih SURS-a nočno delo opravlja eden od štirih moških in ena od sedmih žensk (Vrabič Kek idr. 2016, 42).

Starejšemu delavcu v Sloveniji po ZDR-1 (199. čl.) delodajalec brez delavčevega pisnega soglasja ne sme odrediti nadurnega ali nočnega dela.

Delo ob nestandardnih urah ima lahko zaradi utrujenosti ter usklajevanja poklicnega in zasebnega negativne učinke na zdravje in dobro počutje zaposlenih (Hesseling in Goudswaard v OSHWiki 2018). Izmensko delo ne pomeni le nočnega dela, temveč vključuje tudi jutranje in popoldanske izmene in/ali delo med vikendom (Hesseling in Goudswaard 2018).

- Delo med vikendom

Delo med vikendom pomeni delati ob sobotah in nedeljah. V Evropi je delo med vikendom začelo rahlo upadati (leta 2000 je približno 56,0 % aktivnega prebivalstva v EU-27 delalo najmanj en dan na mesec čez vikend, v letu 2010 je bilo teh 53,0 %). Čez vikend delajo pogosteje moški, in sicer mladi zaposleni in samozaposleni ter tisti zaposleni, ki delajo v storitvenem sektorju (Hesseling in Goudswaard v OSHWiki 2018). Po podatkih Eurofound (2016, 63) več kot polovica zaposlenih v Evropi dela vsaj eno soboto ter približno tretjina vsaj eno nedeljo na mesec. V Sloveniji moški delajo v večjem odstotku ob neobičajnem času kot ženske. V letu 2014 sta v Sloveniji ob sobotah delala dva od treh moških in več kot polovica žensk, ob nedeljah pa skoraj vsaka tretja ženska in dva od petih moških. Zvečer sta delali skoraj dve od petih žensk in polovica moških (Vrabič Kek idr. 2016, 42).

Delo med vikendom vpliva na družinsko življenje in družbeno udejstvovanje (Hesseling in Goudswaard 2018 v OSHWiki).

- Dolg delovni čas

Delovni čas, ki presega 8 ur na dan (tudi več kot 10 ali 12 ur dnevno) in je daljši od 40 ur na teden (lahko tudi daljši od 48 ur) se imenuje dolg delovni čas. Pojav dolgega delovnega časa je značilen v številnih državah jugovzhodne Evrope in v Turčiji (Hesseling in Goudswaard 2018). Po podatkih Eurofound (2016, 62-63) približno 15,0 % zaposlenih (21,0 % moških in 9,0 % žensk) v Evropi običajno dela 48 ur ali več na teden. Obstajajo razlike med državami, in sicer v Turčiji je takšnih zaposlenih 56,0 %, nasprotno pa delež takšnih zaposlenih v Luksemburgu, Nemčiji, Danski in Norveški predstavlja 10,0 %.

- Dolg delovni dan

Po podatkih Eurofound (2016, 63) je približno tretjina anketirancev v EU-28 delala več kot 10 ur na dan vsaj enkrat v mesecu pred anketiranjem. V povprečju so moški delali 3,1 dolge dneve na mesec in ženske 1,6.

- Krajši delovni čas

ZDR-1 (65. čl.) definira krajši delovni čas kot »čas, ki je krajši od polnega delovnega časa, ki velja pri delodajalcu«.

Na osnovi študije, ki je temeljila na analizi pete evropske raziskave o delovnih pogojih približno 40,0 % žensk in 10,0 % moških, starih od 55 do 59 let dela s skrajšanim delovnim časom, kar je nekoliko več kot pri zaposlenih starih od 50 do 54 let. Med tistimi nad 50 let ima 10,0 % moških in 15,0 % žensk pogodbe za določen čas (Eurofound 2012, 7). Delež zaposlenih s krajšim delovnim časom se je povečal iz 18,0 % iz leta 2005 na 20,0 % v letu 2015. Krajši delovni čas je veliko pogostejši pri ženskah (33,0 %) v primerjavi z 10,0 % moških (Eurofound 2016, 33). V Sloveniji je delež delovno aktivnih v starostni skupini 40 do 64 let z delovnim časom, krajšim od polnega v letu 2014 znašal med ženskami 10,0 %, med moškimi pa 6,0 %. Slovenija se je v letu 2014 s tema vrednostma uvrstila med države z nižjimi deleži zaposlenih s takim delovnim časom. Najnižji odstotek delovno aktivnih žensk z delovnim časom, krajšim od polnega so v letu 2014 imeli v Bolgariji (3,0 %) in na Slovaškem (6,0 %). Najvišji odstotek žensk s takim delovnim časom je na Nizozemskem (79 %), v Nemčiji 52,0 % in Avstriji 50,0 % (Vrabič Kek idr. 2016, 42).

Eurofound (2012, 37) opozarja na pomembno dejstvo, da delo s skrajšanim delovnim časom vpliva na socialno-ekonomske razmere v smislu dohodka in ima posledično učinke na raven pokojnin. Zaposleni s polovičnim delovnim časom so večinoma ženske. Med zaposlenimi, stari med 60 in 64 let, se je delež zaposlenih s skrajšanim delovnim časom močno povečal in dosegel 60,0 % žensk in 30,0 % moških. Odvisno od nacionalnih predpisov je delo s

skrajšanim delovnim časom za starejše zaposlene na koncu kariere način, kako postati bolj trajnosten.

- **Fleksibilni delovni čas**

Delovni čas prilagojen potrebam posameznika za večino zaposlenih (56,0 %) v Evropi ne pride v poštev, saj po ugotovitvah Eurofound (2016, 63) ureditev delovnega časa določa delovna organizacija brez možnosti sprememb. V isti raziskavi je bilo ugotovljeno, da si 66,0 % zaposlenih v Evropi lahko vzame uro ali dve med službenim časom za ureditev osebnih zadev. Le 16,0 % zaposlenih lahko urnik v celoti določa sami.

- **Počitek med delom**

Delo se menjava s fazami počitka, v katerih se vzpostavlja stanje ponovne storilnostne zmogljivosti (Polajnar in Verhovnik 2007, 25).

Počitek med delom je določen v ZDR-1 (154. čl.) kot »odmor med delovnim časom«, ki se všteva v delovni čas ter se začne koristiti šele po eni uri dela oziroma najkasneje eno uro pred koncem delovnega časa. ZDR-1 (155. čl.) določa tudi »počitek med dvema zaporednima delovnima dnevoma«, in sicer ima »delavec ima v obdobju 24 ur pravico do počitka, ki traja nepretrgoma najmanj 12 ur«, oziroma v primeru, ko je delovni čas zaposlenega »neenakomerno razporejen ali začasno prerazporejen, ima v obdobju 24 ur pravico do počitka, ki traja nepretrgoma najmanj 11 ur«. V Evropi je po podatkih Eurofound (2016, 57–58) bilo največ zaposlenih, ki je poročalo o manj kot 11 urah počitka med izmenami, zaposlenih v zdravstvu, prometu, gradbeništvu in kmetijstvu, pri čemer obstajajo razlike med državami, in sicer 7,0 % v Bolgariji, 26,0 % na Švedskem in 31,0 % na Norveškem. Španija je v tej kategoriji na prvem mestu, saj je o takšnem dogodku poročalo 49,0 % zaposlenih. Z zakonom je določen tudi »tedenski počitek«, in sicer ima zaposleni v obdobju sedmih zaporednih dni poleg pravice do dnevnega počitka tudi pravico do počitka v trajanju najmanj 24 neprekinjenih ur. V primeru, da mora zaposleni zaradi »objektivnih, tehničnih in organizacijskih razlogov delati na dan tedenskega počitka, se mu zagotovi tedenski počitek na kakšen drug dan v tednu« (ZDR-1, 156. čl.).

- Posledice izmenskega dela

Izmensko delo vpliva na motnje cirkadianega ritma²⁷. Zaposleni, ki delajo izmensko delo trpijo zaradi motenj v ritmu spanja (spanje–budnost), nespečnosti in pomanjkanje melatonina²⁸. Izpostavljenost svetlobi ponoči, vključno z motnjami cirkadianega ritma, lahko preko sinteze melatonina in biološke ure vpliva na razvoj raka na dojki. Zato vsak ukrep, ki pripomore k uravnavanju ravni melatonina, lahko pripomore k zmanjšanju sinteze učinkov izmenskega dela. Mednarodna agencija za raziskave raka (IARC)²⁹ izmensko delo uvršča med zelo verjetne dejavnike, ki povzročajo raka. IARC poroča o osmih študijah, v katerih so podane relativne ocene tveganja za histološko potrjenega raka na dojki pri ženskah, ki so delale v nočnih izmenah. Rak dojke se v nekaterih državah priznava kot poklicna bolezen. (EU-OSHA 2014c, 43).

Hesseling in Goudswaard v OSHWiki (2018) povzemata ugotovitve številnih raziskav, povezanih z nočnim in izmenskimi delom. Negativni učinek nočnega in izmenskega dela na zdravje je povezan z biološko uro posameznika, ki je naravnana na dnevne aktivnosti. Delo ponoči bolj izčrpa, saj telesne funkcije postanejo manj aktivne zaradi hormonskega izločanja. Spanje podnevi je manj obnovitveno, ker so telesne funkcije takrat nastavljene na optimalno aktivnost. Večina zaposlenih ne bo doživela resnih negativnih učinkov, če bodo oddelali eno noč naenkrat. V primeru več zaporednih nočnih izmen pa se začnejo pojavljati utrujenost, napake in nesreče, ki so lahko povezane tudi z manj svetlobe, zmanjša se produktivnost, pojavi se čustvena izčrpanost in z delom povezan stres. Imunski sistem postane manj učinkovit in tako so zaposleni bolj dovzetni za zdravstvene težave. Na dolgi rok se nočno delo povezuje tudi z rakom, zlasti rakom dojke. Nočno delo ima lahko negativni vpliv na trajanje spanca, kajenje, neaktivnost, prekomerno telesno težo, slabe prehranjevalne navade, ki vodijo do prebavnih težav in težav, povezanih s prehranjevanjem. Priporočljivo je, da se dela največ tri zaporedne nočne izmene naenkrat.

²⁷ Cirkadiani ritem je menjavanje biološke aktivnosti organizma s periodo okrog 24 ur, ki je povezano s fiziološko uro, neodvisno od zunanjih dejavnikov (ang. circadian rhythm) (Slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU 2017).

²⁸ Melatonin je produkt metabolizma serotonina, hormon epifize, ki vpliva na spanje in cirkadiani ritem (Slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU 2017).

²⁹ Mednarodna agencija za raziskave raka (ang. International Agency for Research on Cancer – IARC) je medvladna agencija, ki deluje v sklopu Svetovne zdravstvene organizacije Združenih narodov. Osrednji urad IARC je v Lyonu v Franciji. Naloga agencije je voditi in usklajevati raziskave vzrokov za rak (Wikipedia 2017d; IARC 2019).

2.1.6 Starejše ženske v delovnem okolju

Zaradi staranja prebivalstva in povečanja upokojitvene starosti obstaja velika verjetnost, da bo vse več zaposlenih prevzemalo skrb tudi za bolne sorodnike. Največji delež tega varstva zagotavljajo ženske, ki so stare 50 let in več. Zato so ukrepi za usklajevanje poklicnega in zasebnega življenja vse bolj pomembni (Crawford idr. 2016b, 4).

Ženske živijo dlje kot moški, vendar pa obstaja tudi večja verjetnost, da bodo v primerjavi z moškimi živele dlje s kroničnim zdravstvenim stanjem ali invalidnostjo. Najbolj očitna spolno specifična starostna sprememba je menopavza. Osteoartroza in osteoporoza sta pogosteje diagnosticirani pri ženskah kot pri moških in sta starostno povezani. Osteoporoza poveča tveganje za zlome na delovnem mestu. Opazili so razlike med moškimi in ženskami glede razširjenosti kroničnih stanj, kot je kronična obstruktivna pljučna bolezen. Slednje je moč pojasniti tudi z razlikami v izpostavljenosti nevarnostim na delovnem mestu. Rak dojke je veliko bolj razširjen med ženskami; naraščajo dokazi za povezavo med dolgotrajnim izmenskimi delom, zlasti nočnim delom in rakom dojke (Crawford 2016b, 2). Ženske v delovnem okolju spadajo v eno izmed sedmih ranljivih skupin zaposlenih, kamor se uvrščajo še mlajši zaposleni, starejši zaposleni, zaposleni z začasno zaposlitvijo, zaposleni migranti, zaposleni z določenim hendikepom ter nizko kvalificirani zaposleni (European Parliament 2011, 28). Glavni dejavniki, povezani z delom, ki ženske kot delovno silo izpostavljajo zdravstvenim težavam ali posledicam nesreč pri delu, so biološke značilnosti povezane z njihovo reproduktivno vlogo, spolno funkcijo in fizično močjo (European Parliament 2011, 34).

Ženske v delovnem okolju so izpostavljene notranjim in zunanjim dejavnikom tveganja (European Parliament 2011, 34):

- notranji dejavniki tveganja: nosečnost, dojenje, menstrualne motnje, menopavza, manjša fizična moč;
- zunanji dejavniki tveganja: nega otroka, gospodinjska opravila, krajši delovni čas, negotovost zaposlitve, diskriminacija – nižje plačilo, manj odgovorno delo, prevladujejo v poklicih povezanih z nego.

V srednjem in poznem delovnem življenju se zaposleni, predvsem ženske soočajo s staranjem staršev in tveganjem, da bodo le-ti potrebovali nego. Iz tega lahko izhaja konflikt pri usklajevanju družinskega in poklicnega življenja, torej med zaposlenostjo in odgovornostjo za oskrbovanje ostarelih staršev. V Švici se trenutno skoraj dve petini žensk

med 40. in 60. letom potencialno sooča s takšno dvojno obremenitvijo (Höpflinger 2011, 28). Obratno pa navaja (Eurofound 2012, 7), da se težave pri doseganju ravnotežja med poklicnim in zasebnim življenjem zmanjšujejo s starostjo, zlasti pri 50. letih in pozneje. Pri ženskah se močno zmanjša število nepravilnih (ang.: irregular work) neformalnih delovnih ur in težave pri usklajevanje časa za reševanje osebnih zadev.

Ženske v primerjavi z moškimi poročajo o več izkušnjah motenj, povezanih z boleznimi kostno-mišičnega sistema, ki jim povzročajo težave v vratu, ramenih, rokah in nogah. Kot rezultat ponavljajočih se fizičnih obremenitev in dvigovanja se pri ženskah pojavljajo težave v področju hrbta, zgornjih udov ter vratu. Ženske v primerjavi z moškimi poročajo tudi o višji stopnji stresa, depresije in tesnobe (European Parliament 2011, 41).

Sektorji, v katerih se najpogosteje zaposlujejo ženske so: zdravstvena nega, izobraževanje in trgovina na drobno. Na teh področjih prevladuje stoječe delo in ženske so tako pogosto podvržene težavam spodnjih okončin. V nemški raziskavi, objavljeni leta 2007, ki jo navaja European Parliament (2011, 41), je ugotovljeno, da zaposleni v zdravstvenem sektorju, v katerem prevladujejo ženske, najbolj poročajo o stoječem delu (98,3 %), 36,0 % jih poroča o delu v nefiziološkem položaju, kar ima za posledico v 64,0 % bolečine v hrbtu, 66,0 % v vratu in ramenih ter 37,0 % bolečine v nogah.

Hormonske spremembe povzročajo določene simptome, ki imajo vpliv na kvaliteto življenja in na delovno življenje. Zdravstvena nega je poklic, v katerem prevladujejo ženske, zato je v tem kontekstu potrebno izpostaviti tudi obdobje menopavze, ki pomembno vpliva na kvaliteto zasebnega in poklicnega življenja izvajalcev zdravstvene nege ravno v starostni skupini 50+, ki smo jih z našo raziskavo tudi zajeli.

Menopavza je del naravnega procesa žensk, starih med 45 in 55 let ter se nanaša na čas, ko se pojavi odsotnost menstruacije v zaporedju zadnjih 12 mesecev. Simptomi menopavze imajo vpliv na z zdravjem povezano kvaliteto življenja, kar ima vpliv tudi na delovno življenje, saj so rezultati raziskave Whiteley idr. (2013, 986)³⁰ pokazali, da je 46,7 % žensk (n = 4.116) poročalo o simptomih menopavze (v povprečju po 5 simptomov). V skupini žensk, ki so poročale o prisotnosti simptomov menopavze so se pokazale nekatere skupne značilnosti: bile so statistično pomembno starejše, bolj verjetno je bilo, da niso bile belopolte

³⁰ Whiteley idr. (2013, 986) so izvedli raziskavo, v katero je bilo vključenih 8.811 ameriških žensk (med 40. in 64. letom), v povprečju so bile stare 49,8 let in brez zgodovine raka. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali imajo simptomi menopavze vpliv na z zdravjem povezano kvaliteto življenja z uporabo že uveljavljenega merskega instrumenta (HRQoL – ang. Health-Related Quality of Life).

Latinoameričanke, manjša verjetnost je bila, da so bile visoko izobražene, manj verjetno je bilo, da so izvajale redno telesno aktivnost, bolj verjetno so kadile in večja verjetnost je bila, da so imele višji ITM. Razširjenost posameznih specifičnih menopavzalnih simptomov v raziskavi Whiteley idr. (2013, 987) je bila naslednja:

- vročinski navali (87,4 %);
- nočno potenje (66,6 %);
- nespečnost/težave s spanjem (60,1 %);
- pozabljivost (49,5 %).
- spremembe razpoloženja (48,3 %);
- zmanjšano zanimanje za spolnost (44,7 %);
- okorelost sklepov (39,5 %);
- anksioznost (36,3 %);
- suhost nožnice (34,2 %);
- uhajanje urina (34,1 %);
- depresivnost (32,5 %);
- razbijanje/pospešeno bitje srca (24,9 %).

Prisotnost menopavzalnih simptomov ima vpliv na psihično (depresija in tesnoba) in fizično (sklepna okorelost in palpitacije srca) z zdravjem povezano kvaliteto življenja (Whiteley idr. 2013, 988). Menopavzalni simptomi imajo po ugotovitvah Whiteley in drugih (2013, 986) pri zaposlenih ženskah vpliv na njihovo delovno življenje, saj je dokazana pomembno višja prisotnost prezentizma³¹ ter slabša delovna zmožnost pri ženskah, ki poročajo o simptomih menopavze v primerjavi s tistimi, ki o njih niso poročale, medtem ko pri pojavu odsotnosti zaradi bolezni ni bilo bistvenih razlik med eno in drugo skupino žensk.

Griffiths idr. (2010, 6) so v Združenem kraljestvu ugotavljale, kateri simptomi menopavze povzročajo zaposlenim ženskam, ki so sodelovale v raziskavi, največ težav na delovnem mestu. V raziskavi Griffiths idr. (2010, 26) so sodelovale ženske (n = 912), ki so bile v povprečju stare 50 let in so se razvrstile v skupine glede na menopavzalni status v naslednje

³¹ Prezentizem je prisotnost na delovnem mestu kljub bolezni (Slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU 2017).

kategorije: perimenopavzalno obdobje³², naravna menopavza³³, kirurška menopavza in uporaba hormonov³⁴. Rezultati raziskave Griffiths idr. (2010, 41) so pokazali na tri najbolj izpostavljene simptome na delovnem mestu, o katerih je poročala več kot polovica udeležencev raziskave: slaba koncentracija (51,0 %), utrujenost in slab spomin (oboje 50,0 %). Sledijo še drugi simptomi, in sicer občutek potrtosti/depresije³⁵ (42,0 %), nizka samozavest (39,0 %), motnje spanja (37,0 %), razdražljivost (36,0 %), vročinski oblivi (35,0 %), bolečine in nelagodje v mišicah in sklepih (31,0 %), nihanje razpoloženja (29,0 %), napadi anksioznosti³⁶ in panike (25,0 %), jokavost (24,0 %), pogosti obiski toaletnih prostorov (23,0 %), težka obdobja/oblivi (22,0 %), nespretnost (17,0 %), palpitacije srca/hitro in nepravilno bitje srca (15,0 %), povečanje telesne mase (11,0 %), nočno potenje (8,0 %) in spremembe na koži (7,0 %).

2.1.7 Odsotnost zaradi bolezni pri starejših zaposlenih

V raziskavi Eurofound (2016, 112) je približno 27,0 % (28,0 % žensk in 25,0 % moških) zaposlenih izjavilo, da so bili odsotni zaradi zdravstvenih razlogov za pet ali več dni v zadnjih 12 mesecih, pri čemer obstajajo velike razlike med starostnimi skupinami (22,0 % zaposlenih mlajših od 35 let, 26,0 % starih med 35 in 49 let in 30,0 % starejših od 50 let). Sicer pa o največ bolniških odsotnostih poročajo upravljalci strojev in naprav, uradniki in tehniki.

V Sloveniji je po podatkih NIJZ (Tabela 2) največ izgubljenih dni na zaposlenega zaradi bolniškega staleža pri moških v starostni kategoriji 60 do 64 let (22,5 dni), pri ženskah pa v starostni skupini 55 do 59 let (24,8 dni). Število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža je pri ženskah v starostni skupini 55 do 59 let več kot 100 primerov na 100 zaposlenih, pri moških je najvišja v starostni kategoriji 55 do 59 let (57,4 dni). Povprečno trajanje ene

³² Ženske so poročale o menstrualnih nepravilnostih ali odsotnosti menstruacije v zadnjih 3 mesecih (Griffiths idr. 2010, 26).

³³ Ženske so poročale o odsotnosti menstruacije zadnjih 12 mesecev (Griffiths idr. 2010, 26).

³⁴ V tej skupini ženske poročajo o jemanju hormonov v zadnjih 12 mesecih, ne da bi kdaj imele ginekološko operacijo (Griffiths idr. 2010, 26).

³⁵ Depresija – bolezenska potrtost (Slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU 2017).

³⁶ Anksioznost je duševna motnja, ki se kaže v neprijetnem stanju vznemirjenosti, napetosti zaradi občutka ogroženosti, strahu brez stvarnega zunanjega razloga (Slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU 2017).

odsotnosti je najvišje pri moških v starostni skupini 65 do 69 let (42,3 dni), sledi kategorija 60 do 64 let (42,2 dni). Tudi sicer pri moških v vseh starostnih kategorijah traja posamezna bolniška odsotnost dlje časa. Bolniški stalež v starostni kategoriji 65 do 69 let je pri obeh spolih izražen v manjšem številu, kar lahko pripisujemo dejstvu, da je v tej starostni kategoriji manj zaposlenih oziroma se trenutno v Sloveniji upokojujemo prej.

Tabela 2: Kazalniki bolniškega staleža po spolu in starosti za leto 2016

Spol	Starostna kategorija	Izgubljeni koledarski dnevi na zaposlenega (IO)	Število primerov na 100 zaposlenih (IF)	Povprečno trajanje ene odsotnosti (R)
Moški	50 do 54 let	14,8	52,7	28,1
	55 do 59 let	21,4	57,4	37,2
	60 do 64 let	22,5	53,3	42,2
	65 do 69 let	13,0	30,8	42,3
Ženske	50 do 54 let	20,8	94,8	22,0
	55 do 59 let	24,8	101,2	24,5
	60 do 64 let	23,3	92,2	25,3
	65 do 69 let	10,3	41,3	24,9

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2018b.

2.1.8 Management starejših zaposlenih

Upravljanje starosti se osredotoča na celotno delovno življenje in ne samo na starejše zaposlene. Svoje cilje dosega z uporabo pristopa življenjskega ciklusa in ustvarja enake možnosti za vse generacije. Pri tem je poudarek bolj na preprečevanju kot na reševanju, kot je npr. preprečevanje slabe usposobljenosti zaposlenih in preprečevanje zdravstvenih težav, povezanih z delom (Karničnik in Žunko 2013, 14).

Iz raziskave Eurofound (2016, 121–122) izhaja, da 73,0 % zaposlenih, mlajših od 55 let v Evropi meni, da bodo svoje delo lahko opravljali do 60. leta starosti, pri čemer so bili moški nekoliko bolj optimistični kot ženske (75,0 % moških in 71,0 % žensk). Pri tem so opazne razlike med posameznimi državami glede pričakovanj zaposlenih, ki se nanašajo na njihovo delazmožnost do 60. leta starosti. V Nemčiji, Portugalski, Danski, Švedski, Italiji in Irski je več kot 80,0 % zaposlenih, mlajših od 55 let čutilo, da bi lahko delali do 60. leta starosti, v

nasprotju s Poljsko, Slovenijo, Francijo in Turčijo, kjer je rezultat 60,0 % ali manj. V večini držav so razlike med moškimi in ženskami majhne, medtem ko je v Turčiji in Sloveniji razlika med odgovori moških in žensk 15,0 %, v smislu, da so ženske manj optimistične glede svoje delazmožnosti v prihodnosti. V naslednji starostni skupini med zaposlenimi, starimi 56 let in več se kažejo znatne razlike med moškimi in ženskami po državah, pri čemer še vedno več moških kot žensk verjame, da bodo lahko opravljali svoje delo tudi v naslednjih petih letih, vendar so razlike med spoloma večje kot v prejšnji starostni skupini. Zlasti je to izraženo v Sloveniji, Albaniji, Turčiji, Romuniji in Cipru, kjer te razlike znašajo med 20,0 in 24,0 %. Z višjim odstotkom ženske izjavljajo, da bodo lahko opravljale enako delo, kot ga trenutno opravljajo v naslednjih petih letih v Avstriji, Finski, Estoniji, Hrvaški, Litvi, Norveški, Poljski in Slovaški.

Ilmarinen (2012, 2) navaja dva načina upravljanja starosti, ki se uporabljata v Evropi, in sicer »reševanje težav« ali »proaktivno«. Zaradi nizke stopnje ozaveščenosti o vprašanju staranja morajo podjetja reševati težave z omejenimi viri in zmanjševanjem delovne obremenitve starejših delavcev (pristop reševanja težav). V nasprotju pa so proaktivna podjetja na podlagi boljšega razumevanja starosti kot izziv ali priložnost pripravljena krepiti posamezne vire in podpirati medgeneracijsko učenje. Upravljanje starosti v svoji najboljši obliki uporablja pristop življenjskega ciklusa in ustvarja enake možnosti za vse generacije.

Crawford idr. (2016a, 35) so na osnovi dokazov in ugotovitev različnih avtorjev izpostavili nekaj ukrepov za zaščito zdravja in dobrega počutja žensk v delovnem okolju:

- omejevanje nočnega dela za starejše zaposlene, ki poročajo o težavah in jim ponuditi prednosti pri razporejanju v dnevno izmeno;
- omogočanje prednosti pri izbiri urnika (razporejanje v izmene);
- možnost skrajšanega delovnega časa;
- zmanjšanje delovnih obremenitev;
- organiziranje pogostejših zdravstvenih pregledov;
- usposabljanje in svetovanje v zvezi s spanjem, zdravim prehranjevanjem, telesno vadbo in obvladovanjem stresa.

V večgeneracijskih delovnih okoljih delovne organizacije morajo sprejeti in spodbujati generacijsko raznolikost z vpeljevanjem programov in usmeritev, ki podpirajo rast in razvoj zaposlenih. V tem kontekstu morajo za izgradnjo potrebnih temeljev vodilni delavci razumeti delovne profile svojih zaposlenih ter razviti programe in usmeritve za pridobivanje in ohranjanje različnih generacij zaposlenih. Ko je to opredeljeno, morajo vodje prilagoditi

svoje managerske in komunikacijske vloge za učinkovito odkrivanje in spodbujanje prednosti različnih generacij. Po opredelitvi generacijskih prednosti in z razvijanjem praks za njihovo spodbudo vodje zaposlene spodbujajo in kažejo razumevanje za celotno delovno silo (Mlakar 2016, 8).

Ilmarinen (2012, 2) opredeljuje upravljanje starosti s poudarkom, da je »potrebno s starostjo povezane dejavnike upoštevati pri vsakdanjem upravljanju, vključno z delovno ureditvijo in posameznimi delovnimi nalogami« in tako je lahko vsak, ne glede na starost, sposoben doseči svoje cilje in cilje delovne organizacije. Tako je definiral osem ciljev upravljanja starosti na delovnem mestu:

- boljša ozaveščenost o staranju;
- pravičen odnos do staranja;
- management starosti kot temeljna naloga in dolžnost vodstvenih in nadzornih delavcev;
- vključenost managementa starejših zaposlenih v kadrovske politike;
- spodbujanje delovne sposobnosti in produktivnosti;
- vseživljenjsko učenje;
- do starejših prijazna delovna ureditev;
- varen in dostojanstven prehod v upokojeve.

Ponavljajoči dejavniki, ki pojasnjujejo nevezdržno delo, boleče položaje, slabo usklajevanje delovnih in nedelovnih ur in majhne možnosti za kariero, predstavljajo za delovne organizacije pomemben izziv. Predvsem gre za izzive na področju varnosti in zdravja pri delu, ergonomije in porazdelitve delovnih nalog. Prav tako je izziv pri upravljanju s človeškimi viri, organiziranju delovne organizacije in fleksibilnim vodenjem. Na eni strani je potrebno iz preventivnih razlogov pristopiti k zmanjševanju tveganja za vse zaposlene, po drugi strani pa prilagajati organizacijo dela spreminjajoči se demografski strukturi zaposlenih (Eurofound 2012, 82).

Management delovne organizacije si mora za politike ustvarjanja prizadevati trajnostna delovna mesta. Doseganje trajnosti dela za delavce pomeni zagotoviti, da starejši delavci lahko še naprej izpolnjujejo zahteve na delovnem mestu in da jim organizacija dela omogoča opravljanje delovnih nalog na zdrav način, ki jih varuje pred negativnimi vplivi ter kar najbolje izkoristi njihove izkušnje in znanje. To pomeni tudi, da delovne razmere skozi celotno poklicno pot pomagajo delavcem ohraniti telesno in duševno zdravje, motiviranost in storilnost (Eurofound 2015, 3).

Winwood idr. (2006) ter Clendon in Walker (2013b, 912) kot priporočilo za management izpostavljajo posebno pozornost pri pripravi urnikov dela, ki po eni strani zadostijo pravnim zahtevam, po drugi strani pa upoštevajo biološki ritem posameznika. Clendon in Walker (2013b, 912) takšno možnost vidita v vrnitvi k bolj fiksnim urnikom dela ter povečanem dostopu do fleksibilnega ali polovičnega delovnega časa kot možnosti zadrževanja starejših zaposlenih na delovnem mestu. Ilmarinen (2012, 6) opozarja na potrebo po inovativnih modelih za podaljšanje delovnega življenja posameznikov in povišanje njihove dejanske upokojitvene starosti. Nekateri primeri dobre prakse namreč kažejo, da sta zagotavljanje več prostega časa ali zmanjševanje delovne obremenitve s starostjo dejansko upokojitveno starost podaljšala za približno tri leta. Spodbujanje zdravega in varnega delovnega okolja je pomembno za boljše zdravstveno stanje zaposlenih ter višjo pričakovano življenjsko dobo. Oboje izboljšuje njihove možnosti, da ostanejo aktivni in družbeno koristni (Ilmarinen 2012, 7).

Ljudje veliko časa preživimo na delovnem mestu, zato je to idealen kraj za spodbujanje zdravega načina življenja (Bizjak 2014, 33). Velnes³⁷ kot življenjski slog z vsemi svojimi razsežnostmi je lahko ena izmed možnosti, s katerimi lahko delovne organizacije poskrbijo za svoje zaposlene ter si na ta način dolgoročno zagotovijo uspešne in zdrave zaposlene. V delovnem okolju, kjer bo zdrav življenjski slog vrednota, bo tudi motivacija zaposlenih zelo visoka (Karan 2014, 49). Spodbujanje zdravja na delovnem mestu je po mnenju raziskovalcev van den Berg idr. (2008, 12) lahko namenjeno povečanju fizične aktivnosti v prostem času, preprečevanju prekomerne telesne teže, povečanju kostno-mišične zmogljivosti ter zmanjšanju fizičnih in psihosocialnih obremenitev. Ciljno usmerjeni programi promocije in krepitve zdravja zaposlenih prinašajo delovnim organizacijam številne koristi (Bizjak 2014, 32–33):

- večjo varnost na delovnem mestu;
- manjše tveganje za poškodbe pri delu;
- zdravje in dobro počutje zaposlenih;
- manjše stroške zaradi bolniške odsotnosti;
- večjo produktivnost.

Dobro zdravje in varnost delavcev sta nujna za trajnostno delovno življenje ter aktivno in zdravo staranje, zlasti ob upoštevanju, da se aktivno prebivalstvo stara in delovno življenje

³⁷ Gre za slovensko različico besede wellness, ki izhaja iz besed well-being in fit-ness. Razvoj velnesa kot stroke se je začel v šestdesetih letih prejšnjega stoletja v ZDA (Karan 2014, 45).

podaljšuje, kar zahteva ustvarjanje varnega in zdravega okolja skozi celotno delovno življenje delavcev, ki je vedno bolj raznolika. Pri tem je spodbujanje kulture preprečevanja ključnega pomena za doseg te ciljev (Evropska komisija 2014, 7).

Tzenova (2015, 300) opozarja tudi na potrebo po spremembi dojemanja starejših oseb. Kot navaja, je potrebno spremeniti spoznanja o staranju in se tako spoprijeti z nekaterimi miti, kar je mogoče doseči z zagotavljanjem zanesljivih informacij, podatkov in raziskav ter s strategijo, ki zagotavlja, da ljudje vseh starosti razumejo in razpravljajo o odločevalcih v javnem in zasebnem sektorju, v šolah in univerzah, v sindikatih in poklicnih združenjih ter preko množičnih medijev.

2.2 Vpliv delovnega okolja na izvajalce zdravstvene nege 50+

Medicinske sestre in babice imajo ključne in vse pomembnejše vloge v prizadevanjih družbe za reševanje izzivov na področju javnega zdravja in zagotavljanje varnih, visokokakovostnih, učinkovitih in zmogljivih zdravstvenih storitev. Izvajalci zdravstvene nege so bistvenega pomena za varovanje in izboljšanje zdravja, saj podpirajo ljudi, da upravljajo s svojim zdravjem ter zagotavljajo dostop in kontinuiteto oskrbe, ko jo bolniki potrebujejo (World Health Organization 2015, 5).

V sledečem podpoglavju smo se osredotočili na okolje, v katerem deluje zdravstvena nega in raziskave, ki vključujejo izvajalce zdravstvene nege v delovnem okolju ter se dotikajo problemov, ki so jim izvajalci zdravstvene nege izpostavljeni. Sem štejemo psihofizične dejavnike delovnih mest, organizacijo dela in delovnega časa, posledice dejavnikov tveganja na zdravje, odsotnost zaradi bolezni ter priporočila za management. Poseben poudarek smo namenili tudi predstavitvi zdravstvene nege v Sloveniji.

2.2.1 Okolje zdravstvene nege

Zdravstveno in socialno varstvo sta največji področji dela v EU, v kateri je vključenih 10,0 % vseh zaposlenih iz EU, od tega 77,0 % žensk. Največ izvajalcev zdravstvene nege je zaposlenih v bolnišničnem okolju. Evropski zdravstveni sektor ima ključno vlogo pri doseganju ciljev strategije Evropa 2020 s prispevanjem k splošnemu zdravju in blagostanju delovne sile in družbe kot celote. Poleg tega sta zdravstveni sektor in sektor socialnega varstva tudi pomemben delodajalec, katerega pomen bo v okviru demografskih sprememb vse večji. In to ne le z vidika vse večjega povpraševanja po zdravstvenih in socialnih

storitvah, temveč v luči vse večjega pomanjkanja delovne sile kot posledice upadanja rodnosti. To ne vpliva le na potencialno rast in vzdržnost pokojnin, temveč tudi na financiranje zdravstvenega in socialnega varstva ter zaposlovanje delavcev za zagotavljanje teh storitev. Čeprav se pričakuje, da bo povpraševanje po negovalnih delavcih in pomanjkanje zaposlenih raslo, raziskave kažejo, da obe področji pogosto ponujata slabe delovne pogoje in plačila v primerjavi s področji, ki potrebujejo enakovredne ravni spretnosti in usposabljanja (EU-OSHA 2014b, 6).

Izvajalci zdravstvene nege so v Sloveniji najštevilčnejša poklicna skupina v bolnišničnem okolju, kar potrjuje tudi pregled bolnišnic, ki so sodelovale v naši raziskavi na spletni strani dostopnih letnih poročil za leto 2016. Delež izvajalcev zdravstvene nege v proučevanih bolnišnicah se giblje med 35,9 % in 53,0 %. Tako v SB Izola predstavljajo izvajalci zdravstvene nege 53,0 % vseh zaposlenih (Splošna bolnišnica Izola 2017, 42), v Ortopedski bolnišnici Valdoltra 48,0 % (Ortopedska bolnišnica Valdoltra 2017, 109), v SB Jesenice 53,0 % (Splošna bolnišnica Jesenice 2017, 60), v SB Brežice 44,5 % (Splošna bolnišnica Brežice 2017, 73), v SB Novo mesto 48,5 % (Splošna bolnišnica Novo mesto 2017, 75), v BGP Kranj 41,8 % (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj 2017, Obrazec 3 v prilogi), v SB Celje 47,2 % (Splošna bolnišnica Celje 2017, 90–91), v PB Idrija 49,5 % (Psihiatrična bolnišnica Idrija 2017, 66), v PB Ormož 35,9 % (Psihiatrična bolnišnica Ormož 2017, 65), v Bolnišnici Topolšica 42,3 % (Bolnišnica Topolšica 2017, 43), v SB Murska Sobota 46,8 % (Splošna bolnišnica Murska Sobota 2017, 53), ter v SB Slovenj Gradec 46,6 % (Splošna bolnišnica Slovenj Gradec 2017, 72).

Pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege v globalnem svetu je zelo dobro dokumentirano. Razlog, da je v zdravstveni negi vse manj izvajalcev zdravstvene nege tiči v nižji rodnosti, več možnosti pri izbiri kariere in zapuščanje poklica na manj stresna in bolj zadovoljujoča delovna mesta. Pomemben in naraščajoč dejavnik v zdravstveni negi je staranje delovne sile, vendar pa se zelo malo pozornosti namenja ohranjanju starejših zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege na delovnih mestih (Graham in Duffield 2010, 44).

V letu 2016 v SB Izola poročajo o starostni strukturi zaposlenih nad 50 let, ki predstavlja 28,16 % delež, pri čemer že več let zapored narašča število zaposlenih, starih od 51 do 60 let. V letu 2016 se je ponovno povečalo število zaposlenih v starostni skupini med 51 in 60 let ter naraslo število zaposlenih nad 60 let (Splošna bolnišnica Izola 2017, 45). V SB Murska Sobota v letu 2016 poročajo o 25,0 % deležu zaposlenih v starostni kategoriji med 51 in 60 let (Splošna bolnišnica Murska Sobota 2017, 58). PB Idrija poroča o visokem deležu (43,0

%) izvajalcev zdravstvene nege s srednjo izobrazbo, ki so stari 50 let in več. Pri diplomiranih medicinskih sestrah pa se bo to izkazalo že v bližnji prihodnosti, saj jih je trenutno največ (46,0 %) v starostni skupini med 40 in 45 let (Psihiatrična bolnišnica Idrija 2017, 63).

Tudi v Sloveniji bolnišnice že zaznavajo trend pomanjkanja izvajalcev zdravstvene nege na trgu dela, o katerem poroča SB Izola, saj so se v letu 2016 »ponovno dnevno srečevali z večjimi kadrovskimi izzivi, ker na trgu delovne sile ni zadostnega števila kompetentnega kadra«, pri čemer imajo največ težav pri zaposlovanju zdravnikov specialistov in strokovnjakov s področja zdravstvene nege (diplomiranih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov, bolničarjev). Verjetno se je ravno zato pri njih prestrukturiralo 10 zdravstvenih tehnikov v diplomirane medicinske sestre in 1 zdravstveni tehnik v diplomirano babico (Splošna bolnišnica Izola 2017, 43–44). V SB Jesenice so v letu 2016 ugotavljali, da jim ves čas nastajajo nadure, ki so posledica pomanjkanje zdravniškega kadra in izvajalcev zdravstvene nege. Prav tako jim kljub prizadevanjem zaradi pomanjkanja kadra na trgu dela ne uspe pravočasno nadomestiti bolniških in porodniških odsotnosti (Splošna bolnišnica Jesenice 2017, 62). Tudi Bolnišnica Topolšica poroča, da so se v letu 2016 »še vedno srečevali s pomanjkanjem medicinskih sester« (Bolnišnica Topolšica 2017, 43). Prav tako so se v SB Celje v letu 2016 med drugim srečevali s pomanjkanjem srednjih in diplomiranih medicinskih sester iz razlogov, kot so povečani obsega dela, vedno večje uveljavljanje pravic zaposlenih iz naslova varstva starejših delavcev, veliko število zaposlenih s statusom invalida, bolniški stalež zaposlenih, dvig starostne strukture zaposlenih itd. (Splošna bolnišnica Celje 2017, 92). SB Izola kot problem izpostavlja tudi fluktuacijo zaposlenih, ki je tudi eden najpomembnejših izzivov, kako najti (zaposliti) in nato zadržati dobre zaposlene (Splošna bolnišnica Izola 2017, 46).

2.2.2 Zgodovina zdravstvene nege v Sloveniji

Zdravstvena nega ima v Sloveniji več kot 90-letno tradicijo uradnega delovanja, saj je bil 27. novembra leta 1927 v Ljubljani ustanovni občni zbor Organizacije absolventk šole za sestre v Ljubljani, in sicer z namenom skrbeti za dobrobit vseh »sester«, njihovo povezovanje, reševanje splošnih sestrskih vprašanj novonastalega poklica ter ustanovitev centralne sestrске organizacije v državi Kraljevini Srbov, Hrvatov in Slovencev (v nadaljevanju Kraljevini SHS). Absolventke šole so imele naziv otroške zaščitne sestre. To naj bi bilo prvo takšno združenje v takratni Kraljevini SHS. Sklenile so, da bi sestre, ki delajo zunaj ožje domovine, ustanovile v Beogradu tudi svoj klub, katerega predstavnica bi

sodelovala kot odbornica na sejah v Ljubljani. Obravnavale so še študijo Rdečega križa o poklicu sestre, njihovo delovno obleko ter nakazale potrebo po sestrskem glasilu. Prvi ustanovni občni zbor je vodila Antonija Schiffer, ki je bila izvoljena za predsednico, vendar je naloge predsednice takoj predala Angeli Boškin. (Keršič idr. 2017, 26–31).

Angela Boškin, rojena 6. junija 1885 v Pevmi pri Gorici, v Avstro-Ogrski monarhiji, kamor je v tistem obdobju spadalo slovensko ozemlje, je bila prva šolana medicinska sestra, ki je delovala na slovenskem. Korenčan (2009) v svoji knjigi *Življenje in delo Angele Boškin*, prve šolane medicinske sestre na Slovenskem, na osnovi zapisov drugih avtorjev, pričevalcev, zgodovinskih dejstev in dokumentov, povzema njeno življenjsko pot. Iz zbranih dejstev in zapisov drugih avtorjev Korenčan (2009) izhaja, da se je Angela Boškin za poklic medicinske sestre šolala na Dunaju na kliniki Wertheim. Leta 1917 je bila imenovana za glavno sestro v rezervni vojaški bolnišnici, kjer so vladale zelo slabe razmere, vključno s pomanjknem hrane in kurjave, zato je Boškinova morala vlagati veliko energije za vzpostavitev vsaj znosnih razmer. Kmalu po diplomi leta 1918 je prišlo do razpada Avstro-Ogrske monarhije. Prišla je domov, v novo nastalo državo Kraljevino SHS, kjer se je znašla med vojaki in begunci, ki so prihajali z goriške fronte. Zaman je iskala zaposlitev na Slovenskem, saj je bilo v takratnem obdobju delo v bolnišnicah zaupano redovnicam. Prvo zaposlitev je dobila v Jesenicah in tako je bil 27. januarja 1919 na ozemlju današnje države podpisan prvi dekret o zaposlitvi (nastanitvi) skrbstvene sestre. Tako je pionirka zdravstvene nege v Sloveniji 3. februarja 1919 tudi uradno pričela s svojim profesionalnim delovanjem. Leta 1919 je osnovala prvo posvetovalnico za matere in otroke. V času druge svetovne vojne je delovala na Gorenjskem v Škofji Loki v Dispanzerju za zdravljenje tuberkuloze. Bila je aktivna pri ustanavljanju prve šole za medicinske sestre na Slovenskem, kjer je leta 1924 tudi diplomirala, saj svoje diplome iz Dunaja ni mogla nostrificirati. Na šoli, kjer je začel delovati 3. januarja 1924 najprej enoletni program, nato so ga razširili na dvoletno izobraževanje, je sodelovala tudi kot mentorica. To je bil začetek strokovnega izobraževanja na področju zdravstvene nege na slovenskem. Angela Boškin se je upokojila leta 1944, vendar je ostala še naprej družbeno aktivna. Umrla je 28. junija 1977, stara 92 let.

Ime Angele Boškin se danes v povezavi z zdravstveno nego uporablja za poimenovanja dogodkov (strokovna srečanja dnevi Angele Boškin), priznanja (priznanje Angele Boškin na državnem tekmovanju za srednje šole iz strokovnega znanja in natečaja za literarne in likovne prispevke) in poimenovanje fakultete za zdravstvo v Jesenicah (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin). Slednja podeljuje nagrade in priznanja z njenim imenom

najboljšim študentom, absolventom in visokošolskim učiteljem. Prisega Angele Boškin je besedilo, ki ga je razglasila Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Zbornica – Zveza) kot priporočilo, ki naj ga ob podelitvi diplome izrečejo diplomanti prve stopnje zdravstvene nege. Sicer pa Zbornica – Zveza ob mednarodnem dnevu medicinskih sester podeljuje priznanje Angele Boškin za življenjsko delo. Ime Angele Boškin je Zbornica – Zveza pri Uradu Republike Slovenije za intelektualno lastnino zaščitila kot blagovno znamko (Keršič idr. 2017, 327–329).

Danes je Zbornica – Zveza strokovno, nevladno in nepridobitno združenje v Republiki Sloveniji, ki združuje preko 15.000 članic in članov – medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov iz 11 regijskih društev, ki so s pogodbo povezana v Zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter 30 strokovnih sekcij (Zbornica – Zveza 2018a).

2.2.3 Definicije zdravstvene nege

»Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Ključne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike, upravljanje zdravstvenih sistemov ter izobraževanje« (International Council of Nurses - ICN 2002).

Na spletni strani Zbornice – Zveze (2017a) je zapisano, da je

»poslanstvo zdravstvene nege obravnava človeka, zdravega ali bolnega (pacient, bolnik, varovanec, stanovalec, uporabnik, klient ...), ki je enkrat in neponovljiv v času in prostoru in je zato najvišja vrednota vrednostnega sistema medicinske sestre. Sposobnost doživljanja in razumevanja človeka kot celote telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega bitja usklajuje diplomirana medicinska sestra s svojimi znanji, izkušnjami in sposobnostmi ob nenehnem prilagajanju in spreminjanju svojega pozitivnega odnosa do sebe, drugih in do okolice«

2.2.4 Izvajalci zdravstvene nege v Sloveniji

»Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci opravljajo zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pri opravljanju svojega dela morajo obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji na enak način in spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice. Edino merilo prednosti je nujnost zdravstvenega posega« (ZZDej-UPB2, 45. čl.).

»Zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost« (ZZDej-UPB2, 55. čl.).

Izvajalci zdravstvene nege so vključeni v zdravstveno varstvo, ki po 1. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZZVZZ-UPB3) »obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih«. Ker zdravstvena nega v tem zakonu ni eksplicitno poudarjena, si Zbornica – Zveza (2017b) prizadeva, da se v novem zakonu, katerega osnutek je trenutno v javni obravnavi, namesto »nego« umesti »zdravstveno nego«, z utemeljitvijo, da »predlog zakona ne upošteva strokovne terminologije na področju zdravstvene nege, saj pojem »nega« predstavlja laično nego, ki se bistveno razlikuje od pojma zdravstvene nege. »Nego« lahko izvajajo osebe, ki nimajo ustrezne izobrazbe in z zakonom predpisane poklicne kvalifikacije in ne kompetenc za izvajanje zdravstvene nege (npr. sorodniki, bližnje osebe, socialni oskrbovalci itd.). V dokumentu, ki vsebuje predloge k Zakonu zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Zbornica – Zveza (2017b) utemeljuje, da je zdravstvena nega »dejavnost v sistemu zdravstvenega varstva, ki obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo ter sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih ljudi v vseh okoljih. Vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanje. Zdravstveno nego izvajajo zdravstveni delavci z ustrezno pridobljeno poklicno kvalifikacijo s področja zdravstvene nege«.

Razlika med zdravstveno nego in »nego« je (Zbornica – Zveza 2017b):

- v strokovni presoji, ki je neločljivo povezana s procesom ocenjevanja zdravstvenega stanja, ugotavljanja potreb pacienta, načrtovanja dela in vrednotenja dela;
- v strokovnem znanju in strokovni usposobljenosti, ki je osnova za ocenjevanje pacientovih potreb po zdravstveni negi in v odločanju, s katerimi aktivnostmi zdravstvene nege bodo zadovoljene ugotovljene potrebe;
- v osebni profesionalni odgovornosti glede upoštevanja doktrin, standardov, protokolov, smernic, navodil in drugih dokumentov na področju dela in sprejetih odločitev;
- v odnosih med izvajalcem zdravstvene nege in pacientom, ki vključuje spoštovanje poklicnih pravil in pravila kodeksa etike.

Po definiciji (Zbornica – Zveza 2017a)

»medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu posamezniku v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora. Sodeluje pri realizaciji diagnostično terapevtskega programa, katerega iniciator je zdravnik. Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe pacienta«.

V nadaljevanju sledi opis poklicev zdravstvene nege, povzet iz spletne strani Zbornice – Zveze (2017a):

- diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
»je oseba, ki je zaključila najmanj dvanajstletno splošno in/ali strokovno izobraževanje in končala visoko (višjo) strokovno izobraževanje s področja zdravstvene nege, pri čemer študijski program v celoti upošteva Evropsko direktivo za regulirane poklice št. 2005/36/ES in posodobljena 2013/55/EU ter ji/mu je ustrezen organ podelil pravico za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti. V okviru svojih kompetenc je usposobljena za zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, za zdravstveno vzgojo in izobraževanje, za organizacijo dela in razvojno raziskovalno dejavnost«.
- diplomirana babica/diplomirani babičar
»je oseba, ki ima zaključen visokošolski študij babištva, pri čemer študijski program v celoti upošteva Evropsko direktivo za regulirane poklice št. 2005/36/ES ter ji/mu je ustrezen organ podelil pravico za samostojno opravljanje dela v zdravstveni

dejavnosti. Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti mora biti za samostojno opravljanje zdravstvene nege vpisana v register izvajalcev in imeti veljavno licenco«.

- **tehnik zdravstvene nege/zdravstveni tehnik/srednja medicinska sestra**
»je oseba, ki je zaključila srednješolski strokovni program zdravstvene nege in je usposobljena za vrsto strokovnih del v okviru zdravstvene nege zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Je član negovalnega tima in je po navodilu medicinske sestre izvajalec postopkov in posegov v procesu zdravstvene nege. Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti mora za samostojno opravljanje zdravstvene nege opraviti pripravništvo v trajanju šestih mesecev in strokovni izpit ter biti vpisan v register izvajalcev«.
- **bolničar negovalec/bolničarka negovalka**
»je oseba, ki je zaključila triletni poklicni izobraževalni program za področje pomoči in oskrbe. Bolničar negovalec nudi pomoč varovancu pri tistih življenjskih potrebah, ki jih oskrbovanec ne more opraviti sam in potrebuje pomoč druge osebe. Bolničar negovalec je sodelavec negovalnega tima. Po zakonu o zdravstveni dejavnosti mora za samostojno delo opravljanja pomoči in oskrbe opraviti pripravništvo v trajanju šestih mesecev in strokovni izpit. Na seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti je bolničar v zdravstveni dejavnosti umeščen med zdravstvene sodelavce«.

Po ZZDej-UPB2 (64. čl.) smeta diplomirana medicinska sestra in diplomirana babica samostojno opravljati delo, če imata »zaključen ustrezen študijski program prve stopnje, ki traja najmanj tri leta, in je lahko dodatno izražen z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS ter obsega vsaj 4.600 ur teoretičnega in kliničnega izobraževanja oziroma usposabljanja, pri čemer trajanje teoretičnega izobraževanja predstavlja vsaj tretjino, trajanje kliničnega usposabljanja pa vsaj polovico minimalnega trajanja usposabljanja«.

2.2.5 Izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji

V Sloveniji izvajalci zdravstvene nege pridobivajo svoje znanje na osmih visokošolskih institucijah ter devetih srednjih šolah (Zbornica – Zveza2018b, Alma Mater Europaea – ECM 2018).

Vsebino izobraževanj za diplomirane medicinske sestre in diplomirane babice določa Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne

medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije (2017, 8. in 9. čl.). Ta pravilnik natančno določa minimalni obseg izobraževanja, pogoje za sprejem v izobraževalni proces, vsebino teoretičnega izobraževanja, vsebino praktičnega in kliničnega usposabljanja, pridobljene kompetence obeh profilov. Tako diplomirana medicinska sestra po končanem izobraževanju pridobi naslednje kompetence (8. čl.):

- sposobnost samostojno ugotoviti, kakšna zdravstvena nega je potrebna ter načrtovati, organizirati in izvajati zdravstveno nego pri pacientu;
- sposobnost učinkovitega sodelovanja z drugimi akterji, zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi sodelavci, vključno s sodelovanjem pri praktičnem usposabljanju zdravstvenega osebja;
- sposobnost usposabljanja posameznikov, družin in skupin za zdrav način življenja in samopomoč;
- sposobnost samostojno začeti takojšnje ukrepe za ohranjanje življenja ter izvajati ukrepe v kriznih razmerah in v primeru nesreč;
- sposobnost samostojno svetovati, voditi in podpirati osebe, ki potrebujejo nego, in njihove bližnje;
- sposobnost samostojno zagotavljati kakovost zdravstvene nege in jo ocenjevati;
- sposobnost celovite profesionalne komunikacije in sodelovanja z drugimi zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi sodelavci;
- sposobnost oceniti kakovost zdravstvene nege zaradi izboljšanja svoje poklicne prakse.

Po končanem formalnem izobraževanju lahko diplomirana babica opravlja naslednje dejavnosti (9. čl.):

- informiranje in svetovanje v zvezi z načrtovanjem družine;
- diagnosticiranje nosečnosti in spremljanje normalnega poteka nosečnosti, izvajanje preiskav, potrebnih za spremljanje razvoja normalnega poteka nosečnosti;
- predpisovanje in svetovanje v preiskavah, potrebnih za čimprejšnje diagnosticiranje rizičnih nosečnosti;
- izvajanje programov šole za starše in popolne priprave na porod, vključno s svetovanjem o higieni in prehrani;
- skrb za mater in pomoč med porodom ter spremljanje stanja zarodka v maternici z ustreznimi kliničnimi metodami in tehničnimi sredstvi;
- izvajanje spontanov vključno z epiziotomijo, kadar je potrebna, v nujnih primerih pa tudi porod v medenični vstavi;

- prepoznavanje opozorilnih znakov nepravilnosti pri materi ali otroku, ki zahtevajo napotitev k zdravniku, in pomoč temu zdravniku, kadar je to primerno; izvajanje ustreznih nujnih ukrepov v zdravnikovi odsotnosti, zlasti ročne odstranitve placente, ki ji lahko sledi ročni pregled maternice;
- pregledovanje in negovanje novorojenčka, ukrepanje po lastni presoji v primeru potrebe in izvajanje takojšnjega oživljanja, kadar je to potrebno;
- nega matere in spremljanje njenega napredka v poporodnem obdobju ter dajanje vseh potrebnih nasvetov o negi otroka, da bi lahko svojemu novorojenemu otroku zagotovila optimalen razvoj;
- izvajanje zdravljenja, ki ga predpiše zdravnik;
- priprava potrebnih pisnih poročil.

Diplomirana babica lahko dejavnosti izvaja tudi na domu pacienta pod pogoji, ki jih določi minister za zdravje.

2.2.6 Zdravstvena nega v številkah

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ) je ob zaključku leta 2016 bilo v zdravstvu zaposlenih 6.345 medicinskih sester in 13.588 zdravstvenih tehnikov. V zadnjih desetih letih se je število medicinskih sester povečalo za 68,0 % in zdravstvenih tehnikov za 15,0 % (NIJZ 2018, 8–2). Povprečni letni prirast medicinskih sester je nekaj več kot 6,0 % (NIJZ 2018, 8–4).

Tabela 3 prikazuje število zaposlenih v zdravstveni in babiški negi, in sicer prevladujejo izvajalci zdravstvene nege s srednjo stopnjo izobrazbe, sledijo medicinske sestre z višjo izobrazbo ali več ter diplomirane babice. Medicinske sestre³⁸ v bolnišnični dejavnosti predstavljajo 58,8 % delež (NIJZ 2018, 8–4). Število prebivalcev na eno medicinsko sestro je v Sloveniji 318,9 in se razlikuje po regijah. Najmanj prebivalcev na eno medicinsko sestro je v osrednjeslovenski regiji, in sicer 249,0, največ v primorsko-notranjski regiji 692,0. Število prebivalcev na enega zdravstvenega tehnika v Sloveniji je 149,9 in se razlikuje po regijah. Najmanj prebivalcev na enega zdravstvenega tehnika³⁹ je v osrednjeslovenski regiji, in sicer 123,9 prebivalcev ter največ v primorsko-notranjski regiji in znaša 261,7 prebivalca (NIJZ 2018, 8–15).

³⁸ Medicinske sestre: zajete so višje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre in mag. zdravstvene nege (strokovni naziv).

³⁹ Zdravstveni tehniki: zajeti so zdravstveni tehniki in babice (srednja strokovna izobrazba).

Tabela 3: Kazalniki zaposlenih v zdravstveni in babiški negi v Sloveniji 2016

Izvajalci zdravstvene nege	Število	Na 100.000 prebivalcev
medicinske sestre zaposlene v zdravstvu*	6.345	307,4
zdravstveni tehniki zaposleni v zdravstvu**	13.588	658,3
diplomirane babice	186	9,0

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2018a, 8–3.

V nadaljevanju (Tabela 4) smo prikazali delež izvajalcev zdravstvene nege, v bolnišnični dejavnosti, v Sloveniji. Največji delež izvajalcev zdravstvene nege je zaposlenih v splošnih bolnišnicah, pri čemer prevladujejo izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo, sledijo medicinske sestre z višjo izobrazbo ali več ter diplomirane babice. V specializiranih bolnišnicah v Sloveniji je zaposlenih manj izvajalcev zdravstvene nege, vendar je razmerje med posameznimi izvajalci zdravstvene nege enako. Prevladujejo izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo, sledijo tisti, ki imajo najmanj višjo stopnjo izobrazbe in diplomirane babice. V zasebnih specializiranih bolnišnicah prevladujejo izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo (NIJZ 2018a, 8–7, 8–8).

Tabela 4: Zaposleni v zdravstveni negi glede na mesto zaposlitve v Sloveniji 2016

Izvajalci zdravstvene nege	Splošne bolnišnice	Specializirane bolnišnice	
		Javne	Zasebne
diplomirane medicinske sestre	1.333	386	2
višje medicinske sestre	123	53	2
diplomirane babice	82	22	-
zdravstveni tehniki in babice	2.460	753	28
bolničarji	136	34	-
profesor zdravstvene vzgoje	7	4	-

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2018a 8–7, 8–8.

Po podatkih Zbornice-Zveze (Tabela 5) je bilo januarja 2017 v registru članov zdravstvene in babiške nege 22.171 članov. Po spolu so prevladovalе ženske (88,4 %), moških članov je 11,6 %. Tudi sicer ženske prevladujejo v vseh poklicih zdravstvene in babiške nege. Največji

delež žensk je pri diplomiranih babicah (98,3 %), sledijo višje medicinske sestre (96,8 %) in diplomirane medicinske sestre (89,6 %). Največ moških v zdravstveni negi deluje na področjih, kjer se zahteva srednja stopnja izobrazbe (13,0 %), najmanj pa na področju babištva (1,7 %).

Člani Zbornice-Zveze, ki so dopolnili 50 let, so konec januarja 2017 predstavljali 34,4 % delež vseh članov. Po spolu so prevladovale ženske 95,8 %. Največji delež starejših od 50 let je v poklicni skupini višjih medicinskih sester (79,0 %), najnižji pa pri diplomiranih babicah (0,27 %).

Tabela 5: Podatki iz registra zdravstvene in babiške nege v Sloveniji, januar 2017

Poklici v zdravstveni negi	Vsi izvajalci zdravstvene in babiške nege			Izvajalci zdravstvene in babiške nege rojeni do 31. 1. 1967			
	Ženske	Moški	Skupaj	Ženske	Moški	Skupaj	Delež (%)
MS s srednjo izobrazbo*	12.850 87,0 %	1.933 13,0 %	14.783	5.179 95,6 %	237 4,4 %	5.416	36,6
Višje medicinske sestre	1.402 96,8 %	47 3,2 %	1.449	1.113 97,2 %	32 2,8 %	1.145	79,0
Diplomirane medicinske sestre	4.999 89,6 %	582 10,4 %	5.581	1.018 95,0 %	54 5,0 %	1.072	19,2
Diplomirane babice	352 98,3 %	6 1,7 %	358	1	0	1	0,27
Skupaj	19.603	2.568	22.171	7.311	323	7.634	
Skupaj %	88,4 %	11,6 %		95,8 %	4,2 %		
Skupaj delež (%)							34,4

Legenda: *srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik/tehnik zdravstvene nege/medicinska sestra-babica.

Vir: Zbornica – Zveza 2017c (Priloga D).

Zbornica – Zveza je strokovno, nevladno in nepridobitno združenje v Republiki Sloveniji. Ustanovljena je bila leta 1992. Razdeljena je na enajst regijskih strokovnih društev ter

trideset strokovnih sekcij. Zbornica – Zveza je vključena v Mednarodni svet medicinskih sester (ICN), Mednarodno konfederacijo babic (ICM) in v Evropsko federacijo združenj medicinskih sester (EFN). Izvajalce zdravstvene nege v Sloveniji zavezuje Kodeks etike zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi (2017, Ur.l. RS, št.13/2017). Babice zavezuje Kodeks etike za babice (2014, Ur. l. RS, št. 71/2014). Podlaga za delokrog medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege so »Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi« (Zbornica-Zveza 2018a).

2.2.7 Vpliv psihosocialnih dejavnikov delovnih mest na izvajalce zdravstvene nege

Izvajalci zdravstvene nege so zaradi narave svojega dela podvrženi številnim tveganjem (EU-OSHA 2014b, 53):

- biološkimi tveganjem (npr.: okužbe s krvjo, nalezljive bolezni);
- kemičnimi tveganjem (npr.: izpostavljenost alergenom, rakotvornim snovem);
- fizičnimi tveganjem (npr.: ionizirajoče sevanje);
- varnostnim tveganjem (npr.: zdrs, spotik, padec)
- ergonomskim tveganjem (npr.: ravnanje s pacienti);
- psihosocialnim tveganjem (npr.: časovni pritisk, psihološke zahteve).

Izvajalci zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti, poročajo o visoki stopnji poklicnega stresa. Stres je pri izvajalcih zdravstvene nege povezan s slabšimi fizičnimi in psihičnimi zdravjem, zmanjšanim zadovoljstvom pri delu, več odsotnosti zaradi bolezni, povečano fluktuacijo in slabšim učinkom dela (Farquharson idr. 2013, 2327).

Avtor OSHWiki van den Heuvel (2017) opozarja, da ni nobenih globalno sprejetih opredelitev psiholoških dejavnikov, povezanih z delom. Na splošno se z delom povezani psihosocialni dejavniki nanašajo na individualno subjektivno dožemanje organizacije dela, kot so število opravljenih delovnih ur, ravnovesje med posameznimi oblikami dela (delo-počitek), organizacijska kultura in slog upravljanja.

Zaposleni v zdravstveni negi so vsakodnevno v stiku z zelo stresnimi situacijami, ki se lahko na dolgi rok odražajo na njihovem zdravju (Prochnow idr. 2013, 1304). Delo izvajalcev zdravstvene nege je psihično in fizično zahtevno. Izvajalci zdravstvene nege so zelo podvrženi posledicam stresa, ki ga ima le-ta na telo in sindromu izgorevanja. Na visoko stopnjo stresa vpliva nenehno povečevanje administrativnih zahtev, stalne spremembe v bolnišničnih procesih in agresivnost bolnikov (Čeledová idr. 2014, 290). Leka idr. (2012,

123)⁴⁰, ki so na področju psihiatrične zdravstvene nege ugotavljali kako so stresorji delovnega mesta in demografski dejavniki povezani s slabim počutjem izvajalcev zdravstvene nege v psihiatrični dejavnosti, ugotovili, da so najvišjo stopnjo čustvene izčrpanosti napovedovali: nižja starost (mlajši zaposleni), visoke psihološke zahteve povezane z nizko socialno podporo na delovnem mestu, preobremenitev ter preobremenitev v povezavi z nizko socialno podporo.

Izmensko delo predstavlja pomemben stresor izvajalcev zdravstvene nege, ugotavljajo Knezevic idr. (2011, 151)⁴¹, saj iz njihove raziskave izhaja, da je izmensko delo, še posebej v nočni izmeni, stresno za več kot polovico babic ter več kot 70,0 % pediatričnih medicinskih sester. Eden največjih stresorjev povezanih z obema skupinama je nezadostno število sodelavcev. Tudi Golubic idr. (2009, 2063) v svoji študiji ugotavljajo, da je nezadostno število sodelavcev eden najbolj stresnih dejavnikov povezanih z delom izvajalcev zdravstvene nege. Iz raziskave Knezevic idr. (2011, 146) torej izhaja, da so glavni stresorji več kot polovice babic, ki so sodelovale v raziskavi: nezadostno število sodelavcev, nepričakovane situacije, nizki dohodek, nočno delo, neozdravljivo bolni ter slaba organizacija dela.

Avtorji brošure z naslovom Preprečevanje in obvladovanje bolečine v križu pri zaposlenih v zdravstveni negi (2016, 23) v kontekstu skrbi za zdravje in obvladovanje psihičnih obremenitev na delovnem mestu, opisujejo delo v zdravstveni negi kot plemenito ter povezano s skrbjo za druge. Če smo z njim zadovoljni, nas spodbuja, vse pre pogosto pa pomeni dnevno fizično in psihično obremenitev V nadaljevanju zelo dobro opisujejo trenutni položaj izvajalcev zdravstvene nege, in sicer: »Naporno izmensko delo, vsakodnevna skrb za druge, premalo kadra in pomanjkanje časa ter slabi medsebojni odnosi, po izkušnjah pogosto vplivajo na nezadovoljstvo pri delu in na doživljanje stresa na delovnem mestu. Stres je postal pomemben razlog za bolniško odsotnost z dela ter za številne kronične bolezni med zaposlenimi v zdravstveni negi in oskrbi«.

⁴⁰ Študija Leka idr. (2012, 126) je bila izvedena med izvajalci zdravstvene nege (n = 361, povprečno starih 43,1 let, delež žensk 85,3 %) iz šestih psihiatričnih bolnišnic na Japonskem. Cilj raziskave je bil preučiti, kako so stresorji, ki izhajajo iz delovnega mesta in demografski dejavniki povezani s slabim »dobrim počutjem« psihiatričnih medicinskih sester. V raziskavi sta bila uporabljena dva že uveljavljena merska instrumenta, in sicer JCQ (ang.: Job Content Questionnaire) in GWBQ (ang.: General Well-Being Questionnaire).

⁴¹ Knezevic idr. (2011, 151) so opravili raziskavo na vzorcu 60 babic in 98 pediatričnih medicinskih sester v zagrebških univerzitetnih bolnišnicah v letu 2006. Uporabili so dva standardizirana merska instrumenta, in sicer vprašalnik s katerim se ocenjuje stres zdravstvenih delavcev - OSAQ (ang.: Occupational Stress Assessment Questionnaire) in vprašalnik za merjenje delovne sposobnosti - WAI.

Stričević (2010, 36-37) opisuje fizično obremenitev izvajalcev zdravstven nege kot opravila povezana s pacientom, predvsem v povezavi s premeščanjem nemobilnih in težje mobilnih pacientov, spremljanje pacientov na stranišče ter zlaganje materiala na police. Glede neugodnih telesnih položajev izpostavlja kopanje pacienta v kopalni kadi, postiljanje postelje, negovalne intervencije najrazličnejših prevez in transfer pacientov. Dodatno fizično obremenitev povzroča dejstvo, da so vse najzahtevnejše fizične aktivnosti pri pacientu opravljene v kratkem časovnem intervalu pri t.i. jutranji negi, ki traja okvirno dve uri. Po tem času se delo nekoliko umiri, če ni nepredvidljivih dogodkov kot so odpusti in sprejemi novih pacientov. Tudi Prochnow idr. (2013, 1303) opozarjajo na preobremenjenost dejavnosti, saj, kadrovski deficit, ki je prisoten tudi v številnih brazilskih zdravstvenih ustanovah, skupaj z visokimi zahtevami, od izvajalcev zdravstvene nege zahteva, da svojo dejavnost včasih opravljajo pod časovnim pritiskom, nizko stopnjo koncentracije in prekinitvijo delovnih opravil.

V nadaljevanu sledi nekaj izkušenj, raziskav, študij in predlogov drugih, ki so se te problematike lotevali v konkretnih okoljih kjer deluje zdravstvena nega. Vse te izkušnje in spoznanja drugih nam koristijo pri lastnem razumevanju problema in spreminjanju ustaljenih praks v delovnih okoljih.

EU-OSHA (2014a, 13) navajajo študijo primera iz bolnišničnega okolja, ki je hkrati primer dobre prakse kako z izboljšanjem delovnega okolja zmanjšati psihosocialne dejavnike tveganja na delovnem mestu. Javna bolnišnica Rigshospitalet je s približno 8.500 zaposlenimi eden od največjih delodajalcev na Danskem. Raziskava o zadovoljstvu zaposlenih v letu 2011 je razkrila, da stres, ustrahovanje in spolno nadlegovanje povzročajo precejšnje težave na delovnem mestu. Izboljšanje delovnega okolja je za vodstvo postalo prednostna naloga, pri čemer ni uporabilo pristopa od zgoraj navzdol, temveč je sodelovalo s skupinami, ki so preverile delovno okolje v posameznih oddelkih bolnišnice. Poleg tega so v sodelovanju s sindikalnimi zaupniki in predstavniki delavcev uvedli nove metode za zmanjšanje stresa, ustrahovanja in spolnega nadlegovanja na delovnem mestu. Med drugim je bila ustanovljena vodstvena mreža za preprečevanje nasilnega ravnanja, v elektronskem glasilu bolnišnice pa so bili objavljeni primeri, kako so posamezni oddelki izboljšali svoje delovno okolje. Konkretni rezultati so pokazali splošno izboljšanje zadovoljstva zaposlenih in bistveno znižanje ravni stresa med administratorji in izvajalci zdravstvene nege.

Leka idr. (2012, 129-130) na osnovi lastne študije ugotavljajo, da se je potrebno osredotočiti k razvoju organizacijskih praks in strategij, ki pomagajo zmanjšati količino psiholoških

zahtev in poklicnega stresa, kar v njihovem primeru doživljajo izvajalci zdravstvene nege v psihiatriji, skupaj z močno mrežo socialnih podpor in sredstev, ki pomagajo povečevati njihovo psihološko odpornost. Kadar psiholoških zahtev in stresa na delovnem mestu ni mogoče zmanjšati, bi bilo potrebno izvajalcem zdravstvene nege zagotoviti usposabljanje v zvezi z obvladovanjem stresa, da bi jim tako pomagali razviti in izboljšati sposobnosti spoprijemanja z njim. S tem bi zmanjšali negativen vpliv psihosocialnih tveganj, kar ima vpliv na njihovo zdravje in dobro počutje.

Farquharson idr. (2013, 2327) so načrtovali študijo, s katero so imeli namen raziskati teoretične modele stresa z uporabo več metod, vključno z zbiranjem podatkov v konkretnem okolju, za oceno razmerja med stresom in različnimi delovnimi nalogami v zdravstveni negi na splošnih in kirurških oddelkih. V raziskavi naj bi sodelovalo 100 izvajalcev zdravstvene nege v eni večjih učnih bolnišnic na Škotskem. Raziskava bi po pričakovanju raziskovalcev prinesla odgovore glede povezav med delovnimi nalogami izvajalcev zdravstvene nege, samooceno razpoloženja in fiziološkimi meritvami stresa (npr.: merjenje srčnega utripa in aktivnosti v dveh delovnih izmenah), z namenom, da se stres poveže z določenimi delovnimi nalogami in ne s celotnim delokrogom izvajalcev zdravstvene nege ter se aktivnosti zmanjševanja le-tega lahko ciljno usmerijo. Farquharson idr. (2013, 2333) pričakujejo, da bo študija zagotovila edinstven vpogled v odnos med stresom in specifičnimi delovnimi nalogami izvajalcev zdravstvene nege. Rezultati lahko sugerirajo možne poti za zmanjševanje stresa (npr.: spremembe v okolju ali usposabljanje glede obvladovanje stresa). To bo še posebej pomembno, če obstajajo dokazi, da ima stres, ki ga doživljajo izvajalci zdravstvene nege, škodljiv vpliv za splošno oskrbo pacientov. Po mnenju Farquharson idr. (2013, 2333) bi zmanjšanje stresa po vsej verjetnosti imelo vpliv na zadovoljstvo z delom, zadrževanje osebja in učinkovitost izvajalcev zdravstvene nege ter s tem izboljšalo oskrbo pacientov.

Obvladovanje stresa v zdravstvenih organizacijah je strateškega pomena in zahteva pomembno pozornost delodajancev, saj po mnenju Knezevic idr. (2011, 146) psihična stiska, ki traja daljše časovno obdobje, negativno vpliva na zdravje zaposlenega, njegovo delovno sposobnost in kakovost oskrbe pacientov. Prochnow idr. (2013, 1304) v kontekstu ponovne vzpostavitve in ohranjanja dobre delovne sposobnosti, opozarjajo tudi na prisotnost pomanjkanje avtonomije in odločanja izvajalcev zdravstvene nege, predvsem pri tistih, ki so pozicionirani najnižje na hierarhični lestvici (npr. zdravstveni tehniki). Zato se je po njihovem mnenju potrebno osredotočiti k ukrepom, ki omogočajo zmanjšanje napora na

delovnem mestu in posledično zmanjšanje psiholoških zahtev, saj ni mogoče vedno povečati avtonomije/moči zaposlenega.

2.2.8 Vpliv nočnega in izmenskega dela na izvajalce zdravstvene nege

Zdravstveno varstvo je dostopno 24 ur na dan, 7 dni v tednu, kar pomeni, da zdravstveni sistem ves ta čas zagotavlja ustrezno kadrovske pokritost. Izvajalci zdravstvene nege so največja poklicna skupina v zdravstvenem sistemu in je izmensko delo⁴² sestavni del njihove poklicne vloge (Clendon in Walker 2013b, 903). Avtorici v nadaljevanju navajata podatke Zbornice zdravstvene nege Nove Zelandije (Nursing Council of New Zealand 2010), iz katerih je razvidno, da je več kot 40,0 % izvajalcev zdravstvene nege starih 50 let in več ter 3,5 % več kot 65 let, kar ni značilno zgolj za njihovo okolje, temveč se s podobnim problemom po navedbah različnih avtorjev srečujejo tudi drugje. Clendon in Walker (2013b, 905, 909) sta ugotavljali izkušnje izvajalcev zdravstvene nege, ki so vključeni v izmensko delo (n = 3273). Ugotovili sta, da številni izvajalci zdravstvene nege po 50. letu starosti še vedno opravljajo izmensko delo.

Zaposleni v zdravstveni negi 50+ v Sloveniji po Kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi uživajo posebno varstvo, in sicer »zaposlenega, ki je dopolnil 50 let starosti, praviloma ni mogoče proti njegovi volji razporediti v nočno delo in dežurstvo« (Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi 1998, 46.čl.).

Stričević (2010, 37) dežurstva⁴³ izpostavlja kot posebno problematiko v bolnišnicah, saj se pogosto podaljšujejo v dopoldansko izmeno, ki je v povprečju tudi najbolj obremenjujoča. Takšen izvajalec zdravstvene nege je nadpovprečno utrujen in pri delu manj zbran. Nevarnost za napake ali zmote, ki lahko posledično vodijo v telesno poškodbo pacienta in izvajalcev zdravstvene nege, se povečuje. To sicer prepoveduje Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi (45.čl.), ki pravi »če obseg dejansko opravljenega dela med dežurstvom preseže polovico časa obvezne prisotnosti zaposlenega, ta ne sme nadaljevati z rednim delom in mu mora biti zagotovljen redni počitek«.

⁴² Za delo v izmenah se šteje tisto delo, pri katerem se z dvo-ali triimenskim delom zagotavlja neprekinjena zdravstvena dejavnost (Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi 1998, 45.čl.).

⁴³ Dežurstvo je posebni delovni pogoj delovnega mesta, ko mora biti zaposleni prisoten pri delodajalcu, da lahko opravlja nujne storitve (Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi 1998, 45.čl.).

Številni raziskovalci so ugotavljali vpliv izmenskega dela na izvajalce zdravstvene nege. Ugotovitve Chen idr. (2014, 597-598)⁴⁴ so, da sta utrujenost in stopnja okrevanja povezani z redno fizično vadbo ($p = 0,01$) in starostjo ($p = 0,04$). Niso pa uspeli dokazati povezanosti med utrujenostjo in stopnjo okrevanja ter zamaščenostjo telesa ($p = 0,60$) in skrbjo za družino ($p = 0,58$). Ugotovili so šibko korelacijo med akutno utrujenostjo in starostjo ($r = 0,20$, $p = 0,02$). V raziskavi Chen idr. (2014, 593) so sodelovale tri različne bolnišnice, med katerimi je imela ena izmed njih certifikat AANC⁴⁵ (ang.: American Nurses Credentialing Center), druga je bila v postopku pridobitve in tretja tega certifikata ni imela. Obe bolnišnici, prva, ki je certifikat že imela in druga, ki je bila v postopku pridobitve, sta imeli pri merjenju utrujenosti in okrevanja, boljše rezultate kot tretja bolnišnica, vendar razlik niso mogli statistično potrditi.

Clendon in Walker (2013a, 85) ugotavljata, da se Nova Zelandija sooča z visoko stopnjo starejših izvajalcev zdravstvene nege, saj je že več kot 40,0 % starih 50 let in več. V raziskavi, v kateri je sodelovalo 3.273 izvajalcev zdravstvene nege, starih 50 let in več, jih 45,0 % dela izmensko delo (kategorija starosti sodelujočih v raziskavi je bila vse do 70 let in več). Namen avtorjev raziskave je bil raziskati z zdravjem povezano kvaliteto življenja pri izvajalcih zdravstvene nege, starih 50 let in več v Novi Zelandiji. V raziskavi Clendon in Walker (2013a, 90) statistično pomembnih povezav med delovnim časom zaposlenih (redni delovni čas, stalna dnevna izmena, turnus ali stalna nočna izmena) in njihovim zdravstvenim statusom, stopnjo bolečine, tesnobe ali vsakdanjih aktivnosti ($p = 0,07$) niso ugotovili. Vendar, kot pravijo, se kaže možna povezava med izmenskim delom in zdravstvenim stanjem sodelujočih v raziskavi.

⁴⁴ Chen idr. (2014, 593) so pri izvajalkah zdravstvene nege (vključene samo ženske, $n = 130$, povprečna starost 36,8 let), ki so delale 12-urne dnevne izmene, v treh različnih delovnih organizacijah in v času raziskave niso opravljale druge dejavnosti ter niso bile zdravljene zaradi nespečnosti, depresije in anksioznosti, z uporabo OFER skale (ang.: Occupational Fatigue Exhaustion Recovery), raziskovali utrujenost in trajanje, da so si ponovno opomogle.

⁴⁵ ANCC je podružnica Ameriškega združenja medicinskih sester (ANA), ustanovljena leta 1990, katere poslanstvo je spodbujati odličnost v zdravstveni negi in oskrbi. Gre za mednarodno priznane programe s katerimi je možno certificirati posamezne medicinske sestre specialnih področij. Prepoznavna zdravstvene organizacije, ki spodbujajo odlično zdravstveno nego, hkrati pa zagotavljajo varno in pozitivno delovno okolje. Prav tako ANCC akreditira zdravstvene organizacije, ki zagotavljajo kontinuirano izobraževanje v zdravstveni negi. Ponujajo tudi izobraževalne materiale medicinskim sestram in organizacijam kot podporo pri akreditaciji. ANCC je edina organizacija, kjer medicinske sestre lahko uspešno pridobijo certifikat ISO 9001:2015 (ANCC 2018).

Raziskava Clendon in Walker (2013b, 909)⁴⁶ je pokazala, da se izvajalci zdravstvene nege, ki so vpeti v izmensko delo, zavedajo negativnega vpliva na njihovo življenje. Kljub temu so nekateri prevzeli opravljanje izmenskega dela kot način življenja, in sicer so postavili poklicno življenje v središče svojega življenja ter prilagodili zasebno življenje službenim obveznostim. So pa samski izvajalci zdravstvene nege v raziskavi Clendon in Walker (2013b, 910) izmensko delo težje prenašali kot poročeni. Prav tako so se s starostjo povečevale težave, povezane z izmenskimi delom, tudi pri tistih izvajalcih zdravstvene nege, ki so se opredelili, da jim izmensko delo ustreza. Najtežji je prehod med nočno in dnevno izmeno, ker zmoti vzorec spanja (Clendon in Walker 2013b, 908). Clendon in Walker (2013b, 909) sta v isti raziskavi ugotavljali, kakšna je samoocena starejših izvajalcev zdravstvene nege o z zdravjem povezani kakovosti življenja, pri čemer so bile izpostavljene tri spremenljivke: običajne aktivnosti, anksioznost in depresija ter prisotnost bolečin in slabega počutja, pri čemer niso bile ugotovljene statistično pomembne razlike med tistimi, ki delajo le dnevno izmeno in tistimi, ki so vpeti v izmensko delo.

Zelo pomemben vpliv na kakovost spanja ima tudi kronotip človeka. Yazdi idr. (2014, 564, 566)⁴⁷ so ugotovili, da je prisotnost slabe kakovosti spanja pri sodelujočih raziskavi visoka ter da je večerni tip posameznika močno povezan s slabo kakovostjo spanja. Povprečni čas spanja pri večernem tipu je bil nižji kot pri dnevnem tipu ($6,2 \pm 2,1$ ure in $6,9 \pm 1,8$ ure), prav tako je pri večernem tipu bil tudi prehod iz budnosti v spanec daljši ($39,3 \pm 9,3$ minute in $23,4 \pm 8,6$ minute). Kvaliteta spanca je torej odvisna tudi od kronotipa posameznika in ima vpliv na zdravje izvajalcev zdravstvene nege. Zato je pomembno, da se tudi delodajalci in zaposleni zavedajo tega in pri razporejanju v izmensko delo upoštevajo tudi ta vidik. Prav tako je pomembno povečevati zavedanje pri izvajalcih zdravstvene nege o dobrih navadah spanja, še posebej pri večernih tipih.

Phiri idr. (2014, 9) v svoji raziskavi ugotavljajo, da izvajalci zdravstvene nege, ki delajo nočno izmeno, poročajo, da ima le-to negativen vpliv na nekatere vidike družinskega življenja, kot je premalo časa za družino in sposobnost reševanja družinskih sporov. Nadalje poročajo o pomanjkanju časa za osebne in družinske obveznosti. Nekatere medicinske sestre

⁴⁶ Clendon in Walker (2013a, 2013b) sta opravili večjo raziskavo med izvajalci zdravstvene nege 50+ ($n = 3.273$) v Novi Zelandiji, z namenom ugotoviti vpliv izmenskega dela na fizično in psihično zdravje, motnje spanja ter vpliv na družinsko in socialno življenje.

⁴⁷ Raziskava Yazdi idr. (2014, 561) je bila izvedena v Iranu v dveh univerzitetnih bolnišnicah na treh različnih oddelkih, v katerih je sodelovalo 160 izvajalcev zdravstvene nege, ki so jih razvrstili v skupine glede na notranjo uro posameznika (jutranji, večerni tip in tiste, ki ne predstavljajo nobenega od prvih dveh).

so omenile, da njihovim zakonskim partnerjem njihovo delo ni všeč, saj so mnenja, da domov iz dela prinašajo stres in frustracije. Poleg tega so izvajalci zdravstvene nege, ki delajo v nočni izmeni, poročali še, da se večinoma počutijo slabe volje in razdražljivo, kar je včasih vodilo v družinski konflikt.

Z delom povezani utrujenost in sposobnost se ponovno opomoreta med posameznimi izmenami v povezavi s starostjo, gospodinjstvi in izmenskim delom, so v Avstraliji raziskovali Winwood idr. (2006, 438). V raziskavi so sodelovali izvajalci zdravstvene nege ženskega spola (n = 1280). Winwood idr. (2006, 446) so v svoji raziskavi pričakovali, da se bo z leti stopnja utrujenosti povečevala ter bo čas okrevanja med izmenami daljši v starostni kategoriji 55 let in več, vendar so le-ti najmanj poročali o kronični in akutni utrujenosti, povezani z delom ter imeli najhitrejše okrevanje med izmenami. To si avtorji razlagajo kot boljšo prilagodljivost starejših izvajalcev zdravstvene nege na poklic zdravstvene nege ali le-ti izpostavljajo attribute »zdravega delavca«. Sicer se je vključenost starejših izvajalcev zdravstvene nege v izmensko delo z leti postopoma zmanjševalo, prav tako tudi z delom povezana odgovornost. Za primerjavo so tiste v najmlajši starostni skupini (18 do 24 let) poročale o najvišji stopnji kronične utrujenosti in akutne utrujenosti ter najnižji stopnji okrevanja. Winwood idr. (2006, 446) navajajo, da so ti rezultati v skladu s poročili drugih avtorjev, ki pravijo, da se izvajalci zdravstvene nege v prvih letih po diplomi soočajo z velikimi izzivi pri prilagajanju poklicnim zahtevam na delovnem mestu, hkrati premagujejo neizkušnost in razvijajo praktične spretnosti zdravstvene nege ter življenjske spretnosti, vključno z upravljanjem svojega časa. V splošnem pa so analize rezultatov v raziskavi Winwood idr. (2006, 446) potrdile vpliv izmenskega dela, ki vključuje tudi nočno delo, na višjo stopnjo akutne utrujenosti, počasnejše okrevanje med izmenami ter slabšo prilagoditev na kronično utrujenost. Sicer pa Winwood idr. (2006, 447) menijo, da je podpora družine ključni dejavnik pri spopadanju s temi negativnimi vplivi izmenskega dela in ohranjanju poklicne kariere.

Peplonska idr. (2015, 1)⁴⁸ so ugotovili, da obstaja statistično pomembna pozitivna povezanost med kumulativnim nočnim delom in ITM ter nabiranja maščobe v predelu

⁴⁸ Peplonska idr. (2015, 1) so raziskovali povezavo med nočnim delom in antropometričnimi parametri (telesna teža, višina, ITM, obseg pasu in bokov, razmerje med boki in pasom), pri medicinskih sestrah in bobicah na Poljskem (n = 724) starih med 40 in 60 let, z namenom dokazati vpliv nočnega dela na povečanje ITM in nabiranja telesne mašobe v predelu trebuha.

trebuha. Med drugim so izračunali, da ITM na vsakih 1.000 nočnih izmen, naraste za 0,477 kg/m².

Admi idr. (2008, 253)⁴⁹ so želeli potrditi ugotovitve drugih raziskovalcev, ali ima nočno delo v resnici vpliv na zdravje izvajalcev zdravstvene nege in varnost pacientov. Raziskava je pokazala, da so se izvajalci zdravstvene nege, ki delajo le v dnevni izmeni bistveno bolj pritoževali zaradi zdravstvenih težav in motenj spanja kot njihovi sodelavci, ki so delali vse tri izmene. Izvajalci zdravstvene nege v dnevni izmeni so bili starejši, imeli več delovne dobe in višji ITM ter poročali o višji stopnji bolezni srca, povišanem krvnem pritisku, boleznih ščitnice, prekomerni telesni teži, diabetesu, bolečinami v hrbtu in nogah ter uživanju zdravil, v nasprotju z izvajalci zdravstvene nege, ki so delali triizmenski turnus. Slednji so poročali le o višji stopnji težav, povezanih z menopavzo. Izvajalci zdravstvene nege, ki so delali v dnevni izmeni, so v nasprotju s tistimi, ki so delali triizmenski turnus poročali o višji stopnji zgodnjega jutranjega zbujanja, uporabi tablet za spanje, smrčanju, zbujanju sredi spanja in nemirnem spancu. Zaposleni v triizmenskem turnusu so poročali o večjih težavah zaspati, jutranji zaspanosti, prekomerni zaspanosti čez dan, glavobolu in utrujenosti. Sicer so se ženske, ki so delale triizmenski turnus bolj pritoževale nad motnjami spanja kot njihovi moški sodelavci. Admi idr. (2008, 254–255) so glede na odgovore sodelujočih v raziskavi definirale tudi neprilagojene in prilagojene izvajalce zdravstvene nege na izmensko delo. Neprilagojeni na izmensko delo so bili tisti udeleženci raziskave, ki so visoko ocenili trditvi (vedno in velikokrat) »težave zaspati« in »zbujanje med spanjem«. Ugotovitve so pokazale, da so izvajalci zdravstvene nege, ki so bili identificirani kot neprilagojeni na triizmenski turnus, enako učinkovito opraljali svoje delo. Prav tako ni bilo razlik v smislu absentizma ter pojavljanja profesionalnih napak in incidentov.

Peršolja idr. (2018, 8)⁵⁰ so raziskovale povezave med neprespanostjo in delazmožnostjo izvajalcev v zdravstveni negi, pri čemer so vse anketiranke poročale o nespečnosti, večina jih s težavo ohranja budnost na delovnem mestu. Avtorice ugotavljajo, da so težave z budnostjo povezane s slabim splošnim počutjem in so pogostejše ob večjem številu nočnih izmen v mesecu. Izvajalke zdravstvene nege v raziskavi Peršolja idr. (2018, 8) so mnenja da neprespanost povečuje verjetnost napak pri delu, upočasnjuje hitrost odzivanja na

⁴⁹ V raziskavi, ki so jo izvedli Admi idr. (2008, 253) v veliki učni bolnišnici v Izraelu, je sodelovalo 688 izvajalcev zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti. Po spolu so prevladovalе ženske (n = 589), delež moških je bil manjši (n = 99). Večina izvajalcev zdravstvene nege (n = 493) je delalo vse izmene (dopoldan, popoldan, ponoči), ostali (n = 195) pa le dnevno izmeno.

⁵⁰ Peršolja idr. (2018) so opravile raziskavo med izvajalci zdravstvene nege (n = 81), ki je potekala med leti 2014 in 2015, v eni splošni bolnišnici in dveh domovih za upokoјence v Sloveniji.

nepričakovane urgentne situacije na delovnem mestu ter slabo vpliva na njihovo komunikacijo s pacienti.

2.2.9 Bolezni kostno-mišičnega sistema pri izvajalcih zdravstvene nege

Zaposleni v zdravstveni negi so v literaturi opredeljeni kot zelo tvegana skupina za pojav bolečin v hrbtenici. Kot največja dejavnika tveganja se izpostavljata ročno dvigovanje in premeščanje bremen (Stričević idr. 2012, 196; Januskevicius 2013; Teržan 2017).

V nadaljevanju sledi pregled nekaterih tujih in domačih raziskav, ki kažejo na razsežnost boleznih kostno-mišičnega sistema med izvajalci zdravstvene nege.

Januskevicius v OSHWiki (2013) vidi fizične dejavnike tveganja, kot so ročno premeščanje bremen, nefiziološki položaji, ponavljajoče se delo, delo pri veliki hitrosti ter psihosocialni dejavniki tveganja, kot je stres na delovnem mestu kot vzrok za nastanek boleznih kostno-mišičnega sistema na delovnem mestu.

Cameron idr. (2008, 104) v svojem prispevku povzemajo avtorje, ki vzroke za boleznih kostno-mišičnega sistema povezujejo z *dolžino delovnika* (12-urni delovnik že povečuje tveganje za poškodbe pri delu), *obliko turnusa* (medicinske sestre, ki delajo v turnusu so imele bistveno več poškodb v primerjavi s tistimi, ki delajo v fiksni izmenah), *nezadostnega spanca* (izkušnje kažejo, da manj spanca povzroča večjo utrujenost ter več nesreč pri delu ter je v pomembni povezavi s pojavom kostno-mišičnih boleznih) in *ravnanjem s pacienti* (premeščanje pacientov v postelji je najbolj pogosto omenjena dejavnost, povezana z boleznimi kostno-mišičnega sistema, dodatno težo ji daje tudi pogostost izvedbe tega postopka). Podobno navajajo Magnago idr. (2012, 1131), saj so raziskave, ki se osredotočajo na probleme kostno-mišičnega problema pri izvajalcih zdravstvene nege pokazale, da so le-ti povezani s premikanjem in transportom pacientov. Zdravstvena nega se pogosto izvaja na neudoben in ponavljajoč način, kar privede do enakih mišičnoskeletnih bolečin in neugodja ter posledično zmanjšanja delovne sposobnosti zaposlenega.

Raziskave, ki sledijo v naslednjih odstavkih, se ne nanašajo neposredno le na izvajalce zdravstvene nege 50+, ki so predmet naše raziskave, vendar jih vključujemo, ker nam dajejo pomembno informacijo o razsežnosti problema, povezanega z boleznimi kostno-mišičnega sistema v povprečju precej mlajših izvajalcev zdravstvene nege. Iz tega lahko sklepamo, da je ta problem pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ lahko še izrazitejši. Vsekakor so spoznanja

iz teh raziskav pomembna pri oblikovanju strategij, ki vključujejo izvajalce zdravstvene nege 50+.

V raziskavi Stričević (2010, 78) se je kot najbolj zahtevna intervencija identificiralo kopanje pacienta v klasični kopalni kadi, kjer so se izvajalci zdravstvene nege ves čas nahajali v nepravilnem telesnem položaju. Med nalogami, ki niso bile neposredno povezane s pacientom, je za izvajalce zdravstvene nege predstavljajo postiljanje postelje.

Podobno ugotavljata tudi Fischer in Martinez (2013, 515),⁵¹ saj sta v raziskavi ugotovili, da jih je 54 (11,1 %) poročalo o poškodbi na delu. Med številnimi dejavniki tveganja so bili izpostavljeni rokovanje s pacienti brez ustrezne opreme in pohištva, nefiziološki telesni položaji ter pretirana uporaba sile. Fizično delo prevladuje med pomočniki medicinskih sester in zdravstvenimi tehnikami, kar pojasnjuje večji odstotek poškodb pri delu in daljših bolniških odsotnosti.

Magnago idr. (2012, 1131)⁵² so v svoji raziskavi prišli do zaskrbljujočega rezultata, saj se je 91,4 % izvajalcev zdravstvene nege v sedmih dneh pred raziskavo soočalo s pojavom kostno-mišične bolečine, ki se je gibala od šibke do neznosne intenzivnosti, kar po mnenju avtorjev kaže na resen zdravstveni problem pri izvajalcih zdravstvene nege v proučevanem okolju. Magnago idr. (2012, 1130) nadalje ugotavljajo, da so zdravstveni tehniki/pomožne medicinske sestre in zaposleni z najdaljšim stažem na trenutnem delovnem mestu najbolj podvrženi najvišji intenzivnosti bolečine, saj so poročali o bolečini z močno do neznosno intenzivnostjo.

Stričević (2010, 78)⁵³ je ugotovila, da je pojav bolečine v hrbtenici povezan z večkratnim dvigovanjem bremen nad 10 kilogramov. Izvajalci zdravstvene nege se tudi premalo zavedajo problematike kostno-mišičnih obolenj in s preventivnimi ukrepi začenjajo šele, ko pride do težav. Aktivna športna oz. pogosta rekreativna dejavnost sta se izkazali kot zmanjševalec tveganja za pojav bolečine oz. težav s hrbtenico.

⁵¹ Raziskava Fischer in Martinez (2013, 515) je potekala v bolnišnici v Sao Paulo v Braziliji med izvajalci zdravstvene nege (n = 514), povprečno starimi 35,5 let.

⁵² V raziskavo Magnago idr. (2012, 1131) so bili vključeni izvajalci zdravstvene nege (n = 498) iz univerzitetne bolnišnice Santa Maria, Rio Grande do Sul v Braziliji.

⁵³ Raziskava Stričević (2010, 78) je bila opravljena v UKC Maribor med izvajalci zdravstven nege (n = 661), v povprečju starimi $37,8 \pm 8,8$ let.

Tudi Zurčeva (2012, 217) ugotavlja, da je gibalna aktivnost eden od pomembnih dejavnikov, ki imajo preventiven učinek pred pojavnostjo bolečine v križu, pri čemer sta pomembni dve obliki gibalne aktivnosti, in sicer v prostem času ter na delovnem mestu, ki delujeta sinergično. Ob gibalni aktivnosti v prostem času in na delovnem mestu je raziskava Zurčeve (2012, 220) pokazala še na naslednja pomembna dejavnika tveganja za pojav bolečine v križu pri zdravstvenem osebju, in sicer kajenje in nizko zadovoljstvo z delom. Ob prenehanju kajenja in večjim zadovoljstvom z delovnim mestom upade tudi pojavnost bolečine v križu. Stričević idr. (2012, 201–202)⁵⁴ so proučevali pojavnost bolečin v vratnem in ledvenem delu hrbtenice pri negovalnem osebju. Rezultati Stričević idr. (2012, 203–204) so pokazali, da je 90,3 % izvajalcev zdravstvene nege že čutilo bolečino, in sicer skoraj 80,0 % večkrat, težav ni navedlo le 9,7 %. V analizi so želeli ugotoviti še, ali v literaturi ugotovljeni dejavniki tveganja za pojav bolečine v hrbtenici predstavljajo večje tveganje za pojav bolečine v ledvenem predelu hrbtenice ali v vratnem predelu hrbtenice, vendar rezultati niso pokazali nobenega dejavnika, ki bi bil statistično pomemben za napoved določene vrste bolečine. Pokazale so se le določene tendence, in sicer so bili močnejše izraženi dejavniki ukvarjanje z rekreacijo in športom, dnevno gledanje televizije dve uri ali več in ITM ≥ 25 , zato je na osnovi teh rezultatov lahko oblikovati okvirna priporočila, in sicer več rekreacije in športa, manj gledanja televizije in vzdrževanje normalnega ITM.

Zurčeva (2012, 218)⁵⁵ je ugotovila, da je prisotnost bolečine v križu pri zdravstvenem osebju v obsegu 61,58 % ter se giblje v intervalu od 40,0 % do 77,0 % in kaže na konstantno prisotnost bolečine v križu pri dveh tretjinah zaposlenih, ki delajo neposredno ob pacientu. Razlike obstajajo tudi med oddelki glede na specialna področja. Metaanaliza je pokazala, da ortopedski oddelki predstavljajo največjo ogroženost za pojav bolečine v križu pri zdravstvenem osebju zaradi visoke povprečne teže bremen na delovnem mestu (47+/-30 kg), števila dvigov teh bremen in zelo močnega celotnega napora, ki se zahteva na delovnem mestu. Opazno ogroženost za pojav bolečine v križu predstavljajo tudi oddelki intenzivne terapije.

⁵⁴ V raziskavi, ki so jo izvedli Stričević idr. (2012, 201–202) v UKC Maribor, so sodelovali izvajalci zdravstvene nege (n = 575), povprečno stari 37,5 ± 8,9 let.

⁵⁵ Zurc (2012, 218) je s kvalitativnim raziskovalnim pristopom, in sicer s pregledom literature, pri katerem je bil uporabljen metodološki pristop metaanalize, proučevala povezanost med gibalno aktivnostjo in pojavnostjo bolečine v križu na primeru zdravstvenega osebja.

Rezultati raziskave Petkovšek-Gregorin idr. (2015, 33)⁵⁶ kažejo, da 20,0 % izvajalcev zdravstvene nege opravi več kot 20 premeščanj pacientov v eni izmeni, isti odstotek zaposlenih opravi 10 do 20 takšnih premeščanj. Kar 96,0 % sodelujočih v raziskavi je poročalo o bolečinah po končanem delu v službi. Bolečine so se jim prvič pojavile po 6 do 10 letih opravljanja službe (38,0 %), 31,0 % sodelujočih pa je poročalo, da so se jim prvič pojavile bolečine že po 1 do 5 letih opravljanja poklica. Med pojavom bolečine ni bilo statistično pomembnih razlik glede spola zaposlenih. Najpogosteje so se bolečine pojavile v ledveni hrbtenici (69,0 %), sledila je vratna hrbtenica (53,0 %) in ramena (42,0 %). Večina anketirancev (78,0 %) je bila mnenja, da so njihove težave povezane z naravo dela, ki ga opravljajo, predvsem, ko je njihova drža v prisilnem položaju (76,0 %) ter pri dvigovanju bolnika (73,0 %). Dobra tretjina sodelujočih v raziskavi je zaradi prisotnosti bolečine potrebovala bolniški stalež, ki je v povprečju trajal 14 dni.

Raziskava Demšar idr. (2016, 60–61)⁵⁷ je pokazala, da je bolečina v križu pogostejša pri bolničarjih, pogosteje se pojavlja na negovalnem oddelku in pri mlajšem zdravstvenem osebju, vendar traja dlje časa pri starejših, pri katerih je zaslediti tudi kronično bolečino v križu. Najmanj je bolečina v križu prisotna pri zdravnikih. Dejavnika, ki sta po mnenju sodelujočih v raziskavi najmanj povezana z bolečino v križu sta veliko hoje in slaba delovna klima. Najbolj enotni pa so bili pri ocenjevanju vpliva dvigovanja in prenašanja bremen ter težkega fizičnega dela na delovnem mestu. Dejavnik, ki je povezan s pojavom bolečine v križu in se statistično značilno razlikuje po mnenju zdravstvenega osebja glede na poklicno skupino, je psihični napor na delovnem mestu. Zdravniki statistično značilno največji pomen v primerjavi z ostalima poklicnima skupinama kot vzrok za bolečino v križu pripisujejo dejavnikom pripogibanje, nepravilna telesna drža, dvigovanje in prenašanje bremen in težko fizično delo. Medicinske sestre značilno največji pomen v primerjavi z ostalima poklicnima skupinama pripisujejo dejavnikoma psihični napor na delovnem mestu ter dvigovanje in prenašanje bremen. Bolničarji značilno največji pomen v primerjavi z ostalima poklicnima skupinama pripisujejo dejavnikoma težko fizično delo ter dvigovanje in prenašanje bremen.

⁵⁶ Petkovšek-Gregorin idr. (2015, 33) so v Univerzitetnem rehabilitacijskem centru Republike Slovenije – Soči (URI-Soča), kjer so hospitalizirani pacienti z najtežjimi težavami pri funkcioniranju ter potrebujejo pomoč pri premeščanju in pri številnih drugih opravilih, ugotovljale pogostost pojava bolečin pri zaposlenih v zdravstveni negi (n = 71).

⁵⁷ Demšar idr. (2016, 58-59) so z raziskavo, ki je bila izvedena v Splošni bolnišnici Jesenice in Domu upokojeencev dr. Franceta Bergelja Jesenice ter je vključevala srednje in diplomirane medicinske sestre, bolničarje in zdravnike (n = 89), ugotavljali povezave med izbranimi dejavniki tveganja in pojavnostjo bolečine v križu pri zdravstvenem osebju.

Zdravstveno osebje, ki že ima bolečino v križu, je kot najpomembnejša dejavnika ocenilo dvigovanje in prenašanje bremen.

Ključne ugotovitve raziskave Promocija zdravja na delovnem mestu: preprečevanje in obvladovanje bolečine v križu pri zaposlenih v zdravstveni negi⁵⁸ so bile, da se je z bolečino v križu srečalo kar 85,9 %, v zadnjem tednu pred raziskavo pa 55,0 % izvajalcev zdravstvene nege. Bolečina je bila bolj prisotna pri ženskah kot pri moških, hkrati pa narašča tudi s starostjo, z delovno dobo in s številom let dela na trenutnem delovnem mestu. Bolečina v križu je povezana tudi z izpostavljenostjo stresu, s prezentizmom (prisotnostjo na delovnem mestu kljub bolezni), z izmenskimi delom, s številom medicinskih sester v delovni izmeni, z dvigovanjem bremen, ki tehtajo več kot 45 kg, dvigovanjem pacienta v postelji in z delom stoje. Zaradi bolečine v križu je v zadnjem letu 49,2 % anketirancev zmanjšalo delovno aktivnost (doma in na delovnem mestu) ter 66,2 % fizično dejavnost (gibanje, šport) v prostem času. Kar 35,7 % jih je jemalo zdravila za lajšanje bolečine v križu, od tega 13,0 % vsakodnevno in 87,0 % občasno (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice 2016).

Bolezni kostno-mišičnega sistema med drugim pomembno prispevajo k odsotnosti izvajalcev zdravstvene nege iz dela zaradi zdravstvenih razlogov.

2.2.10 Odsotnost zaradi bolezni pri izvajalcih zdravstvene nege

Odsotnost zaradi bolezni je med izvajalci zdravstvene nege visoka in prispeva k pomanjkanju obstoječega osebja ter negativno vpliva na učinkovitost in kakovost zdravstvene nege (Roelen idr. 2014, 1781).

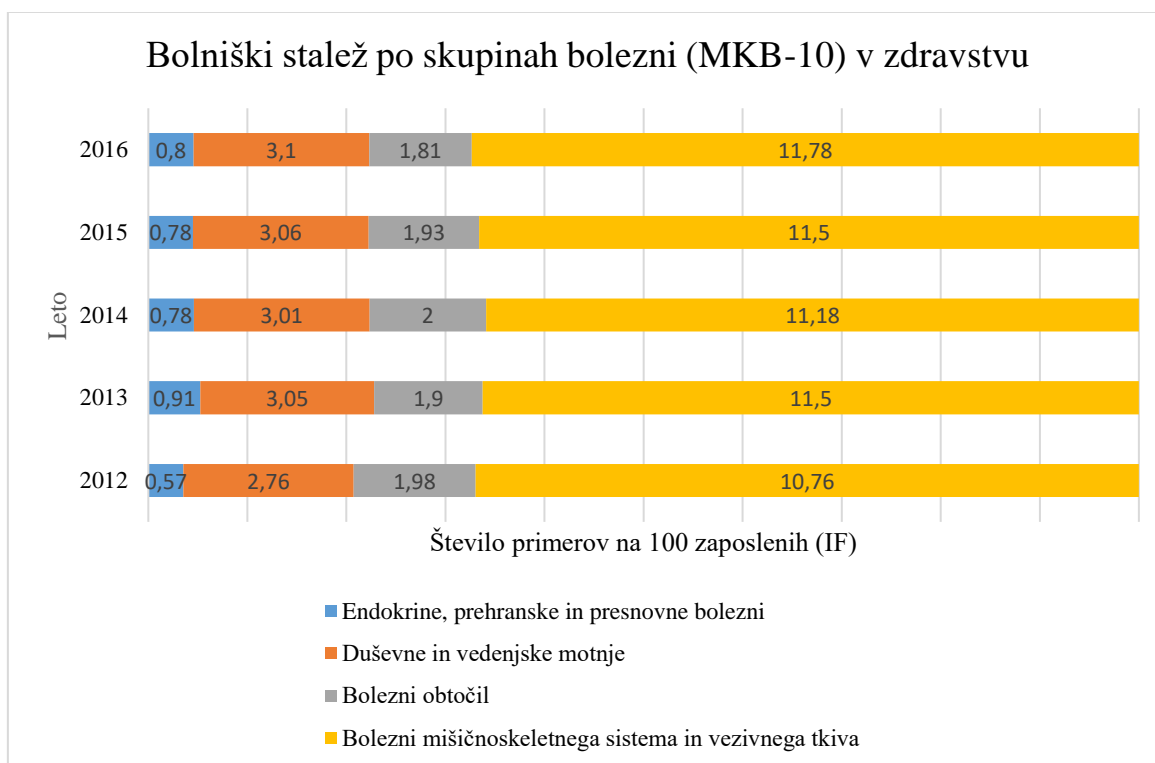
Letvak idr. (2013, 919) ugotavljajo, da se starejše medicinske sestre (50 let in več) pogosteje soočajo z zdravstvenimi težavami kot mlajše kolegice. Te zdravstvene težave lahko vodijo do slabše produktivnosti in posledično do morebitne slabše oskrbe oziroma varnosti pacientov, za katere skrbijo, na primer padcev pacientov. Ugotovili so namreč višjo stopnjo padcev pri pacientih, ki so v oskrbi starejših medicinskih sester. Tega se starejše medicinske sestre morajo zavedati in poleg skrbi za paciente imajo odgovornost skrbeti tudi zase.

⁵⁸ V Sloveniji je bila v sklopu projekta Promocija zdravja na delovnem mestu: preprečevanje in obvladovanje bolečine v križu pri zaposlenih v zdravstveni negi s strani Fakultete za zdravstvo Jesenice izvedena reprezentativna raziskava o bolečini v križu pri zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah. V raziskavi je sodelovalo več kot 1.700 izvajalcev zdravstvene nege iz 16 bolnišnic (spletna stran Fakultete za zdravstvo Jesenice 2016).

Študija Trybou idr. (2014, 299) kaže, da veliko izvajalcev zdravstvene nege doživlja visoko stopnjo delovnega stresa, kar povečuje bolniško odsotnost. Kasneje ta odsotnost povzroča večji pritisk dela za preostale izvajalce zdravstvene nege, ki so prisotni, kar povzroči začaran krog odsotnosti in kroničnega pomanjkanja osebja. Ravno to opažajo v SB Celje, ki poročajo, da v letu 2016 krajših bolniških odsotnosti (do 30 dni) niso nadomeščali in so tako v poklicni skupini zdravstvena nega nastajali presežki delovnih oz. neizplačanih ur. Kot navajajo, glede na potrebe delovnega procesa namreč zaposleni v zdravstveni negi zelo težko porabijo presežke delovnih ur, kar vodi v velike obremenitve in izčrpanost zaposlenih (Splošna bolnišnica Celje 2017, 93).

Na podatkovnem portalu NIJZ (2018b) smo preverili, kolikšen delež so pri zaposlenih v zdravstvu do leta 2016 predstavljale bolezni, ki so pogosto lahko tudi posledica življenjskega sloga. Ker izhajamo iz dejstva, da so izvajalci zdravstvene nege najštevilčnejša poklicna skupina v zdravstvenem sistemu, so tudi prikazani deleži zgovorni (Slika 2). Bolezni kostno-mišičnega sistema so najpogostejša težava zaposlenih v zdravstvu (v letu 2016 nekaj manj kot 12 primerov na 100 zaposlenih), sledijo duševne in vedenjske motnje (v letu 2016 dobre 3 primere na 100 zaposlenih), bolezni obtočil (v letu 2016 nekaj manj kot 2 primera na 100 zaposlenih) in v manjšem deležu endokrine, prehranske in presnovne bolezni (v 2016 manj kot 1 primer na 100 zaposlenih).

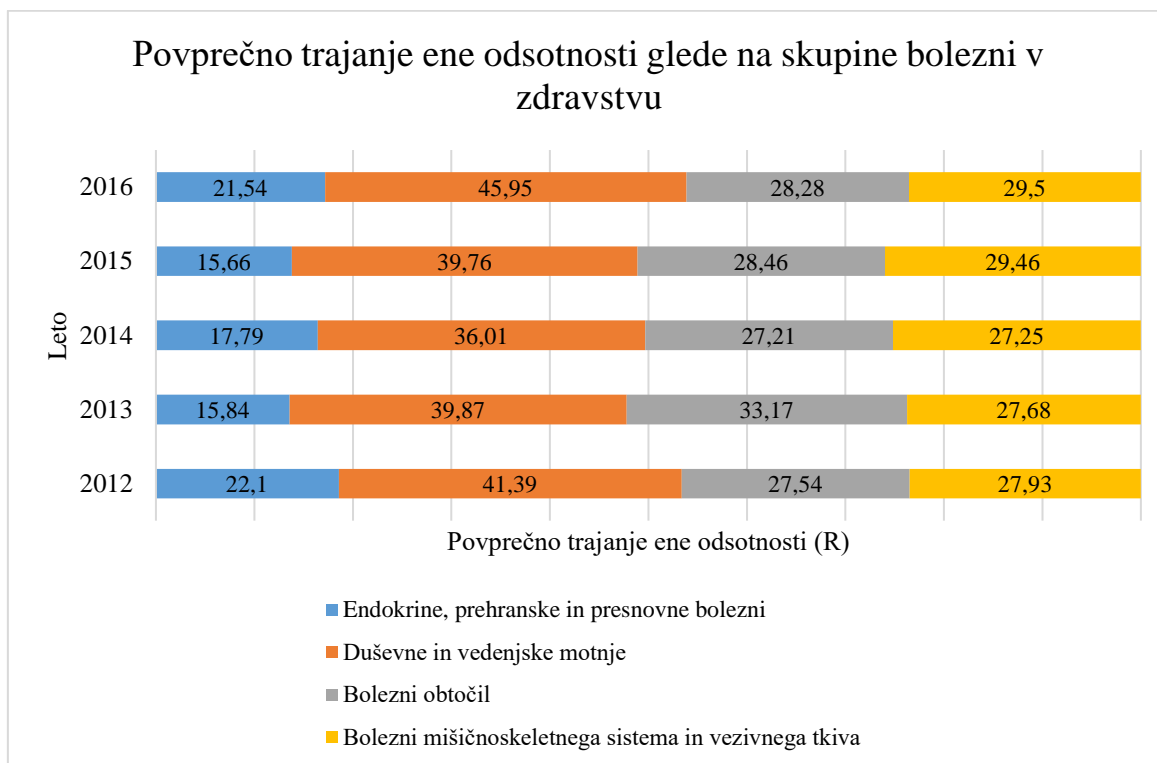
Slika 2: Prikaz bolniškega staleža po skupinah bolezni v zdravstvu



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2018b.

V povprečju so zaposleni v zdravstvu tudi precej časa odsotni zaradi teh bolezni, in sicer najdlje zaradi duševnih in vedenjskih motenj (v letu 2016 skoraj 46 koledarskih dni), sledijo odsotnosti zaradi bolezni kostno-mišičnega sistema (v letu 2016 skoraj 30 koledarskih dni) in bolezni obtočil (v letu 2016 nekaj več kot 28 koledarskih dni) ter le nekaj manj odsotnosti zaradi endokrinih, prehranskih in presnovnih bolezni, kar znaša nekaj manj kot 22 koledarskih dni (Slika 3).

Slika 3: Prikaz trajanja ene odsotnosti glede na skupine bolezni v zdravstvu in socialnem varstvu



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2018b.

Kako se z odsotnostjo iz dela zaradi bolezni soočajo bolnišnice, ki so sodelovale v naši raziskavi, smo poskušali izvedeti iz pregleda Letnih poročil za leto 2016. Opravili smo pregled na spletu dosegljivih Letnih poročil za leto 2016 in se osredotočili na podatke glede bolniških odsotnosti. Večina bolnišnic ne dela analiz po poklicnih skupinah, temveč na splošno. Ponovno izhajamo iz dejstva, da je področje zdravstvene nege v proučevanih bolnišnicah zastopano v največjem deležu, zato so tudi pridobljeni podatki zgovorni in uporabni.

V SB Izola so zaskrbljeni, da je v zadnjih treh letih v porastu bolniški stalež nad 30 dni in število zahtev po oceni delazmožnosti preko invalidske komisije (Splošna bolnišnica Izola 2017, 47). Tudi v Ortopedski bolnišnica Valdoltra že nekaj let ugotavljajo visoko stopnjo daljših in krajših bolniških odsotnosti, kar vpliva predvsem na organizacijo dela in se zaradi tega občasno pojavljajo resni problemi zagotavljanja kadra. Ker področje zdravstvene nege predstavlja največji delež zaposlenih, je tudi na tem področju največji izpad zaradi bolniških odsotnosti. Konec poslovnega leta 2016 so ugotavljali tudi porast delovnih invalidov, ki jih je skupno 25 in kar 80,0 % med izvajalci zdravstvene nege (Ortopedska bolnišnica Valdoltra 2017, 109–110). Podobno tudi v SB Jesenice ugotavljajo največji delež (53,0 %) bolniških

odsotnosti pri izvajalcih zdravstvene nege, ki so v letu 2016 predstavljale 67,0 % vseh ur bolniških odsotnosti do 30 dni (Splošna bolnišnica Jesenice 2017, 61–62). Zaradi bolniške odsotnosti nad 30 dni je bilo v SB Slovenj Gradec v letu 2016 dnevno odsotnih 3,1 % zaposlenih (23,8 zaposlenih). Po profilih so bile zaradi bolniške odsotnosti do 30 dni največ ur odsotne srednje medicinske sestre (11.235 ur), sledijo nezdravstveni delavci (9.909 ur) in diplomirane medicinske sestre (8.746) (Splošna bolnišnica Slovenj Gradec 2017, 73–74). V SB Brežice ugotavljajo najvišji delež odsotnosti zaradi bolniškega staleža na internem oddelku (18,32 %), ki mu sledi kirurški oddelek s 15,14 % deležem (Splošna bolnišnica Brežice 2017, 75). Iz SB Novo mesto poročajo o veliki težavi, ki jo vodjem posameznih organizacijskih enot predstavlja vse večje število invalidov, katerih največji delež je na internem in kirurškem oddelku. Povečujejo se bolezni kostno-mišičnega sistema, ki so, kot navajajo, pogosto posledica fizičnih obremenitev, kar se kaže v skupini zaposlenih v zdravstveni negi in spremljajočih dejavnostih (čistilna služba, kuhinja, pralnica) ter hkrati opozarjajo na problem zagotavljanja ustreznega dela za invalide, ki bi hkrati zadostilo obveznostim delovnega procesa in pravicam invalidov (Splošna bolnišnica Novo mesto 2017, 79). Tudi PB Ormož v letu 2016 poroča o precejšnjem povečanju bolniških odsotnosti do 30 dni in nad 30 dni v primerjavi z letom prej. (Psihiatrična bolnišnica Ormož 2017, 68). Pregled Letnih poročil za leto 2016 v proučevanih bolnišnicah je pokazal, da odsotnosti zaradi bolezni, pri čemer se povečujejo daljše odsotnosti ter vsako leto večje število delovnih invalidov, predstavljajo vodjem precejšnji problem, kako organizirati delovne procese in zagotoviti varno in kakovostno oskrbo pacientov.

2.2.11 Management izvajalcev zdravstvene nege 50+

Priporočila na osnovi pregleda literature, ki jih navajajo Moseley idr. (2008, 52–53) so namenjena predvsem zadrževanju starejših izvajalcev zdravstvene nege v delovnih okoljih in bi enako lahko veljala tudi kot priporočila managementu, kako ustvariti starejšim izvajalcem zdravstvene nege prijazna delovna okolja:

- priznavanje strokovnega znanja in dobro opravljenega dela z gestami hvaležnosti in izbiro načinov, s katerimi je mogoče izraziti priznanje starejšim zaposlenim;
- izobraževanje vodstvenih kadrov o potrebah starejših izvajalcev zdravstvene nege, vključno s priznavanjem dosežkov, ocenami uspešnosti, komunikacijo in oblikovanjem pozitivnih vlog;

- izkušnje starejših izvajalcev zdravstvene nege uporabiti pri mentorstvu, poučevanju znotraj delovne enote/organizacije ali vključevanje v odbore;
- starejšim izvajalcem zdravstvene nege omogočiti, da se vključujejo v oblikovanje ali prilagoditev strategij in praks za oskrbo pacientov;
- na oddelku/enoti spodbujati kulturo spoštovanja vseh uslužbencev (ne glede na njihovo starost), timsko delo in socializacijo;
- starejšim izvajalcem zdravstvene nege zagotavljati pomoč s strani podporne skupine, ki ima podobne vrednote, izkušnje in cilje;
- starejšim izvajalcem zdravstvene nege z izkušnjami zagotavljati nadgradnjo znanja in/ali nadaljevanje izobraževanja;
- zagotavljati izobraževanje starejšim izvajalcem zdravstvene nege, ki vključuje izkustveno znanje, primere iz preteklosti ali predavanja;
- spodbujati starejše izvajalce zdravstvene nege, da sodelujejo pri nadzorih glede varnosti zaposlenih na deloviščih in v odborih za varnost in zdravje pri delu, tako da so zastopane tudi njihove potrebe glede delovnih nalog in okolja;
- izmenjava starejših izvajalcev zdravstvene nege po različnih kliničnih področjih, da se ohranja njihovo zanimanje in zmanjšujeta delovna obremenitev in stres;
- starejšim izvajalcem zdravstvene nege omogočiti prilagodljivost dela in urnikov dela;
- zagotavljanje možnosti postopne upokojitve in priklica nazaj na delo;
- zagotavljanje »obrobnih« ugodnosti starejšim izvajalcem zdravstvene nege (npr.: v času počitnic ali dodaten prosti čas).

Odpraviti je potrebno stereotipe in predsodke delodajalcev, saj se zadovoljstvo zaposlenih ne razlikuje po starosti, temveč po tem, kako so zaposleni zadovoljni z možnostmi, ki jim jih nudi delovna organizacija. Prav tako je potrebno v organizacijah oblikovati ustrezne delovne pogoje za starejše zaposlene, ki so pomemben in dragocen vir znanja in izkušenj, kar prispeva k večji uspešnosti organizacije. Zato je treba graditi na pomenu medgeneracijskega povezovanja v delovnih timih in na splošno med zaposlenimi (Rožman in Tominc 2014, 9).

Ker je staranje sodobni problem, se v tem kontekstu pričakuje pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege. Da bi zadržali starejše izvajalce zdravstvene nege na delovnih mestih, se je potrebno osredotočiti na strategije ohranjanja starejših zaposlenih in motivirati za prilagajanje potrebam te skupine izkušenih izvajalcev zdravstvene nege (Long in Griffiths 2013, 20). Pri tem ima lahko ključno vlogo svetovalec zdravja pri delu, ki pomaga

zaposlenim, da delajo dlje (Long in Griffiths 2013, 18). Tudi Ilmarinen (2012, 6) opozarja na nujnost oblikovanja inovativnih modelov za podaljšanje delovnega življenja posameznikov in povišanje njihove upokojitvene starosti, saj nekateri primeri dobre prakse kažejo, da zagotavljanje več prostega časa in zmanjšanje delovnih obremenitev s starostjo dejansko podaljša delovno življenje oziroma upokojitveno starost za približno tri leta.

Dejavniki, zaradi katerih starejše medicinske sestre ostajajo na delovnih mestih, pa po ugotovitvah Storey idr. (2009, 1602) vključujejo zagotavljanje informacij o pokojninah, večje spoštovanje nadrejenih in pacientov, zmanjšanje števila delovnih ur pred bližajočo se upokojitvijo ter več avtonomije. Študija Maurits idr. (2015, 10) je pokazala, da bi morali delodajalci v prvi vrsti osredotočiti delovne pritiske in spoštovanje izvajalcev zdravstvene nege s strani nadrejenih, saj bi to imelo pozitiven vpliv, da le-ti ostanejo zaposleni do upokojitve. Prav tako je pomembno, da delodajalci skrbijo, da bodo izvajalci zdravstvene nege zadovoljni s svojo službo, tako da spodbujajo avtonomijo pri delu v zdravstveni negi, uravnavajo delovne obremenitve, motivirajo vodje skupin, da prisluhnejo svojim zaposlenim in jih podpirajo, ko potrebujejo pomoč, spodbujajo izobraževanja, zagovarjajo komunikacijo med vodji in zdravstvenim osebjem ter spodbujajo ljudi na vodstvenih položajih, da pokažejo svoje spoštovanje do njih. Avtorji se sklicujejo na vire, ki poročajo o nezadovoljstvu izvajalcev zdravstvene nege v več evropskih državah in prav zato je po njihovem mnenju ključno, da se zdravstvene organizacije lotevajo tudi reševanja vzrokov nezadovoljstva pri delu med izvajalci zdravstvene nege.

Naložbe v boljše delovne pogoje v vseh življenjskih obdobjih pa se ne bodo odražale le pri zdravju zaposlenih, temveč tudi pri delu, saj bo le-to povzročilo manj začasnih in trajnih odsotnosti zaradi bolezni (Prochnow idr. 2013, 1304).

Da so naložbe v delovne pogoje pomembne, se zavedajo tudi v SB Izola, saj, kot navajajo, že izvajajo ukrepe, s katerimi zaposlene usposablajo in osveščajo za prepoznavanje doživetij preobremenjenosti, jih privajajo na spremembe, zdrav življenjski slog, pozornost namenjajo ustrezni komunikaciji, medosebnim odnosom, vodenju, reševanju konfliktnih situacij ipd. Posebna pozornost se namenja tudi promociji zdravja, optimizaciji delovnih procesov, urejanju delovnih mest, delovni in osebni opremini, kar dolgoročno vpliva tudi na odstotek bolniškega staleža, zmanjševanje organizacijskih težav v delovnih procesih in vpliva na finančni prihranek (Splošna bolnišnica Izola 2017, 47). Prav tako so se v SB Celje problemov, povezanih z bolniško odsotnostjo in invalidnostjo lotili proaktivno, saj, kot navajajo, so v letu 2016 nadaljevali aktivnosti za promocijo zdravja oz. ozaveščanje

zaposlenih o zdravem načinu življenja in dela, saj želijo s tem preprečiti nastanek raznih obolenj, ki bi se kasneje lahko v obliki bolniške odsotnosti ali invalidnosti odražale v dodatnih stroških dela, ki jih ima bolnišnica (Splošna bolnišnica Celje 2017, 92).

2.3 Humanizacija dela v zdravstveni negi

Namen oblikovanja dela je prilagoditev delovnih mest, izdelkov, delovnih sredstev in postopkov obliki in zgradbi človeškega telesa, telesnim meram, življenjskim dogajanjem v telesu, duševnim pojavom in gibalnim možnostim zaposlenega. Tako zaposlenega razbremenimo in povečamo njegovo učinkovitost ter s tem tudi ekonomsko vrednost. Tem ukrepom rečemo humanizacija dela in pomenijo naložbo v zdravje in ohranjanje delazmožnosti (Husić 2010, 5).

Zdrava okolja za starajoče se izvajalce zdravstvene nege je potrebno načrtovati, pripraviti ergonomske ocene delovnega okolja in ugotoviti vrzeli med zahtevami delovnega mesta in delavčevimi zmogljivostmi (Randolph 2013, 548). Vendar sama analiza delovnih mest po mnenju Stričević (2010, 43) še ne zagotavlja boljših ergonomskih pogojev na delovnem mestu, ampak predstavlja le enega od korakov. Pomemben korak je namreč odločitev vodstva bolnišnice, da je izboljšanje varnosti in ergonomije pri delu stalna prednostna usmeritev na vseh ravneh in aktivnostih pri delu v zdravstveni negi.

Ključno vlogo ima torej management zdravstvenih zavodov, saj raziskava, ki jo je izvedla Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pokaže na veliko pomanjkanje opreme za dvigovanje bremen, nezadovoljstvo z delom in nizke kadrovske standarde v izmenskem delu, ki se izkažejo kot vzroki za pojav bolečine. S celotnim pristopom na tem področju je mogoče odpraviti del vzrokov za odsotnost z dela in invalidnost ter prispevati k zniževanju stroškov zdravstvenega sistema (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice 2016).

Podobno ugotavlja tudi Stričević (2010, 78), da se ergonomski pripomočki za zdravstveno nego ne uporabljajo, ker niso na razpolago in ker je delo z njimi časovno in tehnično zahtevno. Pomembna ugotovitev Stričević (2010, 78) pa je, da so na oddelkih, kjer so ergonomski pripomočki za zdravstveno nego dostopni in se uporabljajo manj prisotne težave z hrbtenico, čeprav izračunan faktor vpliva v njeni raziskavi ni bil močan.

V nadaljevanju (Tabela 6) so navedeni dejavniki tveganja in predvideni preventivni ukrepi za večjo humanizacijo dela v zdravstveni negi, kjer je izpostavljen eden izmed najboljših preventivnih ukrepov odstranjevanje tveganja z izogibanjem neposredni izpostavljenosti

zaposlenega, predvsem z izogibanjem ročnemu premeščanju. To je možno doseči s popolno mehanizacijo in avtomatizacijo premeščanja. Število premeščanj pacienta (postelja–voziček, postelja–kopalna kad) namreč vpliva na dejavnike tveganja, povezane s hrbtenico izvajalcev zdravstvene nege, predvsem zaradi teže pacientov in prisilne drže izvajalcev (Stričević 2010, 25).

Tabela 6: Vrste preventivnih ukrepov za zmanjševanje tveganja

Vrsta preventivnega ukrepa	Kaj?	Kako?
Odstranjevanje tveganja	izogibanje ročnemu premeščanju	popolna mehanizacija ali avtomatizacija
	ergonomsko tehnični pripomočki za premeščanje pacientov	dvigala, drsne rjuhe, deske za premeščanje, obračalne plošče, zanke za premeščanje ipd.
Zmanjševanje tveganja	sprememba višine	postelja/kopalna kad
	izboljšanje skladiščenja bremena	skladiščenje pogosto uporabljenih/težkih bremen v višini pasu
	izboljšan dostop	odpravljanje arhitektonskih pregrad
	organizacijski ukrepi	Načrtovanje dela, alternativne dejavnosti, izboljšana razporeditev nalog

Vir: Stričević 2010, 25.

Polajnar in Verhovnik (2007, 173) na osnovi ugotovitev najnovejših raziskav navajata naslednjo definicijo ergonomije, ki je »znanstveno področje, v katerem z večdisciplinskim raziskovanjem delovanja tehnike, tehnologije in okolice na človeka in z uporabo meddisciplinarnih ergonomskih načel usklajujemo odnose v sistemu človek–delovno mesto–okolica zato, da delo humaniziramo«.

2.3.1 Ergonomija v zdravstveni negi

Pri ergonomiji je osnovno vodilo prilagoditev delovnega mesta in delovnega okolja psihofizičnim sposobnostim zaposlenega. Zaposleni pri ergonomskem delu tako ohrani svojo naravno držo telesa, delovne naprave pa so razporejene kot naravni podaljšek njegovega kostno mišičnega sistema (Bizjak 2014, 38).

V delovnem okolju je več obremenitev, ki imajo vpliv na organizem zaposlenega. V organizmu zaposlenega se kot posledica obremenitev pojavi obremenjenost. Med obremenitvami in obremenjenostjo je ravnotežje, tako da večje obremenitve povzročajo večje obremenjenosti. Obremenitve in obremenjenosti so lahko fizične, psihične in ekološke (Polajnar in Verhovnik 2007, 20). Avtorja v nadaljevanju pojasnjujeta, da če sistem obremenitve – obremenjenosti ni v ravnotežju, se pojavijo utrujenost, bolniški stalež, fluktuacija, poškodbe, poklicne bolezni, invalidnost, smrtnost.

Kadar obremenitve, izzvane s telesnim in netelesnim delom oziroma drugimi vplivi okolja povzročajo obremenitve, ki gredo preko t. i. meje trajne vzdržljivosti⁵⁹, se bo telo odzvalo z utrujenostjo. Utrujenost lahko poruši delovanje bioloških funkcij kot tudi duševno stanje osebnosti (Polajnar in Verhovnik 2007, 22). Utrujenost je moč odpraviti s primernim časom počitka, ki je tesno povezan s stopnjo utrujenosti: čim večja je utrujenost, tem dlje traja, da človek ponovno doseže svoje prvotne zmogljivosti (Polajnar in Verhovnik 2007, 22–23).

»Izpostavljenost ergonomskim dejavnikom tveganja je danes ena izmed največjih težav v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu v Evropski uniji. Ponavljajoča se izpostavljenost tem tveganjem lahko povzroči z delom povezane bolezni kostno-mišičnega sistema. Bolezni kostno-mišičnega sistema so med najpogostejšimi in najbolj razširjenimi obolenji povezanimi z delom in povzročajo velike stroške za posameznike, delovne organizacije in družbo na splošno« (Evropska komisija 2017, 9).

Ergonomija v zdravstveni negi proučuje delovno okolje in obremenitve zaposlenih v zdravstveni negi ter predstavlja načine dela, delovne pogoje in sredstva za manj obremenjujoče, varno in uspešno delo, s ciljem zmanjšati psihofizične obremenitve zaposlenih, izboljšati varnost in učinkovitost pri delu, preprečevati oziroma zmanjševati

⁵⁹ Mejo trajne vzdržljivosti nam opisuje delo, ki ga lahko povprečna oseba opravlja ves svoj delovni čas oziroma delovno dobo, ne da bi to pustilo zdravstvene posledice (Polajnar in Verhovnik 2007, 22).

kostno-mišične bolezni ter zagotavljati zdravje izvajalcev zdravstvene nege (Preprečevanje in obvladovanje bolečine v križu pri zaposlenih v zdravstveni negi 2016, 8).

Stričević (2010, 24) govori o ergonomiji v zdravstveni negi, kjer sta varnost in ugodje pri pacientu ter izvajalcih zdravstvene nege v središču našega razmišljanja. S temeljnimi načeli ergonomije se mora preprečiti, da izvajalci zdravstvene nege ne bi sami postali pacienti. Dokazi Stričević (2010, 76–77) namreč govorijo, da pogosta uporaba ergonomskih pripomočkov pomembno vpliva na zmanjšanje bolečine v ledvenem in vratnem predelu pri izvajalcih zdravstvene nege za skoraj polovico.

Za zmanjševanje bolečine v križu med izvajalci zdravstvene nege je potreben celostni pristop. Pomembni so uporaba ergonomskih principov in tehnik pri ročnem delu, preventivne terapevtske vaje za hrbtenico, prepoznavanje in zmanjšanje stresnih situacij ter uporaba ergonomskih pripomočkov (Preprečevanje in obvladovanje bolečine v križu pri zaposlenih v zdravstveni negi 2016, 7).

Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen⁶⁰ (2005, 4. čl.) določa, da »delodajalec mora, kadar je to mogoče, ročno premeščanje bremen nadomestiti s primerno delovno opremo, pripomočki in primernimi mehanskimi pomagali«. V primeru, da se ročnemu premeščanju bremen ni mogoče izogniti, isti pravilnik v nadaljevanju opredeljuje, da mora »delodajalec sprejeti primerne organizacijske in tehnične ukrepe, uporabiti primerno opremo ter pravilen način dela, da bi zmanjšali nevarnost, povezano z ročnim premeščanjem bremen, in sicer ob upoštevanju Priloge I⁶¹, ki je sestavni del tega pravilnika«. Pravilnik v Prilogi II. opredeljuje tudi največjo dovoljeno maso bremena glede na starost in spol zaposlenega (Tabela 7).

⁶⁰ Ročno premeščanje po tem pravilniku pomeni vsako fizično delo, ki vključuje dvigovanje, prenašanje, spuščanje, potiskanje, vlečenje, nošenje ali premikanje bremena s človeško silo in druga podobna dela (npr. podpiranje, držanje), ki zaradi svojih značilnosti ali zaradi neugodnih ergonomskih pogojev pomeni nevarnost predvsem za poškodbe hrbta delavcev (Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen 2005, 2. čl.).

⁶¹ V Prilogi I. so opredeljeni referenčni dejavniki: značilnosti bremena, potreben fizični napor, značilnosti delovnega okolja, zahteve dela (Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen 2005).

Tabela 7: Največja dovoljena masa bremena (v kg) glede na starost in spol zaposlenega

Starost	Moški	Ženske
od 15 do 19 let	35	13
nad 19 let do 45 let	55	30
nad 45 let	45	25
nosečnice		5

Vir: Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen 2005, Priloga II.

Številni raziskovalci predlagajo ukrepe, ki v delovnih organizacijah koristijo starejšim zaposlenim, kot so ergonomija, preprečevanje bolezni kostno-mišičnega sistema, upravljanje invalidnosti, programi za vrnitev nazaj na delo, velnes⁶² programi, izboljšave v organizaciji dela, izobraževanja za upravljanje starejše delovne sile in delovne skupine različnih generacij zaposlenih, spodbujanje organizacijske kulture, ki spoštuje vse zaposlene ne glede na starost, omogočanje nadgradnje znanja in izobraževanja starejšim izvajalcem zdravstvene nege, prilagodljiv delovni čas, kroženje na različnih delovnih mestih, da se ohrani zanimanje in zmanjša delovna obremenitev ter stres, uporaba izkušenj za izvajanje mentorstva itd. (Moseley idr. 2008, 53; Januskevicius 2013). Januskevicius (2013) se na področju zdravstvene nege osredotoča na ustrezno izbiro delovnih pripomočkov, ki zmanjšujejo ročne prenose in druge fizične obremenitve pri aktivnostih s pacienti, primerna oblačila in obutev za zaposlene in oceno tveganja delovnega mesta. Milosevic idr. (2011, 2936–2937) menijo, da imajo ergonomsko oblikovana orodja in uporabniku prijazna programska oprema vpliv na izboljšanje delovne sposobnosti, saj zmanjšujejo fizične in psihične obremenitve, kar je starejšim izvajalcem zdravstvene nege v pomoč pri prilagajanju hitremu napredku tehnologije in doseganju rezultatov na delovnem mestu. Tudi Bell (2013, 278) med prilagoditve delovnih mest za starejše zaposlene v zdravstveni negi med drugim navaja fleksibilne delovne možnosti, ki ne smejo imeti vpliva na pokojnine, preoblikovanje delovnih mest za zmanjševanje delovnih obremenitev in stresa, vzpostavitev dovolj možnosti izbire, spodbujati sodelovalni način vodenja, ki prepozna in spoštuje starejše zaposlene, zagotoviti ustrezno podporo nadrejenih in sodelavcev, oblikovanje plačne

⁶² Dejavnost, ki s ponudbo različnih sprostitvenih tehnik, zdrave prehrane, človeku omogoča dobro počutje (Slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU 2017).

politike, ki nagrajuje izkušnje, implementacija programov, ki koristijo starejšim zaposlenim, načrtovanje upokojitev itd.

Moseley idr. (2008, 50) navajajo ugotovitve različnih avtorjev, da si starejše medicinske sestre želijo zmanjšanje pritiskov in posledično premestitev na manj zahtevno delovno mesto, ki vključuje ergonomske prilagoditve, zmanjšanje nadurnega dela ter zagotavljanje izobraževalnih programov, ki jim pomagajo pri spopadanju s splošnimi življenjskimi stresorji.

Problematika delovnih obremenitev negovalnega osebja predstavlja velik izziv za prihodnost, saj je treba poiskati rešitve za zagotovitev ustreznih kadrovskih normativov, za zagotovitev uporabe tehničnih pripomočkov in za odstranitev obstoječih oziroma preprečevanje pojava novih arhitektonskih ovir (Stričević idr. 2012, 205).

Ministrstvo za zdravje (2015, 3) je v uvodu k Smernicam za promocijo zdravja na delovnem mestu zapisalo:

Dobro zdravje je predpogoj za dobro in uspešno življenje in delo – tako za posameznika kot za delovno organizacijo. Skrb za ohranjanje in izboljševanje zdravja zaposlenih je ekonomsko upravičena, saj so zdravi in zadovoljni delavci, ki delajo v varnem in spodbudnem delovnem okolju produktivnejši in ustvarjalnejši, redkeje zbolijo in redkeje odhajajo v bolniški stalež, prav tako pa ostajajo zvesti organizaciji oziroma delodajalcu, zato želimo tudi na delovnih mestih spodbujati prizadevanja, ki cenijo, podpirajo in omogočajo dobro zdravje in počutje pri vseh zaposlenih.

2.3.2 Promocija zdravja pri delu

Dejavniki tveganja, povezani z načinom življenja, kot so nezdrava prehrana, telesna nedejavnost, kajenje in škodljivo uživanje alkohola, prispevajo k velikemu bremenu kroničnih bolezni v Evropi in neposredno ogrožajo zdravje ter vplivajo na produktivnost zaposlenih. To ne vpliva le na delovne organizacije in posledično gospodarstvo, temveč tudi na vzdržnost učinkovitih, dostopnih in prilagodljivih zdravstvenih sistemov. Pobude v zvezi z dejavniki zdravja na delovnem mestu so pomembne za spodbujanje dobrega počutja delavcev (Evropska komisija 2017, 11). Zelo je pomembna ozaveščenost zaposlenih in zavedanje le-teh, da so sami odgovorni zase in svoje zdravje (Karan 2014, 45). Preventivno delovanje Karan (2014, 45) usmerja v šest temeljnih področij: gibanje, zdravo

prehranjevanje, duševne aktivnosti, sproščanje ter uporaba zdravstvenih in lepotnih storitev za nego telesa.

Če predpostavljamo, da je uspešno staranje vseživljenjski proces, je potrebno v delovnih organizacijah ustvarjati pogoje za zdrav življenjski slog svojih zaposlenih. Zato je promocija zdravja pri delu⁶³ (v nadaljevanju PZD) ključna za zdravo staranje zaposlenih.

PZD so sistematične ciljne aktivnosti in ukrepi, ki so namenjeni vsem delavcem in se izvajajo za vse delavce pod enakimi pogoji, z namenom ohranjanja in krepitev telesnega in duševnega zdravja zaposlenih. Gre za kombinacijo sprememb fizičnega in socialnega okolja ter z zdravjem povezanega življenjskega sloga (Ministrstvo za zdravje 2015, 4). Posameznik za svoje dobro počutje in zdravje lahko naredi veliko z ustreznim življenjskim slogom (Karan 2014, 49). V nadaljevanju avtorica opozarja, da je za takšno odločitev potreben proces osebnostne rasti, saj le tako lahko posameznik ozavešči lastno odgovornost. Običajno se tega zaveda, ko je že prepozno.

PZD je za delodajalce obvezna in jo v dveh členih določa ZVZD-1 (6. čl.), ki pravi, da »delodajalec mora načrtovati in izvajati promocijo zdravja na delovnem mestu« ter v 32. členu (1. odst.), ki govori o tem, da »delodajalec mora promocijo zdravja na delovnem mestu načrtovati ter zanjo zagotoviti potrebna sredstva, pa tudi način spremljanja njenega izvajanja«. Na podlagi tega zakona je Ministrstvo za zdravje (2015) izdalo Smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu, ki opredeljujejo le temeljna načela za načrtovanje promocije zdravja na delovnem mestu in služijo predvsem kot pomoč in podpora pri izvajanju tovrstnih programov (Backović Juričan in Verdnik 2017, 5).

Za družbeno in ekonomsko blaginjo v Evropi je bistvena zdrava, motivirana in dobro kvalificirana delovna sila. Zato je Evropska komisija podprla pobudo za ustanovitev Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu (ENWHP⁶⁴), ki vključuje organizacije iz vseh

⁶³ Promocija zdravja je strategija posredovanja med ljudmi in njihovim okoljem za zdravje. Je proces, ki omogoča, da ljudje oz. skupnosti povečajo nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na njihovo zdravje in na tej podlagi svoje zdravje izboljšajo. Promocija zdravja izhaja iz biopsihosocialnega koncepta zdravja, ki pravi, da je zdravje vir vsakdanjega življenja, ne pa življenjski cilj (Čili za delo 2018a).

⁶⁴ Evropsko mrežo za promocijo zdravja pri delu (ang.: European Network for Workplace Health Promotion - ENWHP) so leta 1996 ustanovile organizacije s področja javnega zdravja ter zdravja in varnosti pri delu. S sprejemom Luksemburške deklaracije se je 31 članic mreže zavezalo k skupnemu razumevanju promocije zdravja pri delu. Članice si prizadevajo za širjenje primerov dobre prakse na področju promocije zdravja pri delu. K doseganju tega cilja prispeva tudi ustanavljanje neformalnih mrež na nacionalni ravni (Čili za delo 2018b).

27 držav članic, držav evropskega gospodarskega prostora, Švice in držav kandidatk (Čili za delo 2018b). Članice Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu so v Luksemburgu novembra 1997 sprejele Luksemburško deklaracijo o promociji zdravja pri delu, ki je bila dopolnjena leta 2005 (Čili za delo 1997; ENWHP 2007, 5; Čili za delo 2018b). V Luksemburški deklaraciji o PZD so med drugim zapisali, da gre za skupna prizadevanja delodajalcev, zaposlenih in družbe za izboljšanje zdravja in blaginje zaposlenih, kar je mogoče doseči s kombinacijo (Čili za delo 1997; ENWHP 2007, 5; Čili za delo 2018b):

- izboljšanja organizacije dela in delovnega okolja;
- promocijo aktivnega sodelovanja;
- spodbujanja osebnega razvoja.

Glavne sestavine Luksemburške deklaracije o PZD so (ENWHP 2007, 6):

- kodeksi vodenja in smernice organizacije na zaposlene ne gledajo le kot na stroškovni dejavnik, temveč kot na pomemben dejavnih uspeha;
- kultura organizacije in politike managementa vključujejo sodelovanje vseh zaposlenih in spodbujajo k prevzemanju odgovornosti;
- delovne organizacije omogočajo zaposlenim ravnotežje med delovnimi zahtevami, nadzorom nad opravljenim delom, lastnimi veščinami in socialno podporo;
- kadrovska politika vključuje cilje, povezane z zdravjem v vsa področja znotraj organizacije;
- sodelovanje zaposlenih na vseh nivojih pri vprašanjih, povezanih z zdravjem;
- integracija službe za varnost in zdravje pri delu;
- sistematično izvajanje vseh ukrepov in programov;
- povezovanje strategij za zmanjševanje tveganj z razvojem varnostnih dejavnikov in zdravstvenih potencialov.

Samo dobro načrtovani, ustrezno implementirani in sistematično spremljani ter po potrebi sproti prilagojeni ukrepi in aktivnosti za promocijo zdravja na delovnem mestu, ki izhajajo iz opredeljenih operativnih ciljev na podlagi predhodno izvedene temeljite analize zdravja delavcev in ocene potreb tako delavcev kot delodajalca, delovni organizaciji prinesejo številne koristi (Backović Juričan in Verdnik 2017, 7). Avtorici v nadaljevanju navajata številne prednosti promocije zdravja na delovnem mestu, in sicer:

- manjši stroški, povezani z boleznimi in poškodbami ter bolniško odsotnostjo;
- manj primerov delovne invalidnosti;
- boljše telesno in duševno zdravje ter počutje zaposlenih;

- preventiva bolezni mišično-skeletnega sistema;
- boljše obvladovanje stresa na delovnem mestu;
- povečana učinkovitost in produktivnost zaposlenih;
- večja kvaliteta produktov in storitev;
- večje zadovoljstvo zaposlenih in strank.

V nadaljevanju navajamo nekaj primerov za promocijo zdravja na delovnem mestu, ki jih EU-OSHA (2010b) deli na organizacijske, okoljske in individualne:

- organizacijski ukrepi:
 - omogočanje gibljivega delovnega časa in prilagodljivih delovnih mest;
 - omogočanje zaposlenim, da sodelujejo pri izboljšavah organizacije dela in delovnega okolja;
 - zagotavljanje priložnosti za vseživljenjsko učenje zaposlenih;
- okoljski ukrepi:
 - zagotavljanje skupnih družabnih prostorov;
 - popolna prepoved kajenja;
 - zagotavljanje spodbudnega psihosocialnega delovnega okolja;
- individualni ukrepi:
 - ponujanje in financiranje športnih tečajev in dogodkov;
 - spodbujanje zdravega prehranjevanja;
 - ponujanje programov opuščanja kajenja;
 - podpiranje duševnega dobrega počutja, na primer z zagotavljanjem zunanje anonimne psihosocialne pomoči, svetovanja in usposabljanja za obvladovanje stresa.

Pomembna sestavina PZD je zagotavljanje zdrave prehrane zaposlenih. V Sloveniji je Ministrstvo za zdravje izdalo Smernice zdravega prehranjevanja delavcev, ki podpirajo dva cilja (Ministrstvo za zdravje 2008, 16):

- oblikovanje in uresničevanje sodobnih prehranskih smernic za delavce v delovnih organizacijah, upoštevajoč različne težavnostne stopnje dela;
- sestavo uravnoteženih jedilnikov, ki so prilagojeni hranilnim in energijskim potrebam delavcev glede na težavnostno stopnjo dela, ki ga opravljajo.

V primerih, ko zaposleni zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo posebno prehransko obravnavo oziroma morajo uživati predpisane diete, je priporočljivo predhodno posvetovanje z načrtovalcem prehrane v delovni organizaciji, zdravnikom specialistom

medicine dela, prometa in športa ter s specialistom klinične dietetike, ki predlaga jedilnik predpisane diete in prilagoditev ponujenih obrokov v okviru organizirane prehrane omenjenim zdravstvenim zahtevam (Ministrstvo za zdravje 2008, 18).

Delovna mesta na področju zdravstvene nege se glede fizičnega napora precej razlikujejo, V Smernicah zdravega prehranjevanja delavcev so fizični napor zaposlenih razvrstili v pet stopenj (Ministrstvo za zdravje 2008, 20). Kot primer navajajo srednjo medicinsko sestro v ambulantni dejavnosti, ki opravlja lahko delo, v primerjavi s kolegico v urgentni službi, ki opravlja srednje težko delo. Glede na fizični napor zaposlenega se določi energijska vrednost obroka za zaposlenega, ki pa se spreminja glede na stanje prehranjenosti posameznika.

Večina zaposlenih se zaveda pomena zdravega prehranjevanja, vendar ga zaradi različnih razlogov (npr.: pomanjkanja časa, denarja, ponudbe) premalo prenašajo v prakso. Po drugi strani pa so navajeni (kulturno pogojenega) načina prehranjevanja, zato spremembe težje sprejemajo. Zaradi tega je smiselno na ravni posameznih organizacij organizirati delavnice na temo zdravega prehranjevanja. Dodana vrednost teh delavnic je prenos pridobljenega znanja na ostale družinske člane (Ministrstvo za zdravje 2008, 74–75).

Nahm idr. (2012, 23) izhajajoč iz dejstva, da je zdravstvena nega v ZDA najštevilčnejša poklicna skupina v zdravstvenem sistemu in hkrati vse bolj starajoča (povprečna starost izvajalcev zdravstvene nege je 47 let), ugotavljajo, da se zelo malo pozornosti namenja raziskavam, ki so usmerjene v preventivno vedenje le-teh. Menijo, da mora biti ohranjanje zdravja izvajalcev zdravstvene nege prednostna naloga, da se zagotovi optimalno zdravstveno oskrbo drugim.

Izvajalci zdravstvene nege, ki živijo nezdrav življenjski slog, imajo večje tveganje za razvoj številnih kroničnih bolezni ter so bolj dovzetni za izčrpanost, nezadovoljstvo pri delu in fluktuacijo. Spodbujanje zdravega življenjskega sloga pri izvajalcih zdravstvene nege je pomembna naložba v boju proti negativnemu stresu na delovnem mestu, pri spodbujanju boljšega ravnotežja med poklicnim in zasebnim življenjem ter ohranjanju kompetentnega zdravstvenega kadra na delovnem mestu (Kurnat-Thoma idr. 2017, 77).

Phiri idr. (2014, 1)⁶⁵ so izvedli raziskavo z namenom dobiti vpogled v zdravstvene probleme izvajalcev zdravstvene nege, življenjski slog in programe za promocijo zdravja, ki so na voljo na delovnem mestu. Glavne ugotovitve Phiri idr. (2014, 1) so bile, da izvajalci zdravstvene nege, ki delajo v nočni izmeni, kot glavni zdravstveni težavi najpogosteje izpostavljajo povečano telesno težo in hipertenzijo. Prekomerna telesna teža je imela negativen učinek na delovno uspešnost. Vsi v raziskavi so prepoznali bolečino v hrbtu in izpostavljenost tuberkulozi kot zaskrbljujoči zdravstveni težavi, ki izhajata iz dela. Tako vodilno osebje kot izvajalci zdravstvene nege ugotavljajo, da pogosto delajo v stresnem delovnem okolju. Prav tako pogosto poročajo o pomanjkanju časa za pripravo zdravih obrokov, in sicer zaradi dolgega delovnega časa in prekomernega dela. Zaznavajo, da ima bolnišnično okolje negativen vpliv na življenjski slog izvajalcev zdravstvene nege, vključno s prehransko ponudbo, kjer se ponujajo pretežno nezdrava živila. Najpogosteje prisotni programi PZD, ki so jim bili na voljo na delovnem mestu so vključevali neodvisne svetovalne storitve, spletni velnes program, ki ga ponuja Ministrstvo za zdravje in dnevi velnesa, ko se izvajajo tudi nekatere klinične meritve (glukoza v krvi). Izvajalci zdravstvene nege pa dajejo prednost tistim programom PZD, ki omogočajo dostop do fitnesa ali podpornih skupin.

Tudi v raziskavi Kurnat-Thoma idr. (2017, 77)⁶⁶ ugotavljajo, da so izvajalke zdravstvene nege starejše od 40 let, ki so sodelovale v njihovi raziskavi, pogosteje poročale o koriščenju bolnišničnih velnes programov. Prav tako imajo na voljo dodatno podporo delodajalcev ter svetovanje za spodbujanje zdravega življenjskega sloga, osebnega dobrega počutja in pozitivnih medosebnih odnosov.

Nahm idr. (2012, 23)⁶⁷ ugotavljajo, da je večina izvajalcev zdravstvene nege (72,2 %) v njihovi raziskavi poročala o pomanjkanju telesne aktivnosti. Več kot polovica (53,8 %)

⁶⁵ Phiri idr. (2014, 1) so v 22 javnih bolnišnicah v Južni Afriki izvedli kvalitativno raziskavo, v kateri so sodelovali izvajalci zdravstvene nege (n = 103), razdeljeni v tri skupine, in sicer vodstveno osebje, izvajalci zdravstvene nege, ki delajo nočno izmeno ter izvajalci zdravstvene nege, ki delajo dnevno izmeno. Intervjuji so potekali tudi z vodstvenim osebjem, da bi pridobili še njihov pogled na promocijo zdravja na delovnem mestu.

⁶⁶ V raziskavi Kurnat-Thoma idr. (2017, 77) so sodelovali izvajalci zdravstvene nege (n = 127) v Washingtonu. Raziskava je bila opravljena z namenom proučiti njihove demografske značilnosti, koriščenje velnes programov, ki so na voljo ter izmeriti njihov življenjski slog.

⁶⁷ Spletna Raziskava Nahm idr. (2012, 23) je bila izvedena med izvajalci zdravstvene nege (n = 183) v bolnišnični dejavnosti, povprečno starimi $47 \pm 11,3$ leta. Namen raziskave je bil med izvajalci zdravstvene nege ugotoviti prehranjevalne navade, telesno težo, stopnjo stresa ter katerim preventivnim strategijam dajejo prednost.

sodelujočih ni imela urejenega pravilnega načina prehranjevanja. Povprečni ITM izvajalcev zdravstvene nege v njihovi raziskavi je bil $28,3 \pm 6,8$. Prav tako jih je več kot polovica (59,2 %) imelo prekomerno telesno težo, vključno z debelostjo. ITM je imel pomembno obratno povezavo z rednim obrokom in količino časa, ki ga namenijo telesni vadbi. Sodelujoči v raziskavi, ki so poročali o večjem stresu, so imeli tudi nepravilen način prehranjevanja. Najpogosteje uporabljena metoda za sproščanje stesa je bila hrana, sledila je telesna vadba.

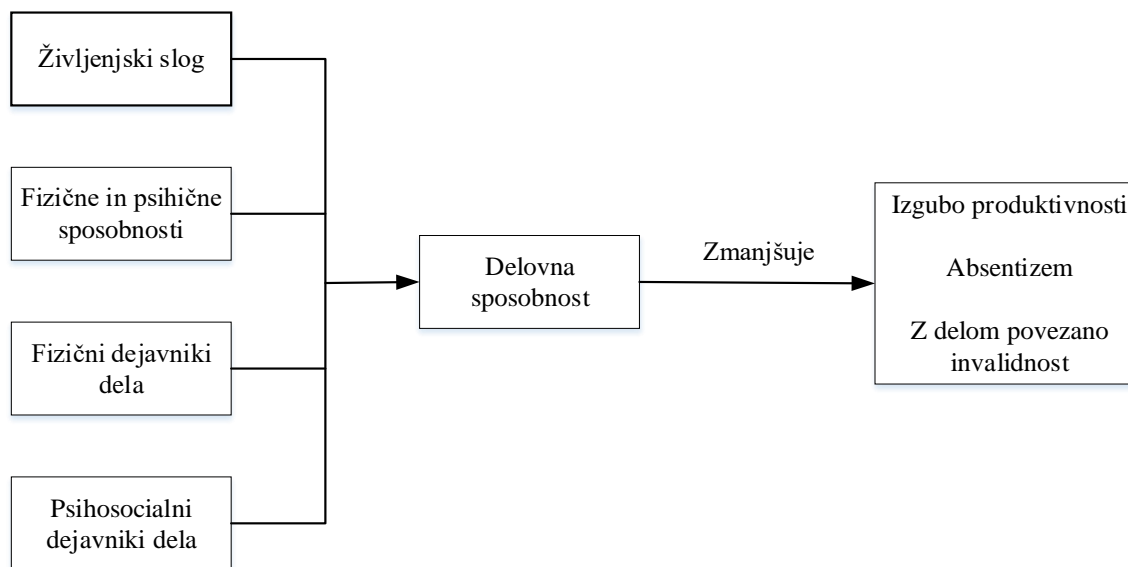
Eržen v Poličnik in Belović (2017, 4) opozarja na pomembnost, da delovne organizacije naredijo korak naprej in spodbujajo zaposlene k zdravim izbiram na delovnem mestu. Znano je, da se z različnimi pristopi promocije zdravja v organizacijah lahko pomembno prispeva k boljšim življenjskim navadam zaposlenih – vključno zdravemu prehranjevanju, redni telesni dejavnosti, prekinjanju sedečega življenjskega sloga ter vzdrževanju zdrave telesne teže. Na ta način se prispeva tako k boljšemu zdravju zaposlenih kot tudi njihovi večji storilnosti in uspešnosti pri delu.

Po mnenju Nahm idr. (2012, 23) se izvajalci zdravstvene nege popolnoma zavedajo ukrepov zdravega življenja, vendar njihovo znanje ni prevedeno v njihovo samopomoč. Zaradi pomanjkanja izvajalcev zdravstvene nege je potrebno vzdrževanje zdravja vse bolj starajoče se delovne sile v zdravstveni negi, kar je zelo pomembno za zadrževanje le-teh v delovnem okolju.

2.4 Delovna sposobnost

Delovna sposobnost se lahko šteje kot pomemben vidik dobrega počutja in zdravstvenega stanja (Tavakoli-Fard idr. 2016, 77). Povezana je z individualnimi značilnostmi, načinom življenja, delovnimi zahtevami in fizično kondicijo posameznika (van den Berg idr. 2008, 2).

Slika 4: Konceptualni model odnosov med z delom povezanimi fizičnimi in psihosocialnimi dejavniki, življenjskim slogom ter delovno sposobnostjo in posledicami za delovno uspešnost.



Vir: Prirejeno po Alavinia 2008, 13.

V modelu Alavinia (2008, 13) je delovna sposobnost opredeljena kot stopnja, do katere je zaposleni glede na svoje zdravje, fizično in psihično sposoben obvladovati zahteve delovnega mesta. Na delovno sposobnost vplivajo različni dejavniki, med drugim fizične in psihosocialne zahteve delovnega mesta, mentalne in fizične sposobnosti zaposlenega ter dejavniki življenjskega sloga. Neskladnosti med temi determinantami in zdravjem zaposlenega privede do izgube delovne produktivnosti, odsotnosti zaradi bolezni in z delom povezane invalidnosti (Slika 4). Delovna sposobnost je pogoj, da zaposleni ostanejo zdravi in so zmožni ostati na delovnem mestu do upokojitvene starosti (Müller idr. 2013, 1640).

Ilmarinen navaja štiri dejavnike, ki vplivajo na delovno sposobnost starejših zaposlenih (EU-OSHA 2012, 3):

- zdravstvena in funkcionalna zmožnost;
- kompetence;
- vrednote, odnosi, motivacija;
- delovno življenje.

Ilmarinen (EU-OSHA 2012, 3) te dejavnike ponazarja kot hišo s štirimi nadstropji (Slika 5), pri čemer prvi trije zgoraj navedeni dejavniki spadajo med individualne dejavnike delovne sposobnosti in pokrivajo prva tri nadstropja, četrti pa pokriva delovno življenje in je umeščen v četrto nadstropje. Delovna sposobnost je torej ravnovesje med delom in individualnimi

zmožnostmi. Kadar so delo in individualni viri dobro usklajeni, je delovna sposobnost dobra. Stopnišča med nadstropji kažejo, da so vsa nadstropja hiše medsebojno povezana. Najmočnejša medsebojna povezava je med nadstropjem »delo« ter nadstropjem »vrednote in odnosi«. Pozitivne in negativne izkušnje na delovnem mestu, ki prodirajo v tretje nadstropje, so tam tudi kot take ovrednotene. Tretje nadstropje predstavlja subjektivni pogled zaposlenega na delo – njegova mnenja in občutke o različnih dejavnikih, povezanih z njegovim vsakdanjim delom. To nadstropje ima balkon, s katerega lahko zaposleni vidi okolje, ki je najbližje njegovemu delovnemu mestu, in sicer družino in ožjo skupnost. Ta dejavnika vsakodnevno vplivata na delovno sposobnost zaposlenega. Zdrav življenjski slog in hobiji izboljšujejo zdravstvene in funkcionalne zmožnosti. Socialna mreža in medosebne interakcije vplivajo na vrednote, odnose in motiviranost. Na delovno sposobnost posameznika tako vplivata tudi dva dejavnika izven delovnega mesta, tako da izboljšujeta ali slabita ravnovesje med delom in posameznikovo delovno sposobnostjo.

Slika 5: Gradniki delovne sposobnosti



Vir: Finski inštitut za zdravje pri delu 2010 (Ilmarinen v EU-OSHA 2012, 3).

2.4.1 Indeks delovne sposobnosti

Delovno sposobnost je mogoče oceniti z indeksom delovne sposobnosti (ang. Work Ability Index, v nadaljevanju WAI), subjektivnim raziskovalnim instrumentom, ki so ga na Finskem inštitutu za zdravje pri delu v osemdesetih letih razvili Tuomi idr. (1998) in ga sestavlja sedem elementov. Odgovore točkujemo po navodilih avtorjev merskega instrumenta in tako dobimo končni rezultat, oceno delovne sposobnosti posameznika (Tabela 8).

Tabela 8: Elementi merskega instrumenta za merjenje WAI s točkovanjem

Elementi	točke
1 sedanja delovna sposobnost v primerjavi z najboljšo doslej	0 - 10
2 delovna sposobnost glede na zahteve na delovnem mestu	2 - 10
3 število trenutnih bolezni, potrjenih z zdravniško diagnozo	1 - 7
4 ocena oviranosti pri delu zaradi bolezni	1 - 6
5 bolniška odsotnost z dela zaradi bolezni v zadnjih 12 mesecih	1 - 5
6 napoved delovne sposobnosti čez dve leti	1, 4, 7
7 ocena duševnega stanja	1 - 4
WAI	7 - 49

Vir: Tuomi idr. 1998, 5; Tuomi idr. 2005, 7; Ilmarinen 2007, 160.

Končna ocena izračuna WAI je v razponu med 7 in 49 točkami in je razvrščena v štiri kategorije (Tabela 9).

Tabela 9: Razvrstitev in interpretacija končne ocene WAI

Kategorija	Delovna sposobnost	Priporočila
7–27 točk	slaba/poor	obnovitev delovne sposobnosti
28–36 točk	zmerna/moderate	izboljšanje delovne sposobnosti
37–43 točk	dobra/good	podpiranje delovne sposobnosti
44–49 točk	odlična/excellent	ohranjanje delovne sposobnosti

Vir: Tuomi idr. 1998, 3.

Tuomi idr. (1998, 12) dajejo priporočila za izvedbo aktivnosti glede na rezultat WAI, in sicer je potrebno v primeru »odlične« ocene ugotoviti, kateri delovni dejavniki in dejavniki življenjskega sloga pomagajo vzdrževati in kateri slabijo takšno delovno zmožnost.

Zaposlene se spodbuja k izogibanju oziroma zmanjševanju dejavnikov, ki slabijo njihovo delovno zmožnost. V primeru »dobre« ocene delovne sposobnosti je potrebno podpirati dobro delovno sposobnost in ugotoviti, ali imata delo in način življenja zaposlenega značilnosti, ki pomagajo krepiti delovno sposobnost ali pa jo ogrožajo. V primeru »zmerne« ocene delovne sposobnosti si je potrebno prizadevati za povečanje lastnih pobud zaposlenega za spodbujanje boljše delovne sposobnosti (npr.: prehrana, telesna aktivnost, spanje in počitek, družbeno aktivnost, hobiji, izobraževanje). Zaposleni s takšno oceno delovne sposobnosti lahko potrebuje medicinsko rehabilitacijo ter pogosto tudi ukrepe za razširitev svojega strokovnega znanja in poklicnih spretnosti. Pri »slabi« oceni delovne sposobnosti je potrebno določiti predpogoje in možnosti za rehabilitacijo

Ocena delovne sposobnosti zazna rizične skupine zaposlenih v začetni fazi, da se lahko pravočasno oblikujejo preventivni ukrepi. Tako ocena delovne sposobnosti pripomore k ohranitvi, obnovitvi in podpori delovne sposobnosti (Čeledová idr. 2014, 291). Omogoča torej zgodnje odkrivanje tistih zaposlenih, ki imajo težave pri izpolnjevanju zahtev, ki izhajajo iz dela. Predvsem je to zelo pomembno v primeru starejših zaposlenih, sedaj ko se upokojitvena starost podaljšuje (Carel idr. 2013, 588).

Ilmarinen (EU-OSHA 2012, 4) opozarja na visoko napovedno vrednost WAI, saj je bilo približno 60,0 % tistih, ki so imeli v starosti med 45 in 57 let nizek indeks WAI, 11 let pozneje invalidsko upokojenih. Reeuwijk idr. (2015, 2) ugotavljajo, da ima WAI dobro prognostično vrednost za prepoznavanje zaposlenih z velikim tveganjem za dolgotrajno bolniško odsotnost. Rezultati Reeuwijk idr. (2015, 10) so pokazali, da pri zaposlenih s »slabo« oceno WAI obstaja velika verjetnost, da bodo v naslednjih 12 mesecih imeli daljšo bolniško odsotnost. Zato je po njihovem mnenju potrebno posebno pozornost nameniti zaposlenim s »slabo« in »zmerne« oceno WAI. Vendar so pogosto potrebne še druge informacije oziroma dejavniki, ki jih je potrebno upoštevati, kot so zasebno življenje, organizacijski dejavniki, fizični in psihosocialni dejavniki, povezani z delovnim mestom ter dejavniki, povezani z življenjskim slogom zaposlenega. Schouten idr. (2016, 301) ugotavljajo celo, da za identifikacijo zaposlenih, ki jim grozi dolgotrajna bolniška odsotnost, ni potrebno uporabiti celotnega instrumenta.

Ilmarinen (EU-OSHA 2012, 4) opozarja še na široko ter vsestransko uporabo vprašalnika WAI, saj je bil preveden v številne jezike. Njegova uporaba je razširjena po vsem svetu v različnih kulturah in delovnih okoljih.

Napovedno vrednost WAI so raziskovali številni raziskovalci, in sicer v povezavi z bolniško odsotnostjo (Alavinia idr. 2009; Reeuwijk idr. 2015; Schouten idr. 2016, 301; Reeuwijk idr. 2015), fizično aktivnostjo (Arvidson idr. 2013,1; Rutanen idr. 2014), fizično sposobnostjo za delo (Habibi idr. 2012, Padula idr. 2012), izobrazbo (Golubic idr. 2009, 2056; Tavakoli-Fard idr. 2016, 81), starostjo (Camerino idr. 2006; Ghaddar idr. 2011; Tavakoli-Fard idr. 2016, 81; Čeledová idr. 2014; Converso idr. 2018), stresom (Bethge idr. 2009; Golubic idr. 2009, 2056; Li idr. 2016, 1), kvaliteto življenja (Milosevic idr. 2011; Tavakoli-Fard idr. 2016), življenjskim slogom (Mohammadi idr. 2015), nočnim in izmenskim delom (Rotenberg idr. 2008; Sorić idr. 2013, 383; Tavakoli-Fard idr. 2016, 81), vsebino dela (Čeledová idr. 2014, 291), poklicnim naporom (Lian idr. 2016), nesorazmerjem med naporom–nagrado pri delu (Li idr. 2016), indikatorji konflikta med delom in družino (Bethge in Borngräber 2015), simptomi menopavze (Geukes idr. 2012; Rutanen idr. 2014), motnjami kostno-mišičnega sistema (Monteiro idr. 2009; Bugajska in Sagan 2014), zakonskim stanom (Golubic idr. 2009, 2061; Tavakoli-Fard idr. 2016, 81), psihosocialnimi dejavniki (Ferreira 2015), konfliktom delo–družina (Bethge in Borngräber 2015), s konkretnimi zdravstvenimi težavami, kot so kardiovaskularne bolezni in duševne motnje (Alexopoulos idr. 2013, 612), z namero zapustiti poklic ali s predčasno upokojitvijo (Derycke idr. 2012, 1564; Carel idr. 2013, 579; Rongen idr. 2014, 1073; Mohammadi idr. 2015, 94; da Silva idr. 2016), s trenutno oceno delovne sposobnosti (El Fassi idr. 2013; Roelen idr. 2014; Mokarami idr. 2016), migracijskimi značilnostmi pri delavcih migrantih (Han idr. 2014), etničnimi razlikami med zaposlenimi (Lian idr. 2016); strategijami uspešnega staranja (Müller idr. 2012; Müller idr. 2013; von Bonsdorff idr. 2014; Müller idr. 2015; Baethge idr. 2016) idr.

V Luksemburgu ob finančni podpori Evropskega socialnega sklada že od leta 2005 uporabljajo instrument za oceno WAI pri zdravniških pregledih zaposlenih (El Fassi idr. 2013, 2). El Fassi idr. (2013, 8) ugotavljajo, da delovna sposobnost z leti upada, vendar ne linearno, saj je bil izračunan višji WAI pri starostni skupini med 60 in 65 let kot pri starih med 55 in 59 let.

V Sloveniji je bila uporaba indeksa delovne sposobnosti do sedaj osredotočena na zaposlene v invalidskih podjetjih in invalide (Fatur-Videtič in Dietner 2005; Fatur-Videtič in Dietner 2006; Dietner 2006; Uršič in Fatur-Videtič 2006; Škerjanc in Dodič Fikfak 2014).

2.4.2 Modifikacije instrumenta za merjenje WAI

V raziskavah je bilo opaziti tudi težnjo raziskovalcev po modifikaciji originalne verzije instrumenta za merjenje WAI. V nadaljevanju prikažemo nekaj primerov uporabe modificiranega instrumenta in izkušenj glede napovedne vrednosti tega orodja.

Nekateri raziskovalci (El Fassi idr. 2013; Roelen idr. 2014; Mokarami idr. 2016) v svojih raziskavah ugotavljajo, ali je lahko ocena trenutne delovne sposobnosti (ang. Work Ability score – v nadaljevanju WAS), ki je prva točka instrumenta za merjenje WAI, enakovredna zamenjava za kompleten vprašalnik. Nekateri avtorji kot npr. Müller (2013, 1632) so uporabili WAS kot edino merilo delovne sposobnosti v svoji raziskavi. Ocena trenutne delovne sposobnosti v primerjavi z najvišjo delovno sposobnostjo doslej se nahaja v intervalu ocen med 0 in 10. Višja kot je, boljša je delovna sposobnost in obratno, pri čemer ocena 0 pomeni, da sodelujoči v raziskavi trenutno ne dela. El Fassi idr. (2013, 1) menijo, da bi zaradi podobnosti rezultatov med WAI in WAS, ki so jih opazili v velikem številu zaposlenih (n = 12.839), morali spodbujati uporabo WAS za sistematično preverjanje delovne sposobnosti. Tudi Mokarami idr. (2016, 3–4) pri zaposlenih (n = 1.579) ugotavljajo močno korelacijo med WAI in WAS. V nasprotju pa Roelen idr. (2014, 430) na velikem vzorcu (n = 11.537) zaposlenih v gradbeništvu ugotavljajo boljšo napovedno vrednost za invalidsko upokožitev pri uporabi celotnega instrumenta. Ocena WAS je namreč slabše identificirala zaposlene, ki jim grozi invalidska upokožitev. Zato za potrebe medicine dela pri identifikaciji tveganj za invalidsko upokožitev priporočajo uporabo celotnega instrumenta WAI.

V Nemčiji je bila oktobra 2003 na pobudo Zveznega inštituta za varnost in zdravje pri delu (Der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – BAuA) ustanovljena Pobuda za novo kakovost dela (Die Initiative Neue Qualität der Arbeit) v sodelovanju z Univerzo v Wuppertalu, z namenom, da spodbuja in podpira uporabo in širjenje WAI. Financiranje projekta se je uradno končalo 30. 6. 2005, vendar, kot so zapisali na svoji spletni strani, skušajo ohraniti svojo ponudbo v okviru razpoložljivih virov (WAI-Netzwerk 2018). Ta projektna skupina je modificirala originalno verzijo instrumenta WAI, saj se je vprašalnik v znanstvenih študijah in pri velikem vzorcu zdel predolg zaradi tretje točke vprašalnika, ki vsebuje seznam 51 bolezni. Zato so oblikovali kratko verzijo instrumenta za merjenje WAI, s tem, da so v tretji točki vprašalnika seznam 51 bolezni zamenjali s seznamom 14 skupin bolezni, kar je bilo enostavneje za obdelavo (WAI-Netzwerk Deutschland 2015a). Seveda

so morali ustrezno prirediti točkovanje bolezni in uspeli doseči skoraj enake rezultate pri končni oceni (WAI-Netzwerk Deutschland 2015b). To potrjuje tudi raziskava Thinschmidt in Seibt (2007, 212), ki sta na vzorcu 447 naključnih oseb v Dresdnu testirali dolgo in kratko verzijo instrumenta za merjenje WAI in prišli do zaključka, da je povprečna ocena WAI-a obeh verzij enaka in v njihovem primeru znaša $39,3 \pm 5,3$ točke. Ugotavljata 4,7 % razliko v klasifikaciji med obema verzijama, zaključujeta pa, da sprememba točke 3 v krajšo verzijo daje primerljive rezultate kot originalna verzija, saj v njihovem primeru ta razlika ni vplivala na končno oceno.

Schouten idr. (2016, 305) so instrumentu zamerjenje WAI odvzeli seznam bolezni in ugotavljali, ali je mogoče s takšnim instrumentom napovedati dolgotrajno bolniško odsotnost pri trenutno zdravih zaposlenih. Rezultati so v njihovem primeru pokazali, da je instrument za merjenje WAI brez seznama bolezni bil dobra alternativa originalnemu instrumentu s seznamom bolezni pri identifikaciji zaposlenih, ki jim grozi dolgotrajna bolniška odsotnost.

2.4.3 Indeks delovne sposobnosti pri izvajalcih zdravstvene nege

Individualne razlike v delovni sposobnosti se z leti povečujejo. Delovna populacija, stara več kot 45 let je v primerjavi z mlajšimi zaposlenimi zelo raznolika. Pri približno 15,0 do 30,0 % 45-letnikov je vrednost indeksa WAI »zmerna« ali »nizka«, pri čemer obstaja tveganje, da bodo izgubili svojo delovno sposobnost, če ne bodo pravočasno sprejeti preventivni in korektivni ukrepi (Ilmarinen v EU-OSHA 2012, 4). Ilmarinen (EU-OSHA 2012, 7) opozarja na potrebo, da je delovna sposobnost pred upokojitvijo čim višja, saj boljša, kot je, tem višja je kakovost življenja pozneje. Naložbe v zdravje in varnost pri delu na delovnem mestu so pravzaprav naložbe v preostanek življenja.

Številni dejavniki vplivajo na oceno delovne sposobnosti. O tem pričajo mnoge raziskave tako na področju zdravstvene nege kot na drugih področjih dela. Ugotovitve raziskovalcev, ki so raziskovali delovno sposobnost zaposlenih so zelo pomembne za kadrovske management. Merjenje delovne sposobnosti je enostavno in se uporablja za ugotavljanje fizičnega in psihičnega stanja zaposlenih ter za preverjanje uspešnosti ukrepov, ki so bili izvedeni za izboljšanje le-tega. V nadaljevanju se bomo osredotočili na raziskave, ki se nanašajo na oceno delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege v zadnjih desetih letih (Tabela 10).

Podrobneje smo na spletu pregledali 24 dostopnih raziskav, objavljenih med leti 2008 in 2018, ki se osredotočajo na oceno delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege in ugotovili povezave med WAI in številnimi dejavniki. V nadaljevanju navajamo ključne ugotovitve avtorjev, ki so raziskovali delovno sposobnost izvajalcev zdravstvene nege.

Golubic idr. (2009, 2064)⁶⁸ ugotavljajo, da je nižja delovna sposobnost povezana s slabo organizacijo dela, z nižjim izobrazbenim nivojem, nezadostnimi finančnimi viri ter višjo starostjo.

Converso idr. (2018, 8–9) ugotavljajo, da je starost pomembno in negativno povezana z delovno sposobnostjo izvajalcev zdravstvene nege. Ugotovitve Čeledova idr. (2014, 290) kažejo, da so izvajalci zdravstvene nege dosegli boljši rezultat pri 55. letih ($M = 40,5$ točke), vendar je bil rezultat WAI pri 58. letih nižji od referenčne vrednosti ($M = 32$ točk).

Fischer in Martinez (2013, 516) ugotavljata, da je delovna sposobnost povezana z individualnimi značilnostmi (spol, ITM in neaktivnost), delovnimi pogoji (dolžina delovne dobe, socialna podpora pri delu, neravnovesje med trudom in nagrado, nasilje na delovnem mestu, aktivnosti, ki lahko prispevajo k bolečini/poškodbi) in poškodbami pri delu.

Padula idr. (2013, 389)⁶⁹ opozarjajo na subjektivno dojetje delovne sposobnosti posameznikov. Ugotovljeno je bilo, da, čeprav starejši zaposleni pozitivno ocenjujejo svojo delovno sposobnost, so zdravstveni kazalci slabši. Starejši zaposleni slabše ocenjujejo svoje zdravstveno stanje, imajo višji ITM, večji obseg pasu ter razmerje pas–boki, manj časa zmorejo test stanja na eni nogi in poročajo o več boleznih ter pogostejši uporabi zdravil v primerjavi z mlajšimi zaposlenimi.

Derycke idr. (2012) so med belgijskimi izvajalci zdravstvene nege raziskovali povezavo med delovno sposobnostjo in namero fluktuirati ter ugotovili, da slaba delovna sposobnost predstavlja visoko tveganje za fluktuacijo. Neugodno povezavo med slabo oceno delovne sposobnosti in namero odditi, je blažila visoka socialna podpora sodelavcev in nadrejenih, zato je vplivanje na organizacijsko klimo in vzpodbujanje k dobrim medsebojnim odnosom zelo pomembno za zmanjševanje fluktuacije med medicinskimi sestrami. Podobno so

⁶⁸ Glubic idr. (2009, 2056) so opravili študijo med izvajalci zdravstvene nege ($n = 1086$) v štirih univerzitetnih bolnišnicah na Hrvaškem, med leti 2006 in 2007. Uporabili so dva uveljavljena merska instrumenta OSAQ (ang.: Occupational Stress Assessment Questionnaire) in instrument za merjenje WAI. Med drugim so želeli ugotoviti, ali izobrazbena raven vpliva na delovno sposobnost izvajalcev zdravstvene nege.

⁶⁹ Padula idr. (2013, 383) so opravili raziskavo v med dvema skupinama, in sicer zaposlenimi v visokošolskem zavodu (intelektualno delo) in zaposlenimi v metalurški industriji (pretežno fizično delo) v Braziliji (Sao Paulo). Sodelujoči v raziskavi ($n = 79$) so bili po starosti razdeljeni v dve skupini, in sicer < 50 let in > 50 let.

ugotovili Rongen idr. (2014, 1071), da prisotnost neugodnih značilnosti, povezanih z delom, (npr.: velik napor, visoke delovne zahteve in nizka socialna podpora) pri izvajalcih zdravstvene nege s slabo oceno delovne sposobnosti povečujejo verjetnost zapustiti poklic, medtem ko se pri izvajalcih zdravstvene nege z dobro oceno delovne sposobnosti to tveganje z neugodnimi z delom povezanimi značilnostmi ne spreminja.

Ugoden učinek na WAI ima stopnja izobrazbe (Golubic idr. 2009, 2061; Sorić idr. 2013, 382). Golubic idr. (2009, 2061) so v raziskavi med hrvaškimi medicinskimi sestrami ugotovili, da imajo medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe višji WAI kot njihove kolegice z nižjo izobrazbo. Podobno ugotavljajo tudi Carel idr. (2013, 586) med izraelskimi medicinskimi sestrami, vendar še dodajajo, da na višji WAI vpliva tudi nivo delovnega mesta in vsebina dela. Tako imajo medicinske sestre, ki zasedajo višji položaj v poklicu tudi višji WAI. Tako so Čeledová idr. (2014, 290) ugotovili višji WAI pri zaposlenih, ki delajo zgolj intelektualno delo in nižji pri skupini zaposlenih, katerih delo zahteva tako intelektualne kot fizične sposobnosti.

Rotenberg idr. (2008, 6) ugotavljajo, da je razmerje med oceno WAI in izpostavljenostjo nočnemu delu odvisno od vrste pogodbe o zaposlitvi, torej za tiste s stalno zaposlitvijo in tiste z negotovo zaposlitvijo oziroma s pogodbo za določen čas. Delež zaposlenih, ki so delali ponoči in izkazovali nezadostno delovno sposobnost v primerjavi s stalno zaposlenimi je bil večji pri zaposlenih z negotovo delovno zaposlitvijo (20,3 proti 14,4 %, $p = 0,007$). Med zaposlenimi v zdravstveni negi z negotovo zaposlitvijo se delovna sposobnost zmanjša pri tistih zaposlenih, ki opravljajo nočno delo v primerjavi s tistimi, ki nočnemu delu niso izpostavljeni, medtem pa ni pomembnega zmanjšanja WAI pri tistih, ki delajo v nočnih izmenah in imajo pogodbe za nedoločen čas. Habibi idr. (2012, 778) so ugotovili, da imajo višji WAI zaposleni, ki delajo samo v jutranji izmeni in najnižji tisti, ki delajo tri izmene. Rotenberg idr. (2008, 5) ugotavljajo še željo po spremembi razporeda dela, ki se pomembno razlikuje med zaposlenimi izvajalci zdravstvene nege, ki delajo ponoči, in sicer so izračunali višji delež pri izvajalcih zdravstvene nege z negotovo zaposlitvijo, ki bi takoj želeli spremembe pri urnikih dela v primerjavi s tistimi zaposlenimi s stalno zaposlitvijo (25,4 proti 6,4 %) in prav tako bi jih več (18,0 proti 14,2 %) na neki točki želelo spremeniti razpored dela ($p < 0,001$).

Golubic idr. (2009, 2061) so pri hrvaških medicinskih sestrah ugotovili, da imajo tiste brez otrok višjo oceno WAI kot tiste z otroki, prav tako imajo samske medicinske sestre višjo oceno WAI v primerjavi z njihovimi kolegicami. Tudi Habibi idr. (2012, 778) pri samskih

medicinskih sestrah ugotavljajo višji povprečni WAI (41,2). Obratno ugotavljajo Nowrouzi idr. (2015, 309), da zakonska zveza pri izvajalcih babiške nege kaže na višje ocene delovne sposobnosti.

2.4.4 Uporabna vrednost ocene delovne sposobnosti za management zdravstvene nege

Zdravstveno osebje z zmanjšano delovno sposobnostjo je bolj dovzetno za morebitne posledice težkih pogojev dela, zato je pričakovati, da se lahko negativni učinki delovnih mest, ki vplivajo na delovno sposobnost in zadržanje zaposlenih na delovnih mestih, delno izravnaajo z izboljšanjem delovnih pogojev (Rongen idr. 2014, 1072).

Ocena WAI v delovnem okolju nam omogoča, da identificiramo delavce, ki jim grozi delovna invalidnost, saj ocena WAI dejansko pomaga prepoznati delavce, ki jim grozi, da bodo koristili dolgotrajno bolniško odsotnost ali zgodnji odhod iz delovnega razmerja (Mohammadi idr. 2015, 94)⁷⁰. Podobno ugotavljajo Rongen idr. (2014, 1073), da je delovna sposobnost napovedni dejavnik za namero zamenjati delodajalca ali docela zapustiti profesijo, zato se mora management osredotočiti na izboljšanje in ohranjanje dobre delovne sposobnosti ter spodbujanje dobrega psihosocialnega in fizičnega delovnega okolja. Tudi Derycke idr. (2012, 1564) ugotavljajo, da je slaba ocena WAI pri izvajalcih zdravstvene nege lahko napovednik za namero zapustiti oddelek, delovno organizacijo ali celo poklic. Zato, da bi vplivali na zmanjšanje te namere predlagajo ukrepe na vseh ravneh. Na organizacijski ravni je tako potrebno spodbujati razvoj strategij, ki omogočajo vzdrževanje in/ali izboljšanje delovne sposobnosti svojih zaposlenih. Eden od možnih načinov je vplivanje na kompetence, vrednote, odnos in motivacijo zaposlenih, saj delovne sposobnost ne določa le zdravstvena in funkcionalna sposobnost. Na ravni oddelka je potrebno dajati poudarek na dobrih medsebojnih odnosih. Na poklicni ravni je potrebno spremljati spremembe delovne sposobnosti, da bi lahko sprejeli preventivne ukrepe za tiste izvajalce zdravstvene nege, pri katerih obstaja tveganje za fluktuacijo. Pomemben dejavnik pri preprečevanju fluktuacije so medsebojni odnosi med zaposlenimi. Derycke idr. (2012, 1561) ugotavljajo, da pri zaposlenih s slabo oceno WAI v povezavi slabimi medsebojnimi odnosi na delovnem mestu obstaja trikrat večje tveganje za razvoj visoke namere zapustiti oddelek v primerjavi s sodelavci, ki so imeli dobro oceno WAI. Po drugi strani pa ni bilo zaznati

⁷⁰ Mohammadi idr. (2015, 90-92) so opravili raziskavo med zaposlenimi v proizvodni dejavnosti (moški, n = 676, povprečno stari 34,7 let) v Teheranu, leta 2012, z namenom proučiti razmerje med delovno zmožnostjo in življenjskim slogom.

vpliva slabega WAI na namero zapustiti oddelek, če so bili medsebojni odnosi na delovnem mestu dobri.

Sorić idr. (2013, 383) niso ugotovili pomembnih povezav med izmenskimi delom in slabim WAI ter nizko kvaliteto življenja, vendar v bolnišnicah priporočajo ukrepe, v smislu spodbujanja zdrave komunikacije med izvajalci zdravstvene nege in drugimi zdravstvenimi delavci, spodbujanje telesne aktivnosti, timbilinge, upravljanje znanja in spretnosti, ki vključuje sistem mentorstva in kontinuiranega izobraževanja s specifičnega zdravstvenega področja, izboljšanje delovnih pogojev, sestavljenih iz boljše organizacije dela, finančne varnosti, prerazporeditve izmenskega dela, usposabljanja s področja obvladovanja stresa in primerne delovne obremenitve.

Okvarjena delovna zmožnost je povezana z boleznimi, povezanimi z delom, zgodnjo upokojitvijo in zvišanjem pokojninskih stroškov (da Silva idr. 2016, 225). Da bi lahko vzdrževali zadovoljivo raven delovne sposobnosti je očitna potreba po vlaganju v kakovost delovnega življenja, vključno z izboljšanjem delovnih pogojev in spremljanjem zdravstvenega stanja izvajalcev zdravstvene nege. To bi pripomoglo k preprečevanju bolezni in zmanjšanju bolniških odsotnosti ter predčasnemu upokojevanju, saj vse naštetu ogroža gospodarstvo države in kakovost oskrbe prebivalstva (da Silva idr. 2016, 231).

Ob soočenju z izzivom staranja prebivalstva je daljše delovno življenje v današnji družbi vedno bolj pomembno. Ohranjanje delovne sposobnosti zaposlenih je eden od učinkovitih načinov za spoprijemanje z izzivi trajnostnega dela delovne sile. (Li idr. 2016, 1).

Za spodbujanje delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege bi bilo potrebno razviti programe za vzpostavitev zdravega delovnega okolja, za katerega je značilen dobro strukturiran preventivni odnos do zdravja in obvladovanja bolezni ter dobro zasnovan organizacijski okvir za povečanje stopnje učinkovitosti in motivacije, zmanjšanja utrujenosti in delovnih obremenitev v enotah za intenzivno nego (Rostamabadi idr. 2017, 153–154). Če želimo delovno sposobnost izboljšati, je po mnenju Nowrouzi idr. (2015, 305) potrebno, da izvajalci zdravstvene nege delujejo v okolju, ki jih podpira ter omogoča možnost odločanja. Vzdrževanje delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege je pomembno vprašanje, saj je temelj za kakovost življenja zaposlenih (Milosevic idr. 2011, 2931).

Številni raziskovalci so v svojih raziskavah ocenjevali delovno sposobnost izvajalcev zdravstvene nege. V nadaljevanju sledi povzetek 24 raziskav, objavljenih med leti 2008 in 2018 (Tabela 10).

Tabela 10: Pregled raziskav delovne zmožnosti med izvajalci zdravstvene nege

Avtor(ji)/ leto/ država	Cilji raziskave	Vzorec	Vrsta raziskave	Rezultati
Rotenberg idr. 2008, Brazilija	Raziskati povezavo med nočnim delom in WAI ter vrsto pogodbe o zaposlitvi.	Izvajalci zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti s stalno zaposlitvijo (n = 642) in pogodbo za določen čas (n = 552), ženske (87,0 %), povprečna starost 40,3 ± 13,1 let.	presečna študija	Povprečni WAI 38,6 ± 6,2 (ženske 38,3 ± 6,2, moški 40,8 ± 5,5). Vrsta pogodbe o zaposlitvi je dejavnik, ki ima vpliv na odpornost nočnega in izmenskega dela. Zaposleni za določen čas, ki delajo v nočni izmeni, imajo nižji WAI kot tisti, ki delajo v dnevni izmeni.
Monteiro idr. 2009, Brazilija	Raziskati povezavo med kostno-mišičnimi težavami, delovno sposobnostjo, demografskimi podatki in življenjskim slogom.	Zaposleni v javni zdravstveni ustanovi, vsi profili zaposlenih (n = 651), ženske (63,7 %), povprečna starost 43,2 ± 10,6 let za ženske in 49,0 ± 10,7 za moške.	presečna študija	Ugotovljena je povezava med kostno-mišičnimi težavami in starostjo (p < 0.05), prisotnost le-teh se zvišuje do 54. leta starosti, nato se zmanjšuje.
Golubic idr. 2009, Hrvaška	Oceniti stresorje, ki napovedujejo delovno sposobnost	Izvajalci zdravstvene nege v univerzitetni bolnišnici (n = 1.086), ženske (93,0 %), povprečna starost 38,7 ± 10,3 let.	presečna študija	Nižji WAI, povezan s slabo organizacijo dela, z nižjim izobrazbenim nivojem, nezadostnimi finančnimi viri ter višjo starostjo.

Avtor(ji)/ leto/ država	Cilji raziskave	Vzorec	Vrsta raziskave	Rezultati
	(vprašalnika OSAQ ⁷¹ in WAI).			
Geukes idr. 2011, Nizozemska	Proučiti vpliv simptomov menopavze na WAI.	Zaposlene v bolnišnici in organizaciji oskrbe na domu (n = 208), povprečna starost 51 let.	presečna študija	Povprečni WAI 38,69 ± 6,16 za obe skupini. Simptomi menopavze so negativno povezani z WAI in lahko povečajo tveganje za bolniško odsotnost.
Milosevic idr. 2011, Hrvaška	Proučiti determinante kakovosti življenja (WHOQL-BREF) ⁷² s poudarkom na WAI.	Izvajalci zdravstvene nege v kliničnem okolju (n = 1.212), ženske (87,5 %), mediana starosti 42 let.	presečna študija	Povprečni WAI 38,3 ± 6,1. Ocena WAI in kakovost življenja sta bila pozitivno povezana na vseh štirih področjih kvalitete življenja, pri čemer je bila najvišja vrednost Spearmanovega korelacijskega koeficienta za fizično domeno.
Knezevic idr. 2011, Hrvaška	Raziskati vzroke in ravni stresa pri delu (OSAQ) in delovno sposobnost WAI.	Babice (n = 60) in pediatrične medicinske sestre (n = 98) v univerzitetni bolnišnici, ženske, povprečna starost babic 33,5 let in pediatričnih medicinskih sester 38,3 leta.	presečna študija	Povprečni WAI babic 40,0 točk in je bil višji kot pri pediatričnih medicinskih sestrah (37,5 točk). Hrvaške babice so doživele stres v zvezi z delom zaradi nezadostnih delovnih resursov, nezadostnega števila sodelavcev, slabe organizacije dela, komuniciranja z nadrejenimi in čustvenega dela. Rezultati so potrdili tudi, da se ocena WAI pomembno zmanjša s starostjo.

⁷¹ OSAQ (ang. Occupational Stress Assessment Questionnaire).

⁷² WHOQL-BREF (ang. The Quality of Life questionnaire) je vprašalnik za oceno kvalitete življenja, ki ga je razvila Svetovna zdravstvena organizacija leta 1991 in je preveden v številne jezike. Sestavlja ga 26 postavk, ki so združene v štiri domene: fizično zdravje, duševno zdravje, družbena razmerja in okoljsko področje (Milosevic idr. 2011, 2931).

Avtor(ji)/ leto/ država	Cilji raziskave	Vzorec	Vrsta raziskave	Rezultati
Habibi idr. 2012, Iran	Najti povezanost med WAI in PWC ⁷³ .	Izvajalci zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti (n = 228), moški, povprečna starost 38,4 ± 8,5 let.	presečna študija	Povprečni WAI 38,25 ± 4,4, najnižji v starostni skupini 55 do 59 let. Rezultati niso pokazali pomembne povezave med WAI in PWC indeksom v različnih starostnih skupinah, tako ni mogoče napovedati PWC z uporabo WAI vrednosti.
Derycke idr. 2012, Belgija, podatki iz EU študije NEXT (belgijski vzorec)	Proučiti razmerje med WAI in tveganjem za namero zapustiti oddelek, delovno organizacijo ali poklic.	Izvajalci zdravstvene nege na različnih področjih dela (n = 1.531), ženske (92,0 %), povprečna starost 38,4 ± 8,8.	longitudinalna študija, dva vprašalnika z zamikom enega leta	Povprečni WAI 40,3 ± 4,8. Prospektivna analiza je pokazala, da je slaba ocena WAI na začetku bila pomemben napovednik visoke namere zamenjati oddelek in visoke namere zamenjati organizacijo 1 leto kasneje. Podoben trend je bil opaziti za namero zapustiti poklic, čeprav ni bilo statistično značilnih rezultatov.
Magnago idr. 2012, Brazilija	Oceniti povezavo med intenzivnostjo kostno mišične bolečine in zmanjšanjem delovne zmožnosti.	Izvajalci zdravstvene nege v javni univerzitetni bolnišnici (n = 498), ženske (87,8 %), stari med 47 in 69 let 32,7 %.	presečna študija	Slabo/zmerno oceno WAI (zmanjšana zmožnost) je doseglo 43,3 % (n = 216) ter dobro/odlično oceno WAI je imelo 56,7 % (n = 282) izvajalcev zdravstvene nege. Ugotovljena je bila pozitivna povezava med intenzivnostjo mišično-skeletne bolečine in zmanjšanjem delovne zmožnosti. Zaposleni, starejši od 47 let, so imeli višji odstotek zmanjšane delovne zmožnosti (p = 0,021).

⁷³ PWC (ang. Physical Work Capacity).

Avtor(ji)/ leto/ država	Cilji raziskave	Vzorec	Vrsta raziskave	Rezultati
Monteiro idr. 2012, Brazilija	Oceniti WAI, zdravstveno stanje in življenjski slog.	Izvajalci zdravstvene nege v dveh javnih bolnišnic in petih zdravstvenih centrih (n = 570), ženske (83,0 %), povprečna starost 38,9 ± 7,8 let.	presečna študija	Povprečni WAI je 39,3 ± 5,3. moški nekoliko višji WAI 40,4 ± 5,4 (nekoliko mlajši v povprečju). Starost je negativno korelirana z WAI (p = 0.0052). Ocena WAS 8,2 ± 1,3. Zdravnik je diagnosticiral vsaj eno bolezen, ki jo je omenilo 71,2 % oseb.
Sorić idr. 2013, Hrvaška	Raziskati povezavo med izmenskim delom, WAI in kvaliteto življenja (WHOQOL- BREF).	Izvajalci zdravstvene nege (n = 1.124), ženske (87,8 %), mediana starosti 42 (31–47) let.	presečna študija	Mediana WAI je 39 (34–43), medtem ko je pri zaposlenih, ki delajo izmensko delo nekoliko višja kot pri tistih, ki ne delajo v izmenah. Študija ne zagotavlja dokazov o pomembni povezavi med izmenskim delom in WAI ter kakovostjo življenja. Izobrazba je bila pozitivno povezana z WAI.
Fischer in Martinez, 2013, Brazilija	Raziskati povezave med WAI, JSS ⁷⁴ , ERI ⁷⁵ , WRAPI ⁷⁶ in WAI.	Izvajalci zdravstvene nege v bolnišnici (n = 514), ženske (77,2 %), povprečna starost 35,5 ± 8,1.	presečna študija	Povprečni WAI 42,3±4,5. Z delovno zmožnostjo so negativno povezane spremenljivke: sedeče delo, ITM, dolžina delovne dobe, neravnovesje napor–nagrada, socialna podpora na delovnem mestu, prisotnost nasilja na delovnem mestu, dožemanje delovnih aktivnosti kot škodljivih za bolečino/poškodbo in pretekle poškodbe pri delu.

⁷⁴ JSS (ang.: Job Stress Scale).

⁷⁵ ERI (ang.: Effort-Reward Imbalance).

⁷⁶ WRAPI (ang.: Questionnaire, Work-Related Activities That May Contribute To Job-Related Pain and/or Injury).

Avtor(ji)/ leto/ država	Cilji raziskave	Vzorec	Vrsta raziskave	Rezultati
Prochnow idr. 2013, Brazilija (glej tudi Magnago idr. 2012, Brazilija)	Oceniti povezavo med psihološkimi zahtevami, nadzorom nad delom in zmanjšanjem WAI.	Izvajalci zdravstvene nege (n = 498), ženske (87,8 %), povprečna starost 41,3 ± 8,9 let.	presečna študija	Starost, spol in visoka delovna obremenitev so povezani z zmanjšano delovno zmožnostjo. 43,3 % zmanjšano delovno sposobnost (slaba in zmerna). 50,9 % zaposlenih, starih ≥ 47 let – znatno zmanjšano delovno sposobnost (p < 0,05). 46,0 % zdravstvenih tehnikov/pomožnih medicinskih sester zmanjšano delovno sposobnost (p = 0,059).
Carel idr. 2013, Izrael	Ovrednotiti dejavnike, ki vplivajo na delovno zmožnost.	Izvajalci zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti (n = 515), ženske (89,0 %), povprečna starost 41.1 ± 9.8 let.	presečna študija	Povprečni WAI 41,9 ± 5,1 (pri ženskah 41,8 ± 5,2, pri moških 42,3 ± 4,3) in se postopoma zmanjšuje s starostjo. Ugotovljena je bila pomembna negativna povezava med oceno WAI in starostjo, številu let na trenutnem delovnem mestu in številu diagnoz. Na WAI vpliva delovno mesto (položaj) in vsebina dela. Spol, zakonski stan in država izvora niso imeli vpliva na oceno WAI.
Müller idr. 2013, Nemčija	Raziskati povezavo med strategijo »uspešnega staranja« (SOC ⁷⁷) in WAI.	Izvajalci zdravstvene nege 1. študija ≥ 45 let (n = 17), 2. študija (n = 438) starih med 21 in 63 let.	mešana metoda: polstruktur. intervju in presečna študija	Izbira, optimizacija in kompenzacija (SOC) pozitivno vpliva na delovno zmožnost izvajalcev zdravstvene nege, zlasti pri starejših.

⁷⁷ SOC (ang.: selection, optimisation, compensation).

Avtor(ji)/ leto/ država	Cilji raziskave	Vzorec	Vrsta raziskave	Rezultati
Galatsch idr. 2013, EU, študija NEXT ⁷⁸	Proučiti učinek prošnje, prisile ali zavrnitve v zvezi z urnikom dela za izmensko delo na WAI in zdravje.	Izvajalci zdravstvene nege (n = 11.102), večinoma v bolnišnični dejavnosti (61,8 %), ženske (84,9 %), povprečna starost 39,8 ± 9 let.	longitudinalna študija, dva vprašalnika z zamikom enega leta	Izvajalci zdravstvene nege, ki so želeli, vendar niso mogli spremeniti svojih urnikov med 12-mesečnim spremljanjem, so imeli najnižjo začetno in nadaljnjo oceno WAI (37,6, po enem letu 36,6, p < 0,001). Med tistimi, ki so imeli vpliv na urnik, ni bilo zaznati upada delovne zmožnosti in zdravja (tudi ne v povezavi s starostjo). Sprememba urnika proti volji je pomembno povezana s slabšim WAI in zdravjem.
Rongen idr. 2014, podatki iz EU študije NEXT	Proučiti vpliv z delom, povezanih značilnosti na WAI in namero zamenjati delodajalca ali zapustiti profesijo.	Izvajalci zdravstvene nege (n = 9.927), ženske (88,7 %), povprečna starost 42,1 ± 0,32 let.	1-letna longitudinalna študija	Po enem letu je 3,6 % sodelujočih zapustilo svojega trenutnega delodajalca, od tega je 60,0 % zapustilo poklic. Tisti, ki so zapustili poklic so pogosteje poročali o zmanjšani delovni zmožnosti (37,0 %), v primerjavi s tistimi, ki so ostali pri svojem delodajalcu (24,2 %) ter tistimi, ki so zamenjali delodajalca znotraj stroke (28,5 %).
Kordi idr. 2014 Iran	Proučiti povezavo med poklicnim stresom ⁷⁹ in WAI	Babice (n = 123) v javni bolnišnici, starost med 23 in 33 let.	presečna študija	Povprečni WAI 38.81 ± 0.05. Med poklicnim stresom in WAI obstaja negativna povezava (P = 0,021; r = -0,061).

⁷⁸ NEXT (ang.: The Nurses' Early Exit Study) preučuje delovne razmere, zasebno življenje, zdravstvene in bodoče perspektive medicinskih sester, v 8 državah EU (Belgija, Finska, Francija, Nemčija, Italija, Nizozemska, Poljska, Slovaška).

⁷⁹ OSAQ (ang.: Stress Assessment Questionnaire).

Avtor(ji)/ leto/ država	Cilji raziskave	Vzorec	Vrsta raziskave	Rezultati
Čeledová idr. 2014, Češka	Preveriti možnosti uporabe vprašalnika WAI v zdravstveni negi in primerjati z možnostjo uporabe vprašalnika WAI v razvojnem podjetju.	Izvajalci zdravstvene in babiške nege v bolnišničnem okolju (n = 53), povprečna starost 55,2 let ter zaposleni v razvojnem podjetju (n = 54), povprečna starost 56,2 let.	presečna študija	Povprečni WAI pri izvajalcih zdravstvene in babiške nege je $36,3 \pm 6,1$, pri zaposlenih v podjetju pa $42,6 \pm 3,4$.
Nowrouzi idr. 2015, Kanada	Preučiti razmerje med izvajalci zdravstvene nege in dejavniki na delovnem mestu (delovna nezmožnost) ter WAI.	Izvajalci zdravstvene in babiške nege (n = 111), ženske (94,6 %), povprečna starost $41,9 \pm 10,2$.	stratificiran naključni vzorec	Zakonski stan ($p = 0,025$), etnična pripadnost ($p = 0,026$) in število pacientov na izmeno ($0,049$) pomembno vplivajo na varianco delovne sposobnosti. Zadovoljstvo z delom in kariero ima pozitiven vpliv na WAI ($p = 0,026$).
Jakobsen idr. 2015, Danska	Raziskati učinek fizične aktivnosti, ki se izvaja na delovnem mestu ali doma na WAI.	Zdravstveni delavci (n = 200), ženskega spola, povprečna starost 42,0 let, v dveh vzporednih skupinah: telesna vadba na delovnem mestu (n = 111) in telesna vadba doma (n = 89).	naključno izbrana skupina (10 tednov)	Povprečni WAI 43,1. Izvajanje fizične aktivnosti skupaj s kolegi na delovnem mestu preprečuje poslabšanje delovne zmožnosti med izvajalci zdravstvene nege.

Avtor(ji)/ leto/ država	Cilji raziskave	Vzorec	Vrsta raziskave	Rezultati
da Silva idr. 2016, Brazilija	Raziskati povezavo med WAI in utrujenostjo (Chalder Fatigue Scale).	Izvajalci zdravstvene nege v dveh javnih učnih bolnišnicah (n = 100), ženske (88,0 %), visoka izobrazba (76,0 %), povprečna starost 39,4±9,5).	presečna študija	Povprečni WAI 39,4 ± 6,0. Visok delež (35,0 %) ocene zmerno in slabo. Rezultat WAI se je zmanjšal v povezavi z utrujenostjo (p < 0,001), daljšo delovno dobo na istem delovnem mestu (p = 0,001) ter pri zdravstvenih tehnikah v primerjavi z medicinskimi sestrami (p = 0,040). Ocena WAI pade za 0,288 točke za vsako leto zaposlenosti na istem delovnem mestu (p = 0,001)
Sandeva in Koleva 2016, Bolgarija	Oceniti WAI in psihološko dobro počutje (Psychological Well-being Questionnaire).	Bolnišnično osebje (n = 63) iz 6 različnih oddelkov zasebne bolnišnice: izvajalci zdravstvene nege (n = 35), fizioterapevti (n = 9), strežno osebje (n = 19), ženske, povprečna starost 44,3 leta.	presečna študija	Povprečni WAI je 40,8 ± 4,8. Najnižja povprečna ocena WAI je bila zabeležena pri fizioterapevtih (38 ± 3,8) in je bila znatno nižja od ocene WAI za medicinske sestre (41,6 ± 4,8). Najvišja povprečna ocena WAI (42,95 ± 3,1) je bila na oddelku za kardiologijo, najnižja pa na oddelku za ortopedijo (38,10 ± 5,3). Najvišja v starostni skupini 30–39 let (42,86 ± 2,9), najnižja v starostni skupini 50–59 let (39,03 ± 5,1). Vrednost WAI se znižuje s številom simptomov bolezni kostno – mišičnega sistema.
Rostamabadi idr. 2017, Iran	Proučiti povezavo med WAI in individualnimi značilnostmi, delovno obremenitvijo	Izvajalci zdravstvene nege v intenzivnih enotah (n = 214), ženske (80,32 %), mlajše od 30 let (60,28 %).	presečna študija	Povprečni WAI je 39,80 ± 5 (rang 24–49). Ugotovljena je bila pomembna in negativna povezanost med rezultati WAI in dimenzijami MFI – 20, kot je splošna utrujenost (B = -0,31, 95,0 % CI = -0,53, -0,09, P = 0,005) in fizična utrujenost (B = -0,44, 95,0 % CI = -0,65, -0,23, P < 0,001). Ugotovljena je bila tudi pomembna in negativna povezanost med rezultati WAI in področju delovnih

Avtor(ji)/ leto/ država	Cilji raziskave	Vzorec	Vrsta raziskave	Rezultati
	(NASA – TLX ⁸⁰), utrujenostjo (MFI ⁸¹) in bolezni.			obremenitev, kot so frustracije (B = -0.04, 95,0 % CI = -0.07, -0.02, P < 0,001) in časovni pritiski (B = -0,04, 95,0 % CI = -0,08, -0,0001, P = 0,04). Medtem je učinkovitost pokazala pozitivno in pomembno povezavo (B = 0,04, 95,0 % CI = 0,01, 0,07, P = 0,005).
Converso idr. 2018, Italija	Proučiti vlogo delovnih in osebnih virov na starost in WAI.	Izvajalci zdravstvene nege (n = 333), iz dveh bolnišnic, ženske (85,9 %), povprečna starost (44,65 ± 16,02).	presečna študija	WAI=38,27 ± 5,67. Starost je pomembno in negativno povezana z delovno zmožnostjo.

Vir: Lastna raziskava 2018.

⁸⁰ NASA-TLX (The NASA task-load index) je eden najbolj občutljivih in uporabnih instrumentov za ocenjevanje subjektivne delovne obremenitve. Sestavljen iz 6 podlestvic z 21 gradacijami vsakega. Podlestvice vključujejo psihični in fizični napor, časovni pritisk, uspešnost, trud in frustracije (Rostamabadi idr. 2017, 148).

⁸¹ MFI (ang.: Multi-dimensional Fatigue Inventory) sestavlja 20 elementov, razvrščenih v 5 dimenzij, vključno s splošno utrujenostjo, fizično utrujenostjo, psihično utrujenostjo, zmanjšano aktivnostjo in zmanjšano motivacijo (Rostamabadi idr. 2017, 149).

2.5 Uspešno staranje

Znatno povečanje pričakovane življenjske dobe ob rojstvu v kombinaciji z napredkom pri zdravljenju, naraščajočimi stroški zdravstvene in socialne oskrbe ter višjimi pričakovanji za stara leta, so privedli do mednarodnega zanimanja za spodbujanje zdravega in uspešnega staranja (Bowling in Dieppe 2005, 1548).

Gerontologi se že dolgo strinjajo, da starost ne nastopi na določen datum, niti z rojstvom prvega vnuka, ne ob dosegu določene starosti ali z zakonsko določenimi kriteriji za upokojitev (Nimrod in Ben-Shem 2015, 814).

Staranje lahko opredelimo kot proces postopnih sprememb v biološkem, psihološkem in družbenem delovanju posameznika. Čeprav starejše običajno umeščamo v določene starostne kategorije, ki so odvisne od kulturnega in osebnega dojemanja, je staranje vseživljenjski proces, ki se začne pred rojstvom in se nadaljuje skozi vse življenje. Funkcionalna zmogljivost naših bioloških sistemov (npr.: mišična moč, kardiovaskularna učinkovitost) se v prvih letih življenja povečuje in doseže vrhunec v zgodnji odrasli dobi ter se potem naravno znižuje. Naklon tega padca v veliki meri določajo zunanji dejavniki v celotnem življenjskem toku. Naravni upad srčne ali dihalne funkcije na primer lahko pospešimo s kajenjem, pri čemer ima posameznik posledično nižjo funkcionalno sposobnost, kot bi jo pričakovali za njegovo starost. Podobno lahko slaba prehrana v otroštvu vpliva na šibkejšo strukturo kosti in na razvoj osteoporoze v odrasli dobi. Zdravje in aktivnosti v starejši dobi so torej povzetek življenjskih okoliščin in dejanj posameznika skozi celotni življenjski tok. Ta konceptualni pristop predstavlja nove priložnosti, saj imajo ljudje vpliv na to, kako se starajo, in sicer s tem, da sprejmejo zdrav način življenja ter se prilagajajo starostnim spremembam. Vendar vseh dejavnikov, ki vplivajo na zdravje in staranje, posameznik ne more spreminjati. Socialno-ekonomski dejavniki, vključno s slabšim ekonomskim položajem ter okoljskimi grožnjami lahko vplivajo na proces staranja s predispozicijami na bolezni v poznejšem življenju. Tako lahko posameznik, ki je doživel pomembno izgubo v katerikoli funkcionalni kapaciteti v podpornem okolju še naprej živi neodvisno, medtem ko drugi z enako stopnjo funkcionalne izgube v manj ugodnem okolju izgubi svojo neodvisnost (Stein in Moritz 1999, 4).

Eden glavnih izzivov starajoče se družbe je ohranjanje kakovosti življenja kljub neizogibnim spremembam, ki se pojavljajo v življenju starejših ljudi (Tovel in Carmel 2014, 255).

Tako kot starost tudi uspešno staranje nima enotne definicije. Bowling in Dieppe (2005, 1550) menita, da se večina konceptov uspešnega staranja uporablja nekritično in je odvisno od raziskovalca. Na podlagi teoretičnih izhodišč Bowling in Dieppe (2005, 1548–1549) ugotavljata, da je uspešno staranje mogoče definirati skozi biološke in psihosocialne teorije ali kombinacijo obojih. Medtem ko biomedicinske teorije opredeljujejo uspešno staranje v smislu optimizacije pričakovane življenjske dobe, hkrati pa zmanjšujejo telesno in duševno poslabšanje ter invalidnost in se osredotočajo na odsotnost kroničnih bolezni in dejavnikov tveganja za bolezni, dobro zdravje, visoko stopnjo neodvisnega fizičnega delovanja, zmogljivosti, mobilnosti ter kognitivnega delovanja, se psihosocialni modeli osredotočajo na zadovoljstvo z življenjem, družbeno udejstvovanje ter psihološke vire, vključno z osebnostno rastjo. Bowling in Dieppe (2005, 1549) ugotavljata še, da je zadovoljstvo s preteklim in sedanjim življenjem bila najpogosteje predlagana opredelitev uspešnega staranja in tudi najbolj pogosto raziskana. Temu sledi družbeno udejstvovanje, ki je še ena pogosto uporabljena domena uspešnega staranja, ki vključuje visoko stopnjo sposobnosti vključevanja v družbene vloge, pozitivne medsebojne odnose z drugimi, družbene integracije in vzajemno sodelovanje v družbi. Predlagani psihološki dejavniki uspešnega staranja vključujejo samospoštovanje, samoučinkovitost, občutek nadzora nad življenjem, avtonomijo, neodvisnost ter učinkovite strategije prilagajanja v spreminjajočih se okoliščinah. Uspešno staranje je dinamičen proces, saj je rezultat razvoja skozi celotni življenjski cikel ter sposobnost rasti in učenja z uporabo izkušenj iz preteklosti, da bi obvladali sedanje okoliščine ter hkrati ohranili realistični občutek samega sebe. V nadaljevanju Bowling in Dieppe (2005, 1550) opozarjata, da je medicinski model uspešnega staranja tako močno prisoten, da se le malo zdravstvenih delavcev zaveda psihosocialnega staranja ter se v glavnem osredotočajo na teme, povezane z fizičnim upadom. Vendar pa obstaja veliko dokazov, da se ljudje dobro počutijo in so srečni kljub bolezni in invalidnosti. Ena prvih definicij uspešnega staranja je »dodati življenju leta« v zadnjem obdobju človekovega življenja, pri čemer je Havighurst (1961, 8) mislil na srečne posameznike, ki uživajo življenje in so zadovoljni z njim. Rowe in Kahn (1997, 433) definirata uspešno staranje s tremi sestavinami: nizka verjetnost bolezni in z boleznijo povezane invalidnosti, visoka kognitivna in fizično funkcionalna sposobnost ter aktivno vključevanje v socialno življenje.

Socialna gerontologija pozna številne teorije staranja, ki proučujejo proces staranja starejših v družbi (Wikipedija 2018b):

- *Teorija dejavnosti*, ki pravi da je samopodoba starejših odvisna od družbenih interakcij. Starejši bi morali nadomestiti izgubljene vloge (primer izgubljene vloge je upokojitev ali izguba partnerja). Aktivnost je bolj zaželjena kot neaktivnost, saj izboljšuje počutje posameznika na več nivojih. Slabost te teorije je, da vsi ne morejo oziroma niso sposobni vzdrževati aktivnega načina življenja zaradi fizičnih omejitev, pomanjkanja ekonomskih sredstev ali pomanjkanja želje. Po drugi strani pa nekateri vztrajajo pri aktivnem življenju, čeprav lahko škoduje njim in ostalim (npr.: vožnja ponoči, opravljanje vzdrževalnih del na hiši kljub fizičnim omejitvam).
- *Teorija umika*, ko se starejši umikajo iz družbenega okolja in odnosov (npr.: upokojitev). Postopno umikanje ohranja socialno ravnotežje in samorefleksijo starejših, ki so osvobojeni družebnih vlog. Na ta način se zagotavlja prenos znanja, kapitala in moči na mlade generacije in se zagotovi, da družba funkcionira naprej.
- *Teorija kontinuitete* je koncept, ki lahko pomeni da se pri prilagajanju odrasli in starejši trudijo ohraniti obstoječe notranje in zunanje strukture, le-to pa se trudijo doseči z uporabo kontinuitete (na poznanih področjih življenja). V zrelih in starejših letih se odrasli poslužujejo preteklih izkušenj in uporabljajo kontinuiteto kot primarno strategijo prilagajanja na spremembe, povezane z normalnim staranjem. Spremembe so del kontinuitete, saj imajo dostop do preteklosti osebe. Kot rezultat lastnih zaznav kakor tudi pritiskov iz okolja, so posamezniki, ki se prilagajajo na normalno staranje, nagnjeni in motivirani k notranji, kakor tudi zunanji kontinuiteti socialnega vedenja in okoliščin.
- *Teorija življenjskega procesa*. Po tej teoriji se staranje dogaja od rojstva do smrti. Staranje vključuje družbene, psihološke in biološke procese. Izkušnje, povezane s staranjem so odvisne od zgodovinskih faktorjev starostnega sloja.
- *Teorija komulativne prednosti/slabosti*. Po tej teoriji imajo neenakosti težnjo, da skozi celoten proces staranja postajajo vse bolj izrazite. Paradigma te teorije se lahko izrazi tudi v reku »bogati postajajo še bogatejši, revni pa revnejši«. Prednosti in slabosti imajo v zgodnjem obdobju življenja velik vpliv na celotno življenje. Prednosti in slabosti v zrelem obdobju življenja, pa imajo neposreden vpliv na ekonomsko in zdravstveno stanje v starejšem obdobju.

Tornstam (2017, 3)⁸² ugotavlja, da je koncept »uspešnega staranja« v gerontologiji še vedno močno priljubljen. Zagovornik tega koncepta je najpogosteje uspešen pripadnik zahodne kulture, belec, srednjih let, srednjega razreda, ki poudarja pomen aktivnosti, produktivnosti, učinkovitosti, individualnosti, neodvisnosti, bogastva, zdravja in družabnosti. Avtor kot alternativo ponuja teorijo o gerotranscendenci, kjer tipični gerotranscendenti posameznik doživlja ponovno opredelitev sebe in odnosov z drugimi in na novo razumeva temeljna eksistencialna vprašanja. Posamezniki posatnejo manj obremenjeni s sabo in bolj selektivni pri izbiri družbenih in drugih aktivnosti. Občutek naklonjenosti do mlajših generacij se povečuje in zmanjšuje zanimanje za nepotrebne družbene interakcije. Želja po materialnih vrednostih se za marsikoga zmanjša in pogosteje se zatekajo v meditacijo v osami. Pozitivna samota jim postane pomembnejša. Pogosto se pojavi občutek kozmične povezanosti z vesoljem, na novo pa se opredelijo čas, prostor, življenje in smrt. Kljub zgoraj citiranemu besedilu po avtorjevih besedah gerotranscendencja ne pomeni opuščanja aktivnosti, kot so menili nekateri kritiki, prav tako ni teorija aktivnosti v novi preobleki, kot so prepričani drugi. Ta teorija po mnenju avtorja opisuje razvojni vzorec, ki presega stari dualizem aktivnosti in neaktivnosti.

2.6 Model izbire, optimizacije in kompenzacije

Baltes (1997, 371) govori o »izboru, optimizaciji in kompenzaciji« (ang.: selection, optimization and compensation – SOC) kot o osnovi razvojne teorije, ki ni edinstvena zgolj za starega človeka, a hkrati neločljivo povezana s kakršnimkoli razvojnimi procesom. V nadaljevanju predstavimo vsak element modela posebej.

Izbira na vseh ravneh vedenja je bistvo katerekoli vedenjske teorije. Izbira je lahko aktivna ali pasivna, notranja ali zunanja, načrtovana ali avtomatična. Pri staranju se izbira nanaša na posledico vse večjih življenjskih omejitev ali na pričakovanja določenih sprememb v osebnem in okoljskem področju. V starosti se spremembe pogosto nanašajo na izgube. Izbira tako omogoča izogibanje določenemu področju v celoti ali pa zgolj omejevanje nalog in ciljev znotraj nekega področja. Prilagodljivost posameznika pomeni, da daje prednost izbiri

⁸² Dr. Lars Tornstam je bil eden začetnikov švedske socialne gerontologije, ki je napisal prvo švedsko doktorsko disertacijo s področja gerontološke sociologije (1973). Na Univerzi v Uppsali je bil pobudnik prve švedske katedre za gerontologijo in enako mu je uspelo tudi med petletnim bivanjem na Danskem, kjer je bil izredni profesor za socialno gerontologijo na Univerzi v Kopenhagenu. Bil je eden izmed vodij švedskega nacionalnega medfakultetnega raziskovalnega programa »Stari v družbi – preteklost, sedanjost in prihodnost«, znotraj katerega se je sam osredotočal na empirične raziskave o fenomenu staranja. Umrli je leta 2016 (Tornstam 2017).

tistih področij, ciljev in nalog, ki vključujejo združevanje zahtev okolja, lastno motivacijo, spretnosti in biološke zmogljivosti. Izbira lahko vključuje tudi nova in spremenjena področja in cilje. Izbira vedno pomeni prilagoditev posameznih ciljev. Je lahko proaktivna ali reaktivna. Lahko vključuje spremembo okolja (preselitev), aktivne vedenjske spremembe (zmanjšanje števila obveznosti) ali pasivno prilagoditev (izogibanju določenih aktivnosti, prepuščanje odgovornosti drugim). Proaktivno pomeni, da se spremlja trenutno delovanje in tako lahko napove določene pričakovane spremembe in izgube v prihodnosti ter se na njih pravočasno ustrezno pripravi. Reaktivna izbira je tista, ki je nepredvidljiva in tako šele nenadne spremembe prisilijo posameznika k izbiri (Baltes in Carstensen 1996, 406–407).

Optimizacija se nanaša na obogatitev in povečanje zalog ali sredstev ter s tem k izboljšanju funkcionalnosti in prilagodljivosti na izbranih življenjskih področjih. Optimizacija se lahko pojavi na obstoječih področjih ali vključuje naložbe v nova področja in cilje. Starejši ljudje imajo načeloma dovolj sredstev in rezerv za optimizacijo, vendar se pogosto srečujejo s preveč zaščitniškim ali pa omejevalnim okoljem, ki zavira optimizacijo. Nobenega dvoma ni, da je proces optimizacije pogojen s spodbujanjem in izboljšanjem okoljskih pogojev (Baltes in Carstensen 1996, 412).

Kompenzacija (nadomestilo) se od izbire razlikuje tako, da se cilj ohranja, vendar se za nadomeščanje pomanjkljivosti uveljavljajo nova sredstva, da se ohrani ali optimizira predhodno delovanje. Nadomestilo, ki je lahko samodejno ali načrtovano, se nanaša na uporabo nadomestnih sredstev za doseg istega cilja oziroma istega rezultata na določenem področju. Če je cilj na področju, ki vključuje veliko število dejavnosti in možnosti dobro načrtovan, oseba ne bo imela veliko težav pri izravnavi ali nadomestitvi določene vedenjske pomanjkljivosti. In obratno, če je pomanjkljivost velika ali so področja in cilji opredeljeni z eno ali malo dejavnostmi, bodo kompenzacijska prizadevanja otežena (Baltes in Carstensen 1996, 409–410).

Rezultati Shang idr. (2015, 1222)⁸³, ki so raziskovali učinek neravnovesja med naporom in nagrado so pokazali, da je visoka stopnja ERI ob nizkem SOC-u močno povezana s simptomi depresije pri zaposlenih. Iz raziskave sledi, da SOC blaži negativne posledice neravnovesja med naporom in nagrado med zaposlenimi.

⁸³ Shang idr. (2015, 1222) so raziskovali učinek neravnovesja med naporom in nagrado (ang. Effort-reward imbalance – ERI) in strategijami izbire, optimizacije in kompenzacije (SOC) na simptome depresije med zaposlenimi na Kitajskem (N = 2.457).

Uporaba modela izbire, optimizacije in kompenzacije (SOC) je zanimiva tudi v okolju zdravstvene nege, kar dokazujejo tudi raziskave. Müller idr. (2012, 5137)⁸⁴ so izhajali iz ugotovitev drugih študij, in sicer, da se delovna sposobnost pri izvajalcih zdravstvene nege s starostjo zmanjšuje in so ugotovili (Müller idr. 2012, 5140-5141), da pri pozitivnem učinku nadzora dela na delovno sposobnost, pomembno posreduje SOC, pri čemer je pri starejših izvajalcih zdravstvene nege ta učinek posredovanja močnejši kot pri mlajših. Rezultati kažejo na medsebojni vpliv nadzora dela in SOC-a, ki pomagata pri vzdrževanju delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege. Starost je pozitivno povezana s SOC, kar kaže na to, da starejši zaposleni poročajo o več SOC-a. Tako lahko starejši izvajalci zdravstvene nege preko SOC-a ohranjajo svoje sposobnosti in kompetence kljub temu, da se soočajo s starostjo povezanimi izgubami.

Von Bonsdorff idr. (2014, 326)⁸⁵ so ugotavljali povezave med modelom izbire, optimizacije in kompenzacije (SOC), organizacijsko pravičnostjo, starostjo in delovno sposobnostjo zaposlenih v svoji raziskavi ter ugotovili, da sta bili starost in delovna sposobnost negativno povezani. Tisti, ki so doživeli visoko organizacijsko pravičnost in uporabili SOC vedenje pri delu, so poročali o boljši delovni sposobnosti. SOC vedenje je vplivalo na odnos med organizacijsko pravičnostjo in delovno sposobnostjo, kar pomeni, da visoka prisotnost organizacijske pravičnosti spodbuja uporabo SOC-a in s tem pomaga zaposlenim pri ohranjanju njihove delovne sposobnosti.

Trening SOC-a, ki naj bi po pričakovanju avtorjev Müller idr. (2015, 3)⁸⁶ imel vpliv na tri učinke, in sicer na psihično dobro počutje zaposlenih, na zaznano vrednost delovne sposobnosti in na izboljšanje nadzora dela, po ugotovitvah avtorjev ni prinesel željenega rezultata, saj niso našli statistično pomembnega vpliva treninga SOC-a na delovno

⁸⁴ V študiji Müller idr. (2012, 5137), v katero je bilo vključenih 438 izvajalcev zdravstvene nege, starih med 21 in 63 let (v povprečju starih 38,5 let), so postavili tri vprašanja: a) Ali strategija uspešnega staranja, ki temelji na izbiri, optimizaciji in kompenzaciji (SOC) na delovnem mestu, podpira delovno sposobnost izvajalcev zdravstvene nege?, b) Ali SOC posreduje v razmerju med nadzorom dela (imeti sposobnost vpliva na dogajanje v delovnem okolju) in delovno sposobnostjo?, c) Ali se to posredovanje razlikuje med starostnimi skupinami?

⁸⁵ V raziskavi von Bonsdorff idr. (2014, 326) so sodelovali izvajalci zdravstvene nege (n = 605), v povprečju stari 43,7 let, v Univerzitetni bolnišnici na Finskem.

⁸⁶ Müller idr. (2015, 1) so pristopili k razvoju, izvedbi in ovrednotenju intervencije na področju zdravja pri delu, ki temelji na modelu izbire, optimizacije in kompenzacije (SOC). S pomočjo izvajalcev zdravstvene nege (n = 70) so izvedli kontroliran poskus, s katerim so s treningom SOC-a skušali vplivati na delovno sposobnost. Trening je bil v osnovi namenjen seznanitvi izvajalcev zdravstvene nege z modelom SOC ter spodbujanju k oblikovanju individualnih strategij za aktivno spoprijemanje z delovnimi pogoji. To naj bi bil po trditvah avtorjev prvi tovrstni eksperiment.

sposobnost. Müller idr. (2015, 8) so sicer ugotovili trend, da je predlagano usposabljanje SOC-a imelo vpliv na duševno blaginjo in izboljšanje nadzora dela, vendar noben učinek ni dosegel statistično značilne ravni pomembnosti. Po ugotovitvah avtorjev se zdi, da SOC izboljša psihično dobro počutje v primeru, ko je nadzor nad delom nizek. Niso pa opazili podpornega učinka treninga SOC-a na dojetje delovne sposobnosti.

Baethge idr. (2016, 545)⁸⁷ ugotavljajo, da ima velika delovna obremenitev vpliv na zdravje zaposlenih ter predstavlja veliko nevarnost za kakovost in uspešnost zdravstvenega varstva. Ugotovili so, da uporaba selektivne optimizacije s kompenzacijo spodbuja delovno uspešnost izvajalcev zdravstvene nege, ki so izpostavljeni visoki stopnji delovnih obremenitev.

V tem kontekstu velja omeniti uporabo SOC-a kot pomoč pacientom, oskrbovancem v domovih za upokojence in drugim, ki se soočajo spremenjenimi okoliščinami in izgubami ter njihovim skrbnikom, da lažje razumejo svoje stranke oziroma ponudijo pomoč na organiziran in sistematičen način. Donnellan (2015) tako izpostavlja uporabo tega modela v geriatrični oskrbi. Avtorica v nadaljevanju ugotavlja, da empirični dokazi v zvezi z uporabo SOC-a v zdravstveni oskrbi, dajejo podporo temu modelu, da služi kot model za razumevanje prilagajanja povezanega z boleznijo.

Model uspešnega staranja, ki so ga prav posebej za izvajalce zdravstvene nege prilagodili Müller idr. (2013) in temelji na modelu izbire, optimizacije in kompenzacije avtorjev Baltes in Baltes (1990), pomembno vpliva na delovno sposobnost zaposlenih. Ta model omogoča posameznikom, da obvladujejo svoje cilje kljub ali celo zaradi izgub in povečane ranljivosti (Baltes in Carstensen 1996, 405). Müller idr. (2013, 1630) so ugotovili, da ima uporaba prilagojenega modela izbire, optimizacije in kompenzacije, pozitivne učinke na delovno sposobnost izvajalcev zdravstvene nege, in sicer je ta vpliv močnejše izražen pri starejših izvajalcih zdravstvene nege. Ta konkretni primer je pomemben tudi v našem primeru, saj smo za izvajalce zdravstvene nege prilagojeni model SOC Müller idr. (2013) uporabili tudi v naši raziskavi.

⁸⁷ Baethge idr. (2016, 545) so v raziskavi med izvajalci zdravstvene nege (n = 136) v 10 nemških bolnišnicah želeli preveriti, ali je selektivna optimizacija s kompenzacijo primerna za individualne akcijske strategije izvajalcev zdravstvene nege, ki želijo ohraniti delovno uspešnost pod veliko delovno obremenitvijo.

2.7 Ocena dosedanjih raziskovanj na obravnavanem področju

Raziskovalci, ki so proučevali in raziskovali uspešno staranje, so izbirali različne definicije tega pojma in različne spremenljivke, s katerimi so želeli izmeriti uspešno starost posameznikov in so gradniki njihovih modelov. V nadaljevanju navajamo raziskave in spremenljivke uspešnega staranja, ki so jih avtorji raziskav uporabljali v svojih raziskavah.

Britton idr. (2008, 1102)⁸⁸ so dejavnike uspešnega staranja oblikovali v štiri skupine: socialno ekonomski položaj, zgodnježivljenjski dejavniki, zdrav življenjski slog in psihosocialni dejavniki.

Štirifaktorski model uspešnega staranja Lee idr. (2011, 210)⁸⁹ je vseboval naslednje dejavnike uspešnega staranja: fizična, psihična in socialna podpora ter pristočasne aktivnosti.

Osnovne spremenljivke uspešnega staranja v raziskavi Cheung in Wu (2012, 449)⁹⁰ so bile: prilagodljivost in zdravje, pozitiven odnos, osebna varnost, poklicna rast in usmerjenost k ciljem.

Model uspešnega staranja Gureje idr. (2014, 836)⁹¹ so definirale tri spremenljivke: odsotnost kroničnih bolezni, funkcionalna neodvisnost in zadovoljstvo z življenjem.

Predvidene spremenljivke v raziskavi, ki so jo izvedli Tovel in Carmel (2014, 255-258)⁹² so bile: spremembe v zdravju/funkcioniranju, obvladovanje virov in obvladovanje vzorcev.

⁸⁸ Britton idr. (2008, 1098) so v Londonu izvedli longitudinalno raziskavo, v katero so med leti 1985 in 1988 zajeli 4.140 moških in 1.823 žensk (povprečna starost je bila 44 let, v razponu od 35 do 55 let), v 12 državnih storitvenih sektorjih, pri katerih ni bilo izražene večje bolezni. Študijo so spremljali 17 let, z namenom oceniti uspešno staranje.

⁸⁹ Lee idr. (2011, 210) so z raziskavo v Tajvanu (n = 312) med udeleženci, starimi 65 let in več preverjali model uspešnega staranja in proučevali razlike med spoloma v procesu staranja.

⁹⁰ Cheung in Wu (2012, 449) sta iskala povezave med dejavniki uspešnega staranja med starejšimi zaposlenimi Kitajci v Hong Kongu, starimi 40 let in več in dvema stresorjema, povezanima z delom (konflikt delo–družina in diskriminacija starejših zaposlenih).

⁹¹ Gureje idr. (2014, 836) so v študiji (N = 2,149; n = 930), ki je bila izvedena v Nigeriji med leti 2003 in 2009 proučevali uspešno staranje pri populaciji, stari 65 let in več.

⁹² Tovel in Carmel (2014, 255–258) so pri starejših Izraelcih, starih 75 let in več, ki nimajo omejitev pri izvajanju dnevnih aktivnosti ter živijo kot stanovalci v enostanovanjski skupnosti (n = 262) proučevali kako obvladovanje virov (samoučinkovitost, socialna podpora) in obvladovanje vzorcev (reaktivno in proaktivno) vpliva na uspešno staranje, ko se je že pojavil upad zdravja in funkcioniranja.

Ugotovili so, da samoučinkovitost in socialna podpora pozitivno vplivata na uspešno staranje ob že prisotnih spremembah v smislu zdravja in funkcioniranja.

Martin idr. (2015, 163) ugotavljajo, da se starajoče družine vse bolj soočajo z neobičajnimi in s staranjem, povezanimi izzivi. Na osnovi pregleda literature o uspešnem staranju in prilagodljivost družin na izzive, povezane s staranjem, so avtorji izpostavili tri ključne konstrukte, povezane z uspešnim staranjem družin, ki so v pomoč starejšim in njihovim družinam: fleksibilnost, socialna podpora in duhovnost/religioznost. Fleksibilnosti (Martin idr. 2015, 166–168) številni avtorji v literaturi dajejo posebno mesto in je pomemben napovednik zadovoljstva z življenjem v poznem življenjskem obdobju. Fleksibilnost v starajoči družini pomeni sposobnost se soočiti s kriznimi situacijami in sprejemnjem ter prilagajanjem le-tem. Prav tako pomeni soočanje z izgubo (npr. izguba bližnjega, izguba kognitivne sposobnosti idr.) in funkcionalnim upadom. Socialna podpora (Martin idr. 2015, 169–170) ima po mnenju številnih raziskav pozitivne učinke na družino. Družine, ki poročajo o višji ravni socialne podpore, imajo višjo stopnjo povezanosti in se lažje prilagajajo izzivom. Prav tako ima socialna podpora neposredno povezavo z zdravstvenim stanjem, saj izboljša fizično in psihično zdravje ter kognitivno delovanje. Notranja socialna podpora je povezana s sposobnostjo ustvarjanja močnih sorodstvenih vezi. Duhovnost/religioznost (Martin idr. 2015, 172–173) je v relevantni literaturi opisana kot ključni dejavnik družinske fleksibilnosti. Med drugim zagotavlja medgeneracijsko stabilnost, občutek skupnih vrednot med člani družine ter občutek povezanosti z nečim izven sebe. Je pomemben dejavnik obvladovanja ob izgubi in ima vpliv na zdravje, predvsem na psihično dobro počutje. Aktivno delovanje v verski skupnosti zagotavlja tudi višjo stopnjo socialne podpore in je lahko povezana tudi z družinsko odpornostjo.

Raziskava Gopinath idr. (2018, 4)⁹³ je pokazala, da ima višja raven telesne aktivnosti vpliv na uspešno staranje, saj poveča verjetnost preživetja dodatnih 10 let življenja brez kroničnih bolezni, kognitivnih motenj in funkcionalne oviranosti. Status uspešnega staranja je bil določen z naslednjimi komponentami: odsotnost simptomov depresije, invalidnosti, kognitivnih motenj, respiratornih simptomov in sistemskih obolenj (npr.: rak, koronarna srčna bolezen).

⁹³ Gopinath idr. (2018, 1) so proučevali časovno povezanost med telesno aktivnostjo in uspešnim staranjem. V analizah je sodelovalo 1584 odraslih, starih 49 let, ki v izhodišču niso imeli raka, koronarne bolezni in kapi. Udeležencem raziskave so sledili več kot 10 let in ugotovili, da se je 10 let pozneje 15,7 % udeležencev raziskave staralo uspešno.

Parish idr. (2019, 23) ugotavljajo, da imajo kultura, znanje in stereotipi o staranju vpliv na dojetje staranja. Odrasli ljudje izbirajo individualne prednostne naloge, pri katerih podzavestno določijo, kateri vidiki staranja so pod nadzorom. Ko zaznajo, da lahko nadzorujejo posamezen vidik staranja in kadar je le-ta pomemben za njih, prilagodijo svoje vedenje za doseg cilja. In obratno, ko menijo, da vidika staranja ni mogoče nadzorovati ali je le-ta za njih nepomemben, si prizadevajo za sprejetje tega dejstva. V nadaljevanju Parish idr. (2019, 23) ugotavljajo, da se zavestne in podzavestne odločitve posameznikov, ki se nanašajo na obvladovanje posameznih vidikov staranja, lahko spreminjajo skozi čas. V zvezi z dojetjem staranja se prednostne naloge razlikujejo in odražajo pomembne vrednote posameznika, kot so: duhovnost in religioznost, socializacija in družbena vključenost, skrb za zdravo življenje (telesna vadba, prehrana in spanje).

Mnogi starejših poroča o uspešnem staranju ne glede na objektivno zdravstveno stanje. Tkatch idr. (2017, 485)⁹⁴ ugotavljajo, da je v kontekstu uspešnega staranja pomembno posameznikovo dojetje zdravja in ne le število bolezni, ki ga pestijo. Njihova analiza je pokazala na pet tem: nepovezanost med objektivnim in subjektivnim zdravjem, zdravje je opredeljeno z vključenimi psihološkimi in socialnimi komponentami, odpornost in mehanizmi obvladovanja so značilni za uspešno staranje, socialno podpora je vključena v zdravje in zelo pomembno je ohranjanje funkcioniranja. Ti rezultati po mnenju avtorjev kažejo na pomembnost individualne percepcije zdravja v nasprotju s številom kroničnih bolezni. Številni se z več zdravstvenimi težavami še vedno dojemajo kot zdravi in se starajo bolj uspešno, kot se s klinične perspektive zdi in obratno. Izkazalo se je, da objektivno zdravi udeleženci raziskave niso tako zdravi, kot so mislili v začetku.

Bosnes idr. (2019, 1)⁹⁵ ugotavljajo, da ima življenjski slog v srednjih letih življenja vpliv na uspešno starost. Uspešna starost je bila opredeljena kot enotna kategorija ali kot tri posamezne komponente: brez določenih devetih bolezni in depresije, brez fizične in kognitivne okvare in aktivna vključenost v življenje. Napovedovalci v srednjem življenjskem obdobju so bili (kajenje, fizična aktivnost, uživanje alkohola, debelost in

⁹⁴ Tkatch idr. (2017, 485) so opravili kvalitativno študijo (n = 32), in sicer z namenom bolje razumeti, kako starejši v celotnem spektru opisujejo svoje dojetje zdravja. Udeleženci so bili razvrščeni v tri kategorije glede na zdravstveni status: zdravi in aktivni, obvladujejo bolezni ali so zelo bolni in dobro razumejo kako definirati zdravje in ga vzdrževati.

⁹⁵ Glavni cilj raziskave Bosnes idr. (2019, 1) je bil raziskati vpliv dejavnikov iz srednjega življenjskega obdobja na uspešno staranje čez 20 let. Raziskava temelji na populaciji iz zdravstvene raziskave Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) s povprečnim spremljanjem 22,6 let (n = 4497; povprečna starost v izhodišču 52,7 let). Vključeni so bili posamezniki, ki v izhodišču niso imeli večje bolezni.

socialna podpora) združeni in analizirani kot enotna kategorija in kot posamezne komponente. Uspešno staranje kot enotna kategorija je bilo povezano z vsemi dejavniki življenjskega sloga, razen z uživanjem alkohola in prav tako z vsemi posameznimi kategorijami, razen z uživanjem alkohola. Nekajenje in dobra socialna podpora v srednjih letih sta bila najmočnejša napovedovalca za uspešno staranje kot enotna kategorija.

Nebiomedicinski konstrukt uspešnega staranja sta na osnovi pregleda člankov ($n = 35$), ki so vključevali modele uspešnega staranja pri odraslih, oblikovali Carver in Buchanan (2016, 1625)⁹⁶, in sicer vključenost, optimizem in/ali pozitiven odnos, vzdržljivost, duhovnost in/ali religioznost, samozadostnost in/ali samospoštovanje ter gerotranscendenco. Avtorici v nadaljevanju opozarjata, da so nemedicinske komponente uspešnega staranja pogosto spremenljive in je nanje mogoče vplivati z različnimi programi namenjenimi izboljšanju le-teh. Tako je posledično z njimi možno izboljšati kvaliteto življenja ali celo izboljšati izide zdravljenja.

Lin idr. (2016, 1) menijo, da je eden od dejavnikov za doseganje uspešnega staranja ohranjanje visoke stopnje fizične sposobnosti. Uspešno staranje so Lin in drugi (2016, 4)⁹⁷ definirali kot popolno neodvisnost pri izvajanju dnevnih aktivnosti (ADL) in IADL (ang. Instrumental Activities of Daily Living Scale), odsotnost kognitivne prizadetosti (ang. Mini-Mental State Examination (MMSE) ≥ 24), simptomov depresije (ang. Geriatric Depression Scale (GDS) < 5) ter zadovoljivo socialno delovanje (SF subscale ≥ 80 in SF-36). Kot je razvidno, so avtorji v raziskavi uporabili že uveljavljene merske instrumente.

Bowling in Dieppe (2005, 1549) navajajo rezultate raziskave opravljene v okviru Nacionalnega statističnega urada o dožemanju uspešnega staranja med 854 naključnimi osebami, starimi 50 let in več ter živečimi v Veliki Britaniji. Kar 75,0 % jih je ocenilo, da se uspešno starajo (prevladovali so odgovori zelo dobro in dobro). Kot dejavnike, ki vplivajo na uspešno staranje, so najpogosteje izpostavili dobro zdravje, psihološke dejavnike, družbeno vlogo in aktivnosti, finance, socialne odnose ter bližnjo okolico (sosesčino).

⁹⁶ Carver in Buchanan (2016, 1623) sta opravili pregled člankov v angleškem jeziku, objavljenih med leti 2006 in 2015 ter so v svoji vsebini ponujali raziskave v povezavi z uspešnim staranjem starejših oseb.

⁹⁷ Namen raziskave Lin idr. (2016, 1), izvedene med tajvanskimi starejšimi odraslimi starimi 65 letin več ($n = 378$), ki bivajo v skupnosti, je bil določiti fizične dejavnike povezane z uspešnim staranjem. V raziskavi so uporabili več uveljavljenih merskih instrumentov.

Po mnenju sodelujočih v raziskavi avtorjev Nimrod in Ben-Shem (2015, 814)⁹⁸, je uspešno staranje pozitiven izid pridobitev in prizadevanj skozi celotno življenje, torej gre za vseživljenjski proces. Raziskava je prinesla tri ključne ugotovitve, in sicer naložbe v zgodnja obdobja odraslosti se izplačajo (npr.: naložbe v življenjski slog; naložbe v razmerja – zakonska, družinska in prijateljska; naložbe v materialne dobrine itd.), vzdrževati kvaliteto iz zgodnjega obdobja oziroma prizadevati si za ohranitev kontinuitete kljub spremembam in izgubam, (npr.: vzdrževanje dobrega zdravja, preprečevanje bolezni, prilagoditve za starost), pomembni so tudi individualni notranji dejavniki (npr.: pozitivno razmišljanje, optimizem, sprejetje, vera, duhovnost, živeti v sedanjosti), ki so ključni pri strategijah uspešnega obvladovanja sprememb in izgub, povezanih s staranjem.

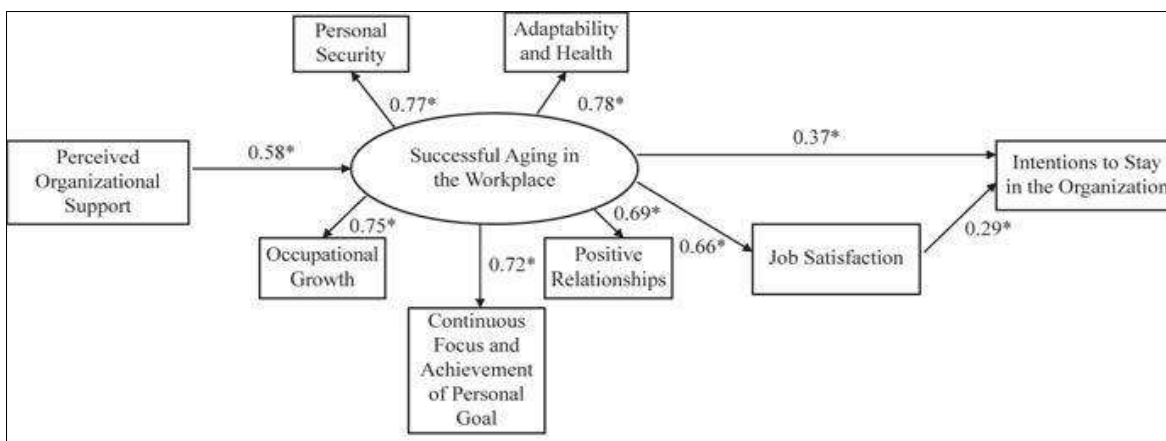
Pruchno (2015, 3) svoje razmišljanje usmerja v prihodnost. Nekateri avtorji namreč predlagajo, da se koncept uspešnega staranja opusti ter opozarjajo na družbene neenakosti in težave, povezane z etiketiranjem posameznika kot osebo, ki se neuspešno stara. Zato predlagajo alternativne oznake, kot so »zdravo«, »pozitivno«, »aktivno«, »produktivno« in »učinkovito« staranje. Ti izrazi, ki nimajo tako dolge zgodovine, kot jo ima uspešno staranje, se prav tako soočajo s podobnimi konceptualnimi in metodološkimi omejitvami. Množični mediji so fascinirani nad temo uspešnega staranja in nasveti za doseg le-tega. Za gerontologe bi bilo neodgovorno opustiti koncept uspešnega staranja. Skoraj tri desetletja po objavi prvega članka Rowe in Kahna je za gerontologe nujna uporaba konceptualne in empirične baze znanja, ki trenutno obstaja, da bi dosegli soglasje o tem, kaj je uspešno staranje in kako ga meriti. Temu cilju se je potrebno približati tudi, če meritve ne bodo popolne in bodo vsaj primerljive. Pri tem je potrebno vztrajati, saj nam bo to pomagalo izvedeti, kako posamezniki doživljajo uspešno staranje ne glede na njihove zdravstvene in socialne razmere. Nenazadnje bomo s poglobljenim razumevanjem uspešnega staranja v močnejšem položaju, da razvijemo intervencije, ki bodo posameznikom omogočile, da bodo uspešni. Baby boom generacija spreminja akademsko zanimanje za uspešno staranje v javno politične zahteve. Zdaj bolj kot kadarkoli je ključnega pomena razviti znanost, ki omogoča ljudem doživeti najboljšo možno starost (Gerontologist 2015, 3).

Največ modelov uspešnega staranja se nanaša na obdobje po upokojitvi. Vse bolj pa postajajo aktualni modeli uspešnega staranja na delovnih mestih, saj se upokojitvena starost povišuje.

⁹⁸ Nimrod in Ben-Shem (2015, 814) so s pomočjo študentov opravili razgovor z 207 osebami, starimi med 65 in 92 let in sodelujoče prosili za nasvet o tem, kako doseči uspešno staranje.

Eden od modelov, ki se nanaša na uspešno staranje na delovnem mestu so testirali Cheung in Wu (2013, 654)⁹⁹. Raziskava je pokazala, da so zaznana organizacijska podpora in vseh pet dimenzij uspešnega staranja (prilagodljivost in zdravje, pozitivni odnos, poklicna rast, osebna varnost in trajna osredotočenost na cilje), pomembno povezani z namero ostati v organizaciji (Slika 6).

Slika 6: Končni model uspešnega staranja v odnosu do namere ostati v organizaciji, med starejšimi zaposlenimi



Vir: Cheung in Wu 2013, 654.

Avtorji Cheung in Wu (2013, 645) navajajo, da gre v tem primeru za prvo empirično študijo, ki preizkuša odnos med uspešnim staranjem na delovnem mestu in namero ostati, med starejšimi zaposlenimi.

Wargo-Sugleris idr. (2018, 900)¹⁰⁰ ugotavljajo, da sta okolje zdravstvene nege in uspešno staranje pomembni področji, ki vplivata na zadovoljstvo zaposlenih in posledično kasnejše upokojevanje izvajalcev zdravstven nege. Raziskava je vključevala naslednje determinante: zadovoljstvo z delom, delovno okolje, uspešno staranje in individualne karakteristike posameznika.

⁹⁹ Osnovni namen raziskave Cheung in Wu (2013, 645) je bil na vzorcu starejših zaposlenih (n = 242, starih 45 let in več) proučiti povezave med zaznano organizacijsko podporo, uspešnim staranjem na delovnem mestu, zadovoljstvom pri delu in namero ostati v organizaciji.

¹⁰⁰ Wargo-Sugleris idr. (2018, 900) izvedejo kvantitativno raziskavo, saj želijo določiti povezavo med zadovoljstvom z delom, delovnim okoljem in uspešnim staranjem ter kako se ti trije dejavniki nanašajo na namero upokojiti se. V presečno študijo so bili vključeni izvajalci zdravstvene nege v akutni oskrbi (n = 2.789, starih 40 let in več, na Floridi). Zelo visok odstotek (81,0 %) sodelujočih je poročal o odličnem ali dobrem zdravju.

Maatouk idr. (2018, 11–12)¹⁰¹ so ugotavljali, ali ima promocija uspešnega staranja vpliv na izboljšanje psihičnega zdravja povezanega z delom pri izvajalcih zdravstvene nege. Rezultati usposabljanja so dali majhne, a pomembne razlike med intervencijsko in kontrolno skupino pri izboljšanju z duševnim zdravjem povezane kvalitete življenja in vznemirjenosti. Niso pa bile ugotovljene razlike med skupinama, ki se nanašajo na dobro počutje, simptome depresije in tesnobe ter rezultate merjenja delovne zmožnosti in nadzora nad delom.

¹⁰¹ Namen randomizirane kontrolirane multicentrične študije Maatouk idr. (2018, 1) je bil oceniti učinkovitost promoviranja uspešnega staranja na delovnem mestu pri starejših izvajalcih zdravstvene nege (n = 115, starih 45 let), ki so bili vključeni v manjše skupine, ki so imele 7 srečanj po 120 min. Merila za izključitev iz študije so bila: vodstveni delavec oz. položaj, poklicna invalidnost, kognitivne okvare in resne fizične ali fizične bolezni.

3 RAZISKOVALNI DEL

V raziskavi, ki je bila izvedena v letu 2016, sta bila uporabljena dva merska instrumenta namenjena dvema ciljnim skupinama v zdravstveni negi v bolnišnični dejavnosti na sekundarnem nivoju.

3.1 Namen in cilji raziskovanja

Osnovni namen doktorske disertacije, ki smo ga zastavili v uvodu je predstaviti model uspešnega staranja izvajalcev zdravstvene nege, starih 50+ v bolnišnični dejavnosti na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Z raziskavo smo sledili naslednjim ciljem:

1. Analizirati stanje in delež zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege, starih 50+ na področju bolnišnične dejavnosti v Sloveniji.
 - Prikazati značilnosti zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti in izpostaviti najbolj stresna delovna mesta.
 - Prikazati področje, organizacijo in pogoje dela zaposlenih v zdravstveni negi, starih 50+ v bolnišnični dejavnosti.
 - Ugotoviti in predstaviti dejavnike tveganja, ki so jim izpostavljeni zaposleni v starostni kategoriji 50+ na področju zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti.
2. Izračunati oceno delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege v starostni kategoriji 50+ v proučevanih delovnih organizacijah.
3. Ugotoviti pogled srednjega managementa na izvajalce zdravstvene nege 50+ v proučevanih delovnih organizacijah.
4. Ugotoviti, kakšnim dejavnikom tveganja so izpostavljeni izvajalci zdravstvene nege 50+ v proučevanih delovnih organizacijah in na katerih delovnih področjih je to bolj izrazito.
5. Ugotoviti, s kakšnimi zdravstvenimi težavami se srečujejo izvajalci zdravstvene nege 50+ v proučevanih delovnih organizacijah.
6. Ugotoviti morebitno razliko v percepciji trenutne situacije v delovnem okolju zdravstvene nege med srednjim managementom proučevanih organizacij in izvajalci zdravstvene nege 50+.

7. Definirati koncept »uspešnega staranja« zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskem prostoru. Oblikovati model uspešnega staranja v zdravstveni negi, v katerem ima ključno vlogo socialni gerontolog.
8. Na podlagi pregleda teorije in opravljene raziskave identificirati dejavnike, ki vplivajo na oblikovanje modela za uspešno staranje zaposlenih na področju zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti.

3.2 Raziskovalne hipoteze, raziskovalna vprašanja

V doktorski disertaciji smo izpostavili šest raziskovalnih vprašanj (v nadaljevanju RV):

RV1: Kolikšen delež izvajalcev zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti ima zdrav življenjski slog?

RV2: Katera so najbolj obremenjujoča delovna področja za izvajalce zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti?

RV3: Kolikšen delež med zaposlenimi v zdravstveni negi 50+ v bolnišnični dejavnosti oboleva zaradi bolezni kostno-mišičnega sistema v primerjavi z drugimi zdravstvenimi težavami, o katerih še poročajo?

RV4: Kateri so problemi, ki izhajajo iz organizacije dela in se zaradi njih izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti poslužujejo lastnih prilagoditvenih strategij?

RV5: Katere so najpogostejše prilagoditvene strategije izvajalcev zdravstvene nege 50+?

RV6: Kašne so razlike v naklonjenosti spremembam v smislu ukrepov za humanizacijo dela med srednjim managementom in izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti?

Skladno z raziskovalnim problemom in raziskovalnimi vprašanji smo oblikovali pet hipotez (v nadaljevanju H):

H1: Večina zaposlenih v zdravstveni negi, starih 50+ v bolnišnični dejavnosti nima zdravega življenjskega sloga.

H2: Obremenitve zaposlenih v zdravstveni negi, starih 50+ v bolnišnični dejavnosti se razlikujejo glede na področje dela.

H3: Obstaja povezava med pogoji dela in kostno-mišičnimi obolenji med izvajalci zdravstvene nege, starimi 50+ v bolnišnični dejavnosti.

H4: Izvajalce zdravstvene nege, stare 50+ v bolnišnični dejavnosti obremenjujejo problemi, ki izhajajo iz organizacije dela, zato se poslužujejo lastnih prilagoditvenih strategij.

H5: Med srednjim managementom in izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti obstajajo razlike v naklonjenosti spremembam v smislu ukrepov za humanizacijo dela, upoštevajoč potrebe starejših na področju zdravstvene nege.

3.3 Raziskovalna metodologija

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Izvedena je bila kvantitativna metoda raziskovanja, ki je potekala od aprila 2016 do decembra 2016. Za sodelovanje v raziskavi je podalo soglasje 13 nagovorjenih bolnišnic (splošnih in specializiranih) od skupno 21, ki so po podatkih NIJZ (2018a, 8–6) v letu 2016 delovale v Sloveniji. V raziskavi sta bili zajeti dve ciljni skupini, in sicer predstavniki srednjega managementa v zdravstveni negi ter izvajalci zdravstvene nege 50+. Osnovo za raziskavo sta predstavljala dva merska instrumenta zaprtega tipa, za vsako ciljno skupino posebej. Po pisni ali ustni odobritvi za izvedbo raziskave, smo se v posamezni bolnišnici osebno oglasili ter predali ustrezno število anketnih vprašalnikov odgovorni osebi, ki je poskrbela, da jih predstavniki obeh ciljnih skupin dobijo v roke. Anketiranje je potekalo anonimno in je temeljilo na prostovoljni participaciji sodelujočih v raziskavi. Odvisno od odločitve posamezne bolnišnice smo vprašalnike prevzemali osebno ali so nam jih posredovali po klasični pošti v zaprti kuverti.

Podatke iz anketnih vprašalnikov smo vnesli in obdelali s statističnim paketom SPSS 22.0. Rezultate smo prikazali v obliki tabel in grafov.

3.3.2 Opis instrumentov

Za potrebe raziskave sta bila oblikovana in uporabljena dva merska instrumenta za dve ciljni skupini. Oba vprašalnika sta bila zaprtega tipa.

Anketni vprašalnik_1 (Priloga A) je bil namenjen srednjemu managementu v proučevanih zdravstvenih organizacijah. Vprašalnik je vseboval vprašanja in trditve, s pomočjo katerih bo možno ugotoviti vodstveni pogled in pripravljenost na prihajajočo demografsko strukturo svojih podrejenih. Osredotočili smo se na:

- demografske podatke. Pod točko 1.1 so sodelujoči v raziskavi navedli doseženo stopnjo izobrazbe, pod točko 1.2 skupno delovno dobo, pod točko 1.3 skupni čas na vodstvenem položaju, pod točko 1.4 področje dela, na katerem imajo vodilno funkcijo;
- strukturo zaposlenih v zdravstveni negi v proučevani delovni enoti. Sodelujoče v raziskavi prosimo, da najprej vpišejo število vseh zaposlenih v njihovi delovni enoti, in sicer ločeno po spolu, nato še število vseh starih 50+, prav tako ločeno po spolu;
- značilnosti starejših zaposlenih v zdravstveni negi. Pri točkah 3.1 in 3.3 smo sodelujočim v raziskavi postavili vprašanje iz ankete Evropske javnomnenjske raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu (EU-OSHA 2013). Pri točki 3.2 so sodelujoči v raziskavi navedli lastno definicijo starejšega zaposlenega, pri točki 3.4 smo želeli, da so se sodelujoči v raziskavi opredelili glede lastnosti starejših zaposlenih;
- delovno okolje in organizacija dela. V poglavju 4 so sodelujoči v raziskavi ocenjevali možnosti, ki jih imajo njihovi podrejeni v organizaciji dela;
- dejavniki tveganja, povezani z delovnim mestom. Pri točki 5.1 so sodelujoči v raziskavi ocenjevali, v kolikšni meri so prisotni dejavniki tveganja za zaposlene izvajalce zdravstvene nege v njihovi delovni enoti. Pri točki 5.2 pa so ocenjevali, katera starostna kategorija znotraj posameznega poklica spada v rizično skupino za poklicna tveganja;
- izboljšave organizacije dela in delovnih pogojev. V poglavju 6.1 so sodelujoči v raziskavi podali strinjanje s predlogi za reorganizacijo delovnega okolja. Pri vprašanju pod točko 6.2 so se opredelili, ali lahko predloge pod točko 6.1, uvedejo tudi v svoji delovni enoti. Pod točko 6.3 so sodelujoči v raziskavi ocenjevali izvedljivost predlaganih ukrepov za reorganizacijo delovnih pogojev iz točke 6.1;
- zdravstveno stanje zaposlenih, s katerim smo želeli pri točki 7.1 dobiti oceno zdravstvenih težav, ki jih srednji management zaznava pri svojih podrejenih. Pri točki 7.2 so sodelujoči v raziskavi odgovarjali na vprašanje: Ali so zaposleni po

dopolnjenem 50 letu starosti pogosteje odsotni zaradi zdravstvenih težav kot pred tem?

Anketni vprašalnik_2 (Priloga B) je namenjen izvajalcem zdravstvene nege, 50+ v proučevanih zdravstvenih organizacijah. Osredotočili smo se na:

- demografske podatke (spol, starost, stopnja izobrazbe, skupna delovna doba, in zakonski stan);
- podatke o poklicu in področju dela. Pod točko 2.1 so sodelujoči v raziskavi navedli poklic, ki ga trenutno opravljajo, pri točki 2.2 področje dela, točki 2.3 delovni čas in točki 2.4 obliko dela, v katero so bili razporejeni v času izvedbe raziskave;
- oceno delovnega mesta. Pri točki 3.1. smo uporabili vprašanje iz standardiziranega vprašalnika Work Ability Index – WAI, kratke verzije (WAI-Netzwerk Deutschland 2015a in 2015b). Pri točki 3.2 nas je zanimalo, ali sodelujoči v raziskavi menijo, da so njihova delovna mesta primerna za starejše zaposlene;
- oceno trenutnega splošnega zadovoljstva sodelujočih v raziskavi;
- oceno trenutne delovne sposobnosti. Pri točki 5.1 so sodelujoči v raziskavi ocenjevali svojo trenutno delovno sposobnost od 0 do 10 s pomočjo standardizirane skale iz vprašalnika WAI. V poglavju 5.2 so sodelujoči v raziskavi ocenjevali svojo delovno sposobnost glede na zahteve dela, pri čemer smo uporabili vprašanje iz vprašalnika WAI;
- trenutne zdravstvene in druge težave. Vprašanja 6.1, 6.3, 6.4, 6.6 in 6.7 izhajajo iz vprašalnika WAI. Pod točko 6.2 so se sodelujoči v raziskavi opredelili glede prisotnosti z zdravjem, načinom dela in načinom življenja povezanih težav v zadnjih 12 mesecih. Pri točki 6.5 so odgovarjali na vprašanje, ali so po 50. letu več odsotni iz dela zaradi bolezni kot pred tem;
- organizacijo dela. Prvo vprašanje v tem sklopu (7.1) se je nanašalo na oceno organiziranosti delovnega procesa in vprašanje 7.2 na oceno lastnega ravnanja pri doseganju ciljev na delovnem mestu. Uporabili smo vprašalnik »Selection, optimisation in compensation – SOC« lestvico, prirejeno za področje zdravstvene nege, avtorjev Müller idr. (2013);
- pogoje dela. Sodelujoči v raziskavi so ocenjevali pogostost negativnih vplivov delovnega mesta (točka 8);

- varnost in zdravje pri delu. V tem sklopu so sodelujoči v raziskavi ocenjevali morebitna tveganja za zdravje, ki izhajajo iz delovnega mesta (točka 9);
- pogled v prihodnost. V tem sklopu smo želeli izvedeti, kako sodelujoči v raziskavi vidijo svojo prihodnost na delovnem mestu (točka 10);
- možnosti za izboljšave delovnih pogojev. Pri točki 11.1 je bilo navedenih 10 predlogov za reorganizacijo delovnega okolja. V sklopu 11.2 nas je zanimalo ali sodelujoči v raziskavi menijo, da obstajajo pogoji za implementacijo predlaganih rešitev iz točke 11.1. V sklopu 11.3 so sodelujoči v raziskave podali svoje mnenje na vprašanje, ali management prilagaja organizacijo dela potrebam starejšim zaposlenim. Z vprašanjem 11.4 smo želeli izvedeti, ali bi sodelujoči v raziskavi ostali na delovnem mestu tudi po doseg upokojitvene starosti.

3.3.3 Opis vzorca

Z obema raziskavama smo se osredotočili na zdravstvene organizacije na sekundarni ravni, ki so organizirane kot bolnišnična dejavnost in po svojem namenu delovanja spadajo med splošne in specialne. V raziskavo (anketni vprašalnik_1) smo zajeli populacijo srednjega managementa v zdravstveni negi v proučevanih zdravstvenih organizacijah v Sloveniji. V zdravstveni negi manager na srednji ravni organizira, vodi, koordinira in nadzira delo službe zdravstvene nege. Srednji management predstavlja glavna medicinska sestra samostojne organizacijske enote, ki vodi in odgovarja za zdravstveno nego in oskrbo v njej (Lorber 2010, 8). Pogoji za vključitev v raziskavo je bil, da ima srednji management v proučevanih zdravstvenih organizacijah v svojih delovnih enotah zaposlene izvajalce zdravstvene nege. Tisti del populacije srednjega managementa v proučevanih zdravstvenih organizacijah, ki v svojih vrstah nima zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege 50+, ni bil vključen v raziskavo. Podatke o številu sodelujočih v obeh raziskavah predstavlja Tabela 11.

Tabela 11: Število sodelujočih v raziskavi iz skupine srednjega managementa in skupine izvajalcev zdravstvene nege 50+

Zap. št.	Ustanova	Srednji management v zdravstveni negi (anketni vprašalnik_1)		Izvajalci zdravstvene nege 50+ (anketni vprašalnik_2)	
		Frekvenca	Odstotek %	Frekvenca	Odstotek %
1	Splošna bolnišnica Murska Sobota	15	16,9	86	19,9
2	Psihiatrična bolnišnica Idrija	5	5,6	19	4,4
3	Splošna bolnišnica Brežice	6	6,7	14	3,2
4	Splošna bolnišnica Celje	12	13,5	98	22,6
5	Splošna bolnišnica Izola	3	3,4	9	2,1
6	Bolnišnica Topolšica	5	5,6	10	2,3
7	Splošna bolnišnica Ptuj	9	10,1	44	10,2
8	Splošna bolnišnica Novo mesto	10	11,2	55	12,7
9	Splošna bolnišnica Jesenice	2	2,2	16	3,7
10	Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	6	6,7	37	8,5
11	Bolnišnica za gin. in porodništvo Kranj	3	3,4	9	2,1
12	Ortopedska bolnišnica Valdoltra	6	6,7	19	4,4
13	Psihiatrična bolnišnica Ormož	7	7,9	17	3,9
	n	89		433	
	odstotek		100,0		100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Z anketnim vprašalnikom_1 smo nagovorili srednji management v zdravstveni negi v proučevanih zdravstvenih organizacijah. Tabela 11 prikazuje, da se je za sodelovanje v raziskavi odločilo 89 nagovorjenih vodij zdravstvene nege, ki spadajo v kategorijo srednjega managementa iz 13 bolnišnic v Sloveniji. Rezultate prikažemo v obliki frekvenc (f), odstotka frekvenc (f %), aritmetične srednje vrednosti (M) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov.

Tabela 12: Demografski podatki sodelujočih v raziskavi s področja srednjega managementa (anketni vprašalnik_1)

Demografski podatki		f	f (%)	M	Min	Max
delovna doba				25,29	7	39
čas na vodstveni funkciji				9,37	1	36
izobrazba	višješolska	8	9,0			
	višješolska s specializacijo	1	1,1			
	visoka strokovna	57	64,0			
	univerzitetna (2. bol. st.)	21	23,6			
	znanstveni magisterij	2	2,2			
področje dela	perioperativna ZN	5	5,6			
	hospitalna ZN	45	50,6			
	management	1	1,1			
	psihiatrična ZN	11	12,4			
	spec. amb. in dispanz. dej.	6	6,7			
	sterilizacija	4	4,5			
	intenzivna ZN	11	12,4			
	ZN v urgentni dejavnosti	2	2,2			
	drugo	4	4,5			

Legenda: ZN – zdravstvena nega.

Vir: Lastna raziskava 2016.

Tabela 12 prikazuje, da vzorec srednjega managementa predstavljajo anketiranci, ki imajo v povprečju 25,3 leta delovne dobe ter so v povprečju 9,4 leta na vodstveni funkciji. Največji delež (50,6 %) predstavlja srednji management za področje hospitalne zdravstvene nege, sledi področje psihiatrične zdravstvene nege in zdravstvene nege v intenzivni zdravstveni

negi (vsaka po 12,4 %). Ostale dejavnosti so pokrite v manjšem deležu. Po izobrazbeni strukturi prevladujejo anketirani s področja srednjega managementa z visoko strokovno izobrazbo (64,0 %), sledijo anketiranci z univerzitetno izobrazbo in 2. bolonjsko stopnjo (23,6 %) ter višješolsko izobrazbo (9,0 %). Dva (2,2 %) sodelujoča v raziskavi imata opravljen tudi znanstveni magistririj.

Z anketnim vprašalnikom_2 smo imeli namen zajeti vse izvajalce zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti v proučevanih zdravstvenih organizacijah v Sloveniji. Tabela 11 in Tabela 13 prikazujeta, da je bilo veljavnih 433 anketnih vprašalnikov. Rezultate prikažemo kot frekvenco (f), odstotek frekvence (f %), aritmetično srednjo vrednost (M) ter minimum (Min) in maksimum (Max).

Tabela 13: Demografski podatki izvajalcev zdravstvene nege 50+ (anketni vprašalnik_2)

Demografski podatki		f	f (%)	M	Min	Max
spol	ženski	407	94,0			
	moški	26	6,0			
starost				53,75	50	60
delovna doba				33,62	12	40
izobrazba	poklicna	3	0,7			
	srednješolska	323	74,6			
	višješolska	28	6,5			
	visoka strokovna	74	17,1			
	univerzitetna (2. bol. stopnja)	5	1,2			
zakonski stan	samski(a)	35	8,1			
	v zvezi	352	81,3			
	ovdovel(a)	16	3,7			
	razvezan(a)	28	6,5			
	ni odgovora	2	0,5			
področje dela	perioperativna ZN	39	9,0			
	dializa	10	2,3			
	hospitalna ZN	248	57,3			
	management	4	0,9			

Demografski podatki		f	f (%)	M	Min	Max
	obporodna ZN	15	3,5			
	spec. ambulantna dejavnost	46	10,6			
	sterilizacijska dejavnost	14	3,2			
	intenzivna ZN	42	9,7			
	ZN v urgentni dejavnosti	9	2,1			
	drugo	6	1,4			
delovni čas	polni del. čas	409	94,5			
	polovični	24	5,5			
oblika dela	enoizmensko	106	24,5			
	dvoizmensko	94	21,7			
	triizmensko	211	48,7			
	ni odgovora	22	5,1			

N = 433

Legenda: ZN – zdravstvena nega.

Vir: Lastna raziskava 2016.

V raziskavi so prevladovali izvajalci zdravstvene nege ženskega spola (94,0 %). Sodelujoči v raziskavi so bili v povprečju stari 53,75 let in imeli v povprečju 33,62 let delovne dobe. Največ (74,6 %) sodelujočih v raziskavi je imelo srednješolsko izobrazbo, sledili so izvajalci zdravstvene nege z visoko strokovno izobrazbo (17,1 %) in višješolsko izobrazbo (6,5 %). Univerzitetna in poklicna izobrazba sta bili zastopani v zelo majhnem številu.

Večina (81,3 %) sodelujočih je bilo poročenih oziroma živijo v zvezi, sledijo izvajalci zdravstvene nege, ki so se opredelili kot samski (8,1 %), nato razvezani (6,5 %) ter ovdoveli (3,7 %).

Največ (57,3 %) sodelujočih v raziskavi je izvajalo zdravstveno nego na področju hospitalne dejavnosti. Sledili so izvajalci zdravstvene nege na področju specialistično ambulantne dejavnosti (10,6 %), izvajalci zdravstvene nege na področju intenzivne nege in terapije (9,7 %) ter izvajalci zdravstvene nege na področju perioperativne zdravstvene nege (9,0 %). Druga področja dela so bila zastopana v manjšem odstotku.

Sodelujoči v raziskavi so v 94,5 % opravljali delo polni delovni čas. V času raziskave jih je le 5,5 % opravljalo delo polovični delovni čas.

Sodelujoči v raziskavi so bili v največji meri (48,7 %) razporejeni v triizmenski turnus, sledijo tisti, ki so bili v času raziskave razporejeni v enoizmenski turnus s 24,5 % ter dvoizmenski turnus z 21,7 %. Na vprašanje ni odgovorilo 5,5 % sodelujočih v raziskavi.

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnih vprašalnikov, smo zaradi statistične obdelave vnesli v računalniški program SPSS¹⁰² 22.0 in na ta način ustvarili dve bazi podatkov. Ker je anketni vprašalnik_2 vseboval tudi kompletni vprašalnik za izračun indeksa delovne sposobnosti pri izvajalcih zdravstvene nege 50+, smo izdelali še tretjo bazo podatkov.

Najprej smo podatke iz obeh vprašalnikov analizirali z metodami deskriptivne statistike in jih prikazali s pomočjo tabel in grafov, pri čemer smo najpogosteje izpostavili frekvenco (f)¹⁰³, odstotek frekvence ($f\%$), aritmetično srednjo vrednost trditev (M)¹⁰⁴, standardni odklon (SD)¹⁰⁵ ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov.

Statistično pomembno povezanost in korelacije smo v primerih, ko je šlo za linearno odvisnost dveh spremenljivk, preučevali s pomočjo Pearsonovega koeficienta korelacije

¹⁰² SPSS (ang.: Statistical Package for Social Sciences) je danes eden najpogosteje uporabljenih programov za obdelavo podatkov. Program 2009 leta izdela IBM (ang.: International Business Machines Corporation) in danes predstavlja le del softverskih proizvodov te družbe namenjenih zbiranju, hranjenju in obdelavi podatkov (Živković 2015, 11).

¹⁰³ Frekvenca je pogostnost/pogostost ali število ponovitev iste vrednosti (koliko enot populacije je doseglo takšen rezultat (Sagadin 2003, 15).

¹⁰⁴ Aritmetična sredina je ena izmed mer centralne tendence ter je po definiciji količnik ali kvocient med vsoto vrednosti vseh enot v populaciji in številom enot v populaciji (Sagadin 2003, 57).

¹⁰⁵ Standardni odklon (standardna deviacija) je pozitivni kvadratni koren variance. Izračunamo ga samo v povezavi z aritmetično sredino. Pove nam, kakšna je razpršenost podatkov. Razpršenost je odklon vseh ali dela individualnih vrednosti neke populacije. Če so vsi podatki identični in se ne odklanjajo od aritmetične sredine, je razpršenost v statističnem smislu enaka 0 in obratno, če se podatki zelo odklanjajo od aritmetične sredine, kaže na veliko razpršenost (variabilnost), ki jo lahko prikažemo s pomočjo standardnega odklona (Ambrož in Colarič-Jakše 2015, 177).

(r)¹⁰⁶. V primeru, ko spremenljivke niso bile linearno povezane, smo monotono povezanost ugotavljali s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije (r_s)¹⁰⁷.

Za primerjave odgovorov med eno in drugo ciljno skupino smo izvedli t-test za neodvisne vzorce¹⁰⁸ razlik povprečnih vrednosti odgovorov, pri čemer smo primerjali iste statistične spremenljivke odgovorov srednjega managementa in izvajalcev zdravstvene nege 50+ (Zar 1996, 123). Za primerjave vrednosti odgovorov sodelujočih v raziskavi smo izvedli t-test za odvisne vzorce¹⁰⁹ razlik povprečnih vrednosti odgovorov, pri čemer smo primerjali pare odgovorov (Zar 1996, 163). Za izračun kritičnih vrednosti Spearmanovih korelacijskih koeficientov smo pri testiranju statistične značilnosti rezultatov zaradi $n > 100$ ($n = 433$), po priporočilu Ramsey (1989, 250 in 247) uporabili dvorepi t-test in ustrezno testno statistiko.

Obstoj statistično značilnih razlik v obremenitvah izvajalcev zdravstvene nege 50+ glede na področje dela smo preverili s Kruskal-Wallisovim preizkusom¹¹⁰, ki smo ga uporabili še za dokazovanje razlik v pogojih dela med izvajalci zdravstvene nege 50+, glede na diagnozo/obstoj bolezni kostno-mišičnega sistema. Za preizkus razlik v obremenitvah izvajalcev zdravstvene nege 50+, ki izhajajo iz pogojev dela za vsak par področij dela, smo uporabili Mann-Whitneyev U test¹¹¹. Prav tako smo Mann-Whitneyev U test uporabili še pri

¹⁰⁶ Pearsonov korelacijski koeficient meri linearno korelacijo. Zato nam ustrezno odraža korelacijo med dvema spremenljivkama le, če sta le-ti povezani linearno. Pearsonov korelacijski koeficient po vrednostih variira med -1 in +1. Tako vrednost -1 predstavlja popolno negativno povezanost spremenljivk, in obratno vrednost +1 pomeni popolno pozitivno povezanost (Sagadin 2003, 119–122).

¹⁰⁷ Spearmanov koeficient korelacije je varianta (izvedenka) Pearsonovega koeficienta, v kateri so podatki pred izračunom koeficientov preoblikovani v range. V preprostejši obliki računanja koeficienta so absolutne vrednosti oblikovane v range že poprej, nato pa se za končni izračun uporabi razlika med rangi različnih vrednosti, katerih medsebojna odvisnost se išče. Spearmanov koeficient korelacije je primeren tudi za izračun odvisnosti ordinalnih spremenljivk. (Wikipedija 2018a).

¹⁰⁸ T-test za dva neodvisna vzorca uporabimo za ugotavljanje razlik vrednosti aritmetičnih srednjih vrednosti dveh populacij iz pripadajočih naključnih vzorcev le-teh. Če je rezultat t-testa signifikanten smemo zaključiti, da vzorca prikazujeta populaciji z različnima aritmetičnima srednjima vrednostnima. (Sheskin 2004, 375).

¹⁰⁹ T-test za dva odvisna vzorca uporabimo za ugotavljanje razlik vrednosti aritmetičnih srednjih vrednosti dveh hipotetičnih populacij iz pripadajočih naključnih vzorcev le-teh. Običajno pri odvisnih vzorcih vsak subjekt nastopa v obeh eksperimentalnih pogojih v obeh populacijah. Če je rezultat t-testa signifikanten smemo zaključiti, da vzorca prikazujeta populaciji z različnima aritmetičnima srednjima vrednostnima. (Sheskin 2004 575).

¹¹⁰ Kruskal-Wallis-ov test je neparametrični test vsote rangov, ki ga uporabimo pri ordinalni merski lestvici. Uporabimo ga za test več populacij. Rezultat testa je signifikanten, kadar obstaja razlika med najmanj dvema medianama vzorcev zajetih v test (Sheskin 2004, 757).

¹¹¹ Mann-Whitney U test je neparametrični test, ki ga uporabimo nad ordinalnim tipom podatkov pri testiranju hipotez, ki vsebujejo dva neodvisna vzorca. Rezultat je signifikanten, ko kaže na razliko med medialnima vrednostnima vzorcev obeh populacij (Sheskin 2004, 423).

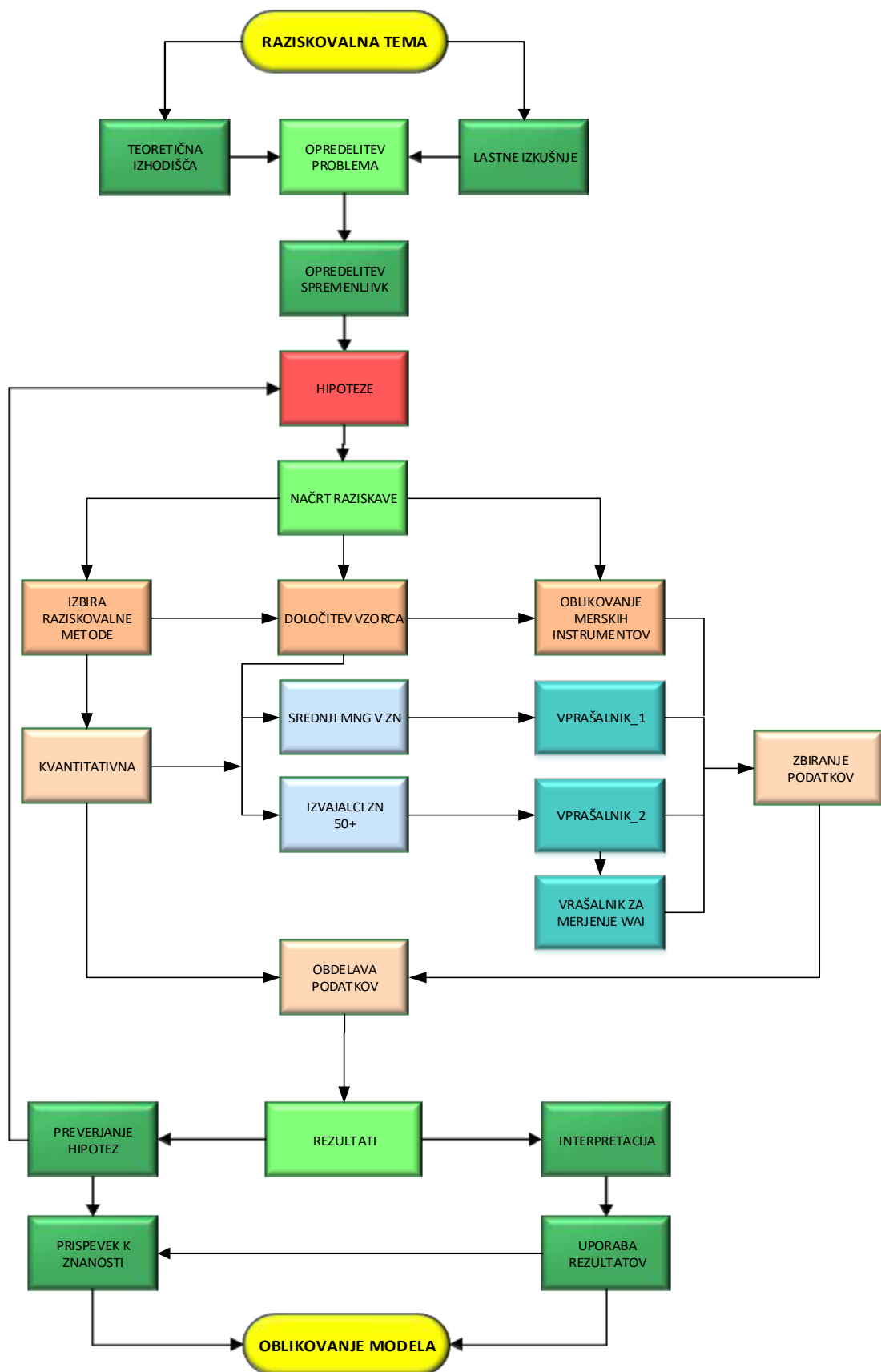
dokazovanju razlik med izvajalci zdravstvene nege 50+ in srednjim managementom v naklonjenosti k posameznim spremembam v delovnem okolju. S faktorsko analizo po metodi glavnih osi in z Varimax rotacijo¹¹² smo za potrebe dokazovanja hipoteze (H4) določili manjše število linearnih kombinacij merjenih spremenljivk, ki smo jim izračunali še koeficient Crombach alfa¹¹³. Koeficient Crombach alfa smo izračunali tudi za posamezne sklope vprašanj, ki so se nanašali na pogoje dela, organizacijo dela in reorganizacijo delovnih pogojev, in sicer za vsako skupino sodelujočih posebej.

Grafe (slike) smo oblikovali s pomočjo MS Excel in MS Visio. Potek raziskave ponazorimo še grafično (Slika 7).

¹¹² Faktorsko analizo uporabimo, kadar želimo izpostaviti relevantne faktorje in zanemariti nerelevantne. Pri iskanju si pomagamo z rotacijo faktorjev. Najbolj razširjena metoda rotacije je Varimax, ki jo je leta 1958 razvil Kaiser (Abdi 2003, 3).

¹¹³ Koeficient Cronbach alfa meri notranjo konsistentnost vprašalnika. Vrednosti Cronbach alfe se gibljejo na intervalu od 0 do 1. V splošnem višje vrednosti pomenijo boljšo zanesljivost konstrukta (Statistik.si 2018).

Slika 7: Diagram poteka raziskave



Vir: Lastna raziskava 2016.

3.4 Rezultati

Opravili smo dve sočasni raziskavi v 13 bolnišnicah na sekundarnem nivoju v Sloveniji. Zajeli smo dve ciljni skupini, in sicer srednji management v zdravstveni negi in izvajalce zdravstvene nege, stare 50 let in več. V ta namen smo uporabili dva merska instrumenta za vsako ciljno skupino posebej. Nekateri sklopi vprašanj so bili v obeh anketnih vprašalnikih enaki, in sicer z namenom primerjati odgovore med seboj.

Z anketnim vprašalnikom_1 smo nagovorili srednji management v zdravstveni negi v proučevanih bolnišnicah (glavne medicinske sestre oziroma strokovne vodje oddelkov in enot). Pogoji za sodelovanje v naši raziskavi je bil, da imajo v svoji delovni enoti zaposlene izvajalce zdravstvene nege, ki so dopolnili 50 let starosti.

Z anketnim vprašalnikom_2 smo nagovorili izvajalce zdravstvene nege v proučevanih bolnišnicah, pri čemer je bil pogoj za sodelovanje, da so dopolnili 50 let starosti. Anketni vprašalnik je vseboval tudi vprašanja standardiziranega merskega instrumenta, ki meri delovno sposobnost zaposlenih (ang. Work Ability Index), tako da smo vsem sodelujočim izmerili še indeks delovne sposobnosti (v nadaljevanju WAI).

Zaradi obsežnosti raziskave in zaradi boljše preglednosti smo se odločili, da rezultate prikažemo v petih korakih. Najprej smo prikazali rezultate anketnega vprašalnika_1 (MNG – srednji management), v drugem koraku rezultate anketnega vprašalnika_2 (IZV – izvajalci zdravstvene nege 50+), v tretjem smo se osredotočili na oceno WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+, v četrtem koraku smo prikazali primerjave posameznih sklopov vprašanj med eno in drugo skupino sodelujočih v obeh raziskavah ter na koncu v razpravi prikazali rezultate preverjanja raziskovalnih hipotez in raziskovalnih vprašanj.

3.5 Rezultati anketnega vprašalnika_1

Anketni vprašalnik_1 je razdeljen v 7 sklopov vprašanj. V nadaljevanju sledijo rezultati po sklopih.

3.5.1 Demografski podatki

Prvi sklop anketnega vprašalnika_1 vsebuje demografske podatke sodelujočih v raziskavi, ki zajemajo stopnjo izobrazbe, skupno delovno dobo v letih, skupni čas na vodstvenem

položaju in področje dela, na katerem opravljajo vodstveno funkcijo. Rezultati tega sklopa so že predstavljeni v poglavju 4.2 Vzorec raziskave (Tabela 12).

3.5.2 Rezultati »Struktura zaposlenih v proučevani delovni enoti glede na spol in starost«

Drugi sklop anketnega vprašalnika_1 se nanaša na analizo starostne strukture izvajalcev zdravstvene nege v posamezni delovni enoti. Sodelujoče v raziskavi smo prosili, da so nam število vseh zaposlenih v njihovi delovni enoti vpisali v tabelo pod rubriko »vsi zaposleni« ter število tistih, ki so dopolnili 50 let, v rubriko »zaposleni, stari 50+«. Iz podatkov smo izračunali odstotek izvajalcev zdravstvene nege starih 50,+. Rezultate smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost (M), mediano (Me), standardni odklon (SD), minimum (Min) ter maksimum (Max) deleža starejših izvajalcev zdravstvene nege glede na razpoložljive podatke (Tabela 14).

Tabela 14: Delež izvajalcev zdravstvene nege 50+ izračunan iz podatkov srednjega managementa

N	M	Me	SD	Min	Max
78	32,24	28,57	17,29	5,26	83,33

Vir: Lastna raziskava 2016.

Na vprašanje, s katerim smo želeli dobiti vpogled v starostno strukturo izvajalcev zdravstvene nege v proučevanih delovnih organizacijah, je odgovorilo 87,64 % sodelujočih v raziskavi. Iz razpoložljivih podatkov smo izračunali, da je v proučevanih delovnih organizacijah v povprečju 32,24 % izvajalcev zdravstvene nege starih 50+. Delež zaposlenih, starih 50+ po posameznih delovnih enotah precej niha, saj je izračunan minimalni delež izvajalcev zdravstvene nege, starih 50+ 5,26 % ter maksimalni delež 83,33 %.

3.5.3 Rezultati sklopa vprašanj »Starejši zaposleni v zdravstveni negi«

V tretjem sklopu anketnega vprašalnika_1 smo sodelujočim v raziskavi postavili štiri vprašanja, s katerimi smo želeli pridobiti vpogled, kako percepirajo starejše izvajalce zdravstvene nege.

Prvo vprašanje tretjega sklopa je povzeto iz evropske javnomnenjske raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu 2013, kjer so v raziskavi sodelovali zaposleni, stari 18 let in več. Z vprašanjem (točka 3.1) »Kako verjetno je, da bo v letu 2020 na vašem delovnem mestu zaposlen večji delež ljudi, starejših od 60 let?«, smo želeli oceniti, koliko se sodelujoči v raziskavi zavedajo problema vse več starejših zaposlenih na delovnih mestih. Anketiranci so imeli šest možnosti za odgovor, in sicer »zelo verjetno«, »dokaj verjetno«, »dokaj neverjetno«, »zelo malo verjetno«, »ne vem« in »nimamo zaposlenih, starejših od 60 let in ne pričakujemo, da jih bomo imeli v letu 2020«. Rezultate iz naše raziskave smo primerjali z izidi iz evropske javnomnenjske raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu 2013, pri čemer smo ločeno izpostavili še rezultate iz Slovenije in jih prikazali s pomočjo frekvenc (f) in odstotka frekvenc (f %) odgovorov (Tabela 15).

Tabela 15: Odgovori anketirancev glede deleža starejših zaposlenih od 60 let v letu 2020 – primerjava

	Naša raziskava (2016) n = 89		SLO (2012) n = 503	EU (2012–2013) n = 16.622
Odgovor	f	f (%)	f (%)	f (%)
zelo verjetno	11	12,4	12,0	26,0
dokaj verjetno	15	16,9	18,0	26,0
dokaj neverjetno	6	6,7	9,0	22,0
zelo malo verjetno	42	47,2	49,0	21,0
ne vem	5	5,6	3,0	3,0
trenutno ni 60+ in jih ne pričakujemo v letu 2020.	10	11,2	8,0	2,0

Vir: Lastna raziskava 2016; EU-OSHA 2013.

Rezultati so pokazali, da je kar 47,2 % sodelujočih v naši raziskavi prepričanih, da je »zelo malo verjetno«, da bo v letu 2020 na njihovem delovnem mestu zaposlen večji delež ljudi, starejših od 60 let, 16,9 % jih je odgovorilo, da je to »dokaj verjetno« in 12,4 %, da je to »zelo verjetno«.

Pri primerjavi z rezultati, pridobljenimi iz evropske javnomnenjske raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu 2013 (EU-OSHA 2013) je razvidno, da so odgovori sodelujočih iz Slovenije v tej raziskavi bili v enakem razmerju z našo raziskavo in se razlikovali od celotne raziskave v EU, in sicer jih je 49,0 % (EU 21,0 %) bilo mnenja, da je zelo malo verjetno, da bo v letu 2020 na njihovem delovnem mestu zaposlen večji delež ljudi, starejših od 60 let, 18,0 % (EU 26,0 %) jih je odgovorilo, da je to dokaj verjetno in 12,0 % (EU 26,0 %) zelo verjetno.

Drugo vprašanje tretjega sklopa (točka 3.2), v katerem so sodelujoči v raziskavi navedli lastno definicijo starejšega zaposlenega, se je glasilo: »Koliko mora biti izvajalec zdravstvene nege star, da ga umeščate v kategorijo starejšega delavca?« Izračunali smo frekvence (f) in odstotke frekvenc (f %) odgovorov (Tabela 16).

Tabela 16: Definicija starejšega delavca po mnenju srednjega managementa

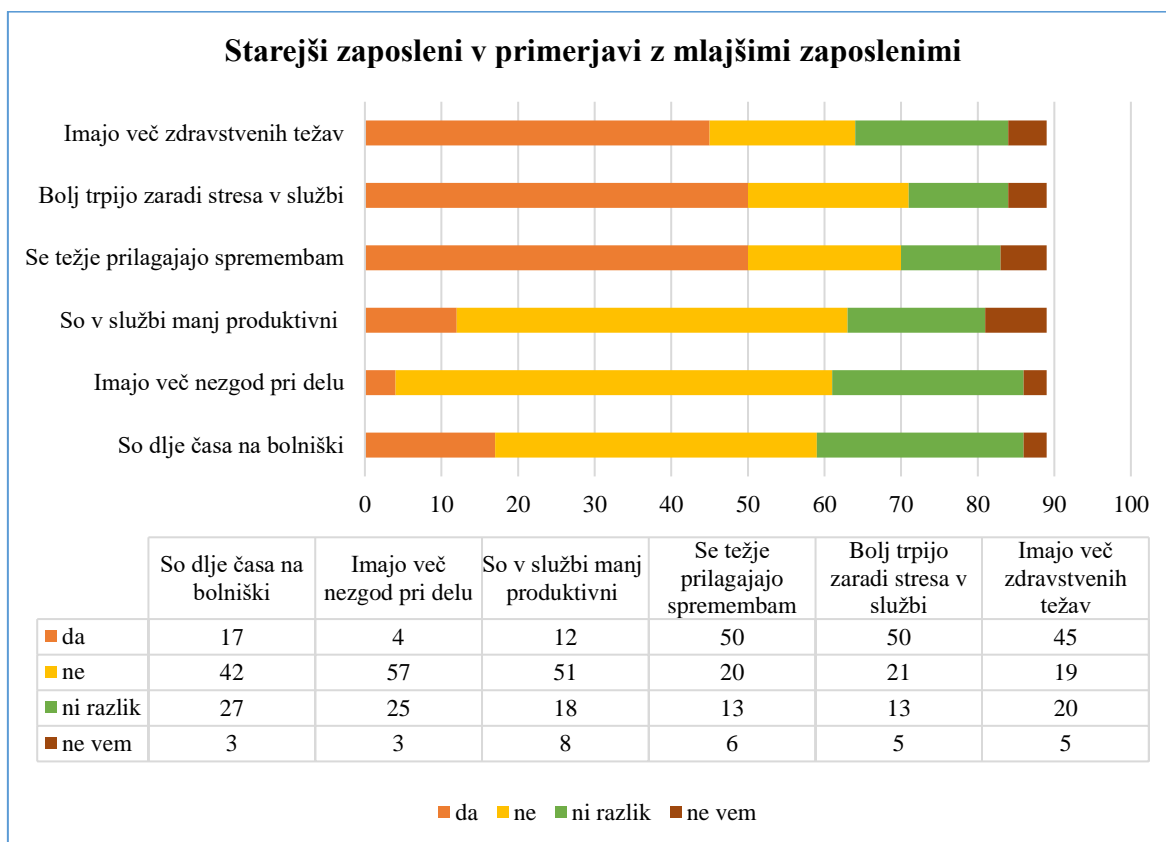
Odgovor	f	f (%)
50 let	31	34,8
nad 50 let	21	23,6
55 let	19	21,3
nad 55 let	4	4,5
med 40 do 50 let (različni odgovori)	8	8,9
med 53 in 55 let (različni odgovori)	2	2,2
60 let	3	3,4
ni odgovora	1	1,1
skupaj	89	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Odgovori sodelujočih v raziskavi so se zvrstili v razponu med 40 in 60 let. Največ vprašanih (34,8 %) se je opredelilo, da se definicija starejšega zaposlenega začne pri starosti 50 let. Sledijo odgovori nad 50 let (23,6 %), 55 let (21,3 %), različni odgovori v razponu od 40 do 50 let (8,9 %), nad 55 let (4,5 %) in 60 let (3,4 %).

Tretje vprašanje tretjega sklopa iz anketnega vprašalnika_1 (točka 3.3) »Kakšni so po vašem mnenju starejši zaposleni (stari 50+) v primerjavi z mlajšimi zaposlenimi v zdravstveni negi«, je prav tako povzeto iz evropske javnomnenjske raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu 2013. V tej raziskavi se pod izrazom starejši zaposleni definirajo zaposleni, stari 60 let in več. Z našo raziskavo smo želeli izvedeti, kako srednji management dojema izvajalce zdravstvene nege, stare 50+. Na trditve so anketiranci odgovarjali z »da«, »ne«, »ni razlik«, »ne vem«. Sodelujočim v raziskavi smo postavili šest trditev (5 povzetih iz evropske javnomnenjske raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu 2013 ter 1 dodatno trditev, ki smo jo oblikovali sami). Frekvence odgovorov raziskave smo grafično prikazali (Slika 8). Potrebno je opozoriti, da trditev »imajo več zdravstvenih težav«, ne izhaja iz evropske javnomnenjske raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu (EU-OSHA 2013), temveč smo jo oblikovali sami.

Slika 8: Prikaz dejavnikov, ki so prisotni pri starejših zaposlenih v primerjavi z mlajšimi zaposlenimi



Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultate naše raziskave, kjer smo frekvenco (f) odgovorov »da« spremenili tudi v odstotek frekvence (f %), smo primerjali z izidi iz evropske javnomnenjske raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu (2013), pri čemer smo posebej izpostavili še rezultate Slovenije, prikazujeta Tabela 17 in Slika 9.

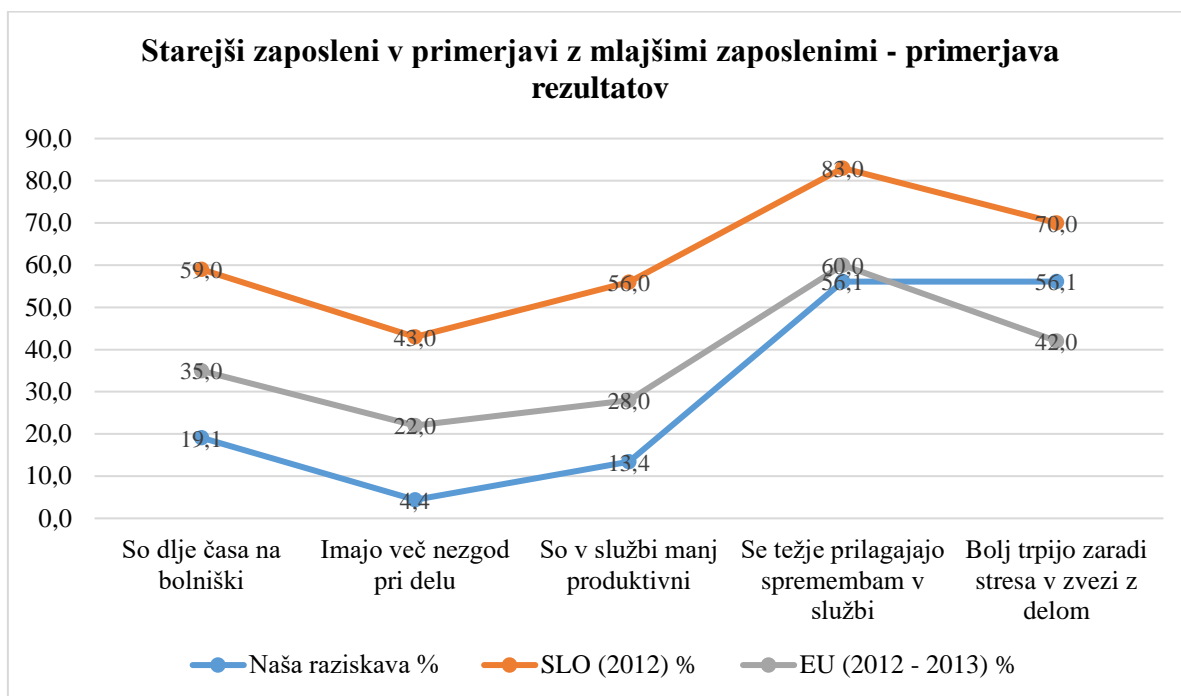
Tabela 17: Prikaz odgovorov »da« na trditve, ki se nanašajo na primerjavo starejših zaposlenih z mlajšimi in primerjava rezultatov.

Statistična spremenljivka	Lastna raziskava		SLO	EU
	(2016)		(2012)	(2012 - 2013)
	n = 89		n = 503	n = 16.622
	f (»da«)	f (%)	f (%)	f (%)
so dlje časa na bolniški	17	19,1	59,0	35,0
imajo več nezgod pri delu	4	4,4	43,0	22,0
so v službi manj produktivni	12	13,4	56,0	28,0
se težje prilagajajo spremembam v službi	50	56,1	83,0	60,0
bolj trpijo zaradi stresa v zvezi z delom	50	56,1	70,0	42,0
imajo več zdravstvenih težav	45	50,6	-	-

Vir: EU-OSHA 2013; Lastna raziskava 2016.

Ugotovili smo, da so sodelujoči v raziskavi v največjem deležu (56,1 %) odgovorili z »da« na dve trditvi, in sicer da se izvajalci zdravstvene nege, stari 50+ težje prilagajajo spremembam v službi in bolj trpijo zaradi stresa v zvezi z delom (Tabela 17). Na trditev, da so dlje časa na bolniški jih je z »da« odgovorilo 19,1 %. Tej trditvi sledi trditev, da so v službi manj produktivni (13,4 %). Nezgode pri delu po mnenju srednjega managementa v naši raziskavi ne opredeljujejo izvajalcev zdravstvene nege, starih 50+, saj je z »da« odgovorilo le 4,4 % sodelujočih v raziskavi. Več kot polovica (50,6 %) sodelujočih v raziskavi se je strinjalo, da imajo izvajalci zdravstvene nege, stari 50+ več zdravstvenih težav v primerjavi z mlajšimi kolegi. Grafični prikaz odgovorov »da« naše raziskave, raziskave iz EU in Slovenije na vprašanje, ki se nanaša na primerjavo starejših zaposlenih v primerjavi z mlajšimi predstavlja Slika 9.

Slika 9: Percepcija starejših zaposlenih v primerjavi z mlajšimi zaposlenimi – primerjava rezultatov EU-OSHA (2013) in našo raziskavo



Vir: EU-OSHA 2013; Lastna raziskava 2016.

S četrtem vprašanjem tretjega sklopa anketnega vprašalnika_1 smo z nagovorom »Opredelite, v kolikšni meri navedene lastnosti in pojave povezujete s starejšimi zaposlenimi« želeli, da so se sodelujoči v raziskavi opredelili glede lastnosti in pojavov, s katerimi povezujejo starejše zaposlene. Izpostavili smo 14 osebnostnih lastnosti in pojavov, katere so anketiranci ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »sploh ne velja«, 2 – »ne velja«, 3 – »niti, niti«, 4 – »velja«, 5 – »povsem velja«. Odgovore prikazuje Tabela 18. Rezultate smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost (M), standardni odklon (SD) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov.

Tabela 18: Lastnosti starejših zaposlenih, kot jih dojema srednji management.

Lastnost	N	M	SD	Min	Max
strateško razmišljanje	88	3,51	,858	1	5
spodobnost presoje	89	3,96	,811	1	5
izkušnost	89	4,54	,565	2	5
modrost	89	4,19	,767	2	5
strokovnost	89	3,96	,737	2	5
zanesljivost	89	4,15	,667	2	5
natančnost	89	3,91	,717	2	5
ustvarjalnost	89	3,47	,785	1	5
produktivnost	89	3,67	,687	2	5
fleksibilnost	89	3,40	,836	1	5
hitra odzivnost	89	3,52	,799	2	5
lojalnost	89	4,04	,885	1	5
absentizem	87	3,03	,970	1	5
fluktuacija	87	2,77	,949	1	5

Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultati raziskave so pokazali, da srednji management v zdravstveni negi svojim starejšim podrejenim sodelavcem v najvišji meri pripisuje izkušnost, modrost, zanesljivost in lojalnost ($M > 4$), sledijo odgovori strateško razmišljanje sposobnost presoje, strokovnost, natančnost, produktivnost in hitra odzivnost ($M =$ med 3,5 in 4), ustvarjalnost, fleksibilnost, absentizem in fluktuacija so bile lastnosti in pojavi, ki so bili ocenjeni z $M < 3,5$.

3.5.4 Rezultati sklopa vprašanj »Delovno okolje in organizacija dela v zdravstveni negi

Četrty sklop vprašanj iz anketnega vprašalnika_1 je bil usmerjen v delovno okolje in organizacijo dela v zdravstveni negi. S vprašanjem »Opređelite, v kolikšni meri vključujete navedene možnosti v organizacijo dela« smo postavili 10 trditev, ki so jih sodelujoči v

raziskavi ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »sploh ne velja«, 2 – »ne velja«, 3 – »niti, niti«, 4 – »velja«, 5 – »povsem velja«. Enako vprašanje smo postavili tudi izvajalcem zdravstvene nege, starim 50 let in več (anketni vprašalnik_2, točka 7,1), z namenom, da se rezultate obeh ciljnih skupin med seboj primerja. Zato smo rezultate predstavili v podpoglavju 5.4.1 Ocena organiziranosti delovnega mesta (Tabela 51).

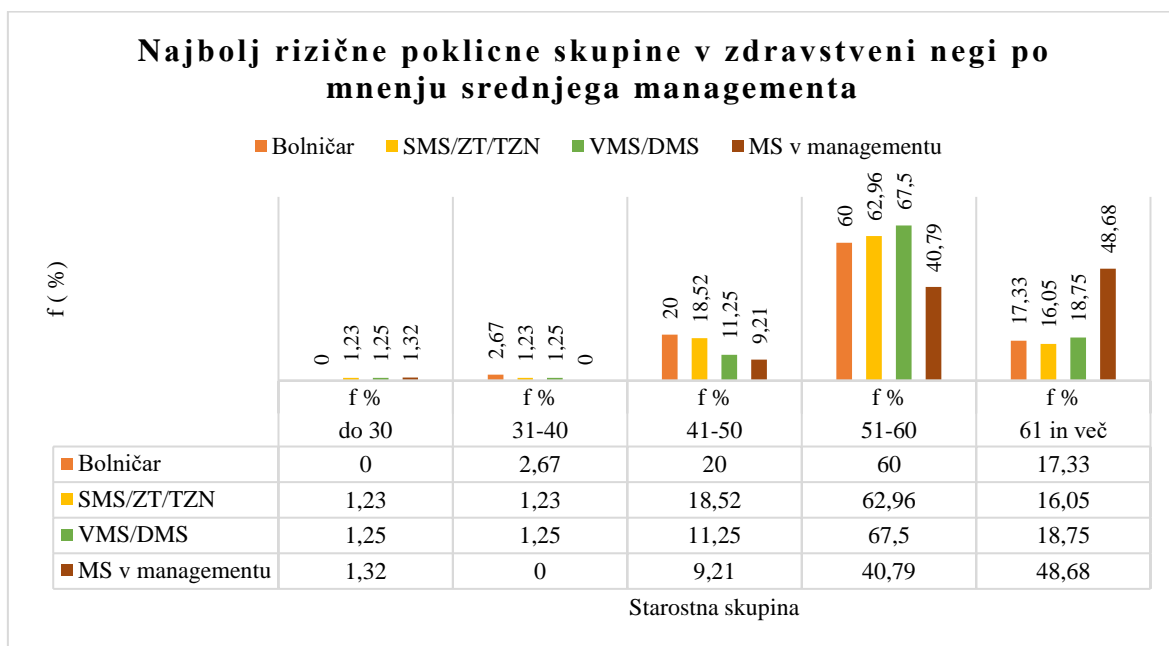
3.5.5 Rezultati sklopa vprašanj »Dejavniki tveganja, povezani z delovnim mestom v zdravstveni negi«

S petim sklopom vprašanj iz anketnega vprašalnika_1, smo se usmerili v ocenjevanje dejavnikov tveganja, povezanim z delovnim mestom, ki lahko potencialno vplivajo na zdravje zaposlenih.

Pod točko 5.1 smo sodelujoče v raziskavi vprašali »V kolikšni meri so prisotni poklicni dejavniki tveganja v vaši delovni enoti, ki potencialno vplivajo na zdravje zaposlenih?« Postavili smo 11 trditvev (dejavnikov tveganja), katere prisotnost so sodelujoči ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici pri čemer pomeni ocena 1 – »zelo pogosto«, 2 – »pogosto«, 3 – »nevtrarno«, 4 – »redko«, 5 – »zelo redko«. Tudi v anketnem vprašalniku_2 smo izvajalcem zdravstvene nege, starim 50+, z namenom ugotoviti, v kolikšni meri sami zaznavajo prisotnost dejavnikov tveganja, ki izhajajo iz pogojev dela, postavili enake trditve (dejavnike tveganja). Rezultate obeh raziskav smo primerjali med seboj in prikazali v podpoglavju 5.4.2 Ocena pogojev dela (Tabela 53 in Tabela 54).

V točki 5.2 smo želeli izvedeti, katere poklicne skupine v zdravstveni negi so po mnenju sodelujočih v naši raziskavi v rizični skupini za poklicna tveganja. Navedli smo 4 poklicne skupine in 5 starostnih kategorij. Sodelujoči v raziskavi so se morali opredeliti, katera poklicna skupina v zdravstveni negi v določeni starostni kategoriji spada v rizično skupino. Izračunali smo frekvence in odstotke frekvenc ($f\%$) odgovorov ter grafično prikazali le odstotke frekvenc (Slika 10).

Slika 10: Prikaz najbolj rizičnih poklicnih skupin za poklicna tveganja v zdravstveni negi po mnenju srednjega managementa



Legenda: f (%) – odstotek frekvence odgovorov; SMS/ZT/TZN – izvajalci zdravstvene nege s srednjo izobrazbo; VMS/DMS – izvajalci zdravstvene nege z najmanj višjo izobrazbo; MS – medicinska sestra.

Vir: Lastna raziskava 2016.

Ugotovljeno je bilo, da srednji management kot najbolj rizično starostno skupino dojema izvajalce zdravstvene nege, stare med 51 do 60 let (Slika 10). Ti so v vseh poklicnih skupinah po njihovi oceni najbolj rizični za poklicna tveganja in kot takšni potrebni posebne pozornosti. Po mnenju sodelujočih v raziskavi so najbolj ogrožena skupina izvajalcev zdravstvene nege, stari med 51 in 60 let, ki delajo na področjih dela, kjer se zahteva najmanj višja izobrazba (67,5 %), sledijo izvajalci zdravstvene nege s srednjo izobrazbo (62,96 %), tem pa bolničarji (60,0 %). Najmanj v tej starostni skupini je po mnenju anketirancev bil obremenjen management v zdravstveni negi, ki pa je v naslednji starostni kategoriji od 61 in več let, ocenjen kot najbolj tvegan (48,68 %).

3.5.6 Rezultati sklopa vprašanj »Izboljšave organizacije dela in delovnih pogojev v zdravstveni negi«

V šestem sklopu vprašanja anketnega vprašalnika_1, smo se osredotočili na izboljšave organizacije in pogojev dela v zdravstveni negi.

Pod točko 6.1 smo pod vprašanje » V kolikšni meri bi posamezni predlog prispeval k temu, da bi bilo delovno mesto bolj prilagojeno starejšim zaposlenim v zdravstveni negi?«, navedli 12 predlogov za reorganizacijo delovnega okolja, za katere so sodelujoči izražali strinjanje po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »sploh se ne strinjam«, 2 – »se ne strinjam«, 3 – »niti, niti«, 4 – »se strinjam«, 5 – »povsem se strinjam«. Enako vprašanje smo postavili tudi izvajalcem zdravstvene nege 50+ v anketnem vprašalniku_2 (točka 11.1), in sicer z namenom primerjati odgovore obeh ciljnih skupin med seboj. Rezultati so pomembni za preverjanje hipoteze (H5), ki se glasi »Med srednjim managementom in zaposlenimi 50+ v bolnišnični dejavnosti obstajajo razlike v naklonjenosti spremembam v smislu ukrepov za humanizacijo dela, upoštevajoč potrebe starejših na področju zdravstvene nege«, zato so rezultati prikazani v poglavju 6.5 Preverjanje hipotez (Tabela 66).

V točki 6.2 smo srednji management nagovorili s vprašanjem »Ali menite, da bi predlagane rešitve iz predhodnega vprašanja lahko brez težav vpeljali v vaši delovni enoti?« Želeli smo izvedeti, kakšne so možnosti implementacije izboljšav glede na trenutno stanje v njihovi delovni enoti. Sodelujoči v raziskavi so se odločali med tremi odgovori, in sicer »da«, »ne« in »ne vem«. Rezultate, ki so izraženi kot frekvenca (f) in odstotek frekvence (f %) posameznih odgovorov, prikazuje Tabela 19.

Tabela 19: Možnosti za implementacijo izboljšav v obstoječe stanje

Odgovor	f	f (%)
da	18	20,2
ne	29	32,6
ne vem	42	47,2
skupaj	89	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultati kažejo, da se 47,2 % vprašanih s področja srednjega managementa ne more opredeliti ali obstaja realna možnost implementacije ukrepov za izboljšanje pogojev dela v njihovi delovni enoti. Sledi 32,6 % tistih, ki so se opredelili za »ne«. Le 20,2 % jih je menilo, da bi izboljšave lahko izpeljali glede na trenutno organizacijo dela v njihovi delovni enoti.

V nadaljevanju (točka 6.3) smo želeli izvedeti, kakšna je težavnost izvedbe posameznih ukrepov za reorganizacijo delovnega okolja iz točke (6.1) v njihovi delovni enoti. Sodelujoči s srednjega managementa so ocenjevali izvedljivost posameznih ukrepov po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »sploh ni izvedljivo«, 2 – »ni izvedljivo«, 3 – »niti, niti«, 4 – »izvedljivo« in 5 – »v celoti izvedljivo«. Rezultate raziskave, ki jih vsebuje Tabela 20 smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost (M), standardni odklon (SD) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov.

Tabela 20: Prikaz izvedljivosti implementacije predlaganih ukrepov glede na trenutne organizacijske možnosti

Predlagani ukrepi	N	M	SD	Min	Max
ponovno načrtovanje delovnih mest	89	3,40	,950	1	5
kroženje na različno zahtevnih delovnih mestih	89	3,21	,923	1	5
ponovna ocena delovnega mesta	89	3,52	,813	1	5
ustvarjanje okolja, ki zmanjšuje verjetnost padca, zdrsa, spotika ...	89	3,54	,724	1	5
omejevanje dvigovanja težkih bremen in fizično zahtevnih nalog	89	3,19	,915	1	5
odobritev počitka med delovnim časom	89	3,28	,866	1	5
organizacija dela v izmenah s »sistemom hitrega kroženja«	89	3,30	,817	1	5
fleksibilni delovni čas	89	2,92	,980	1	5
uporaba opreme in tehnologije za varno in zdravo delo	89	3,79	,699	2	5
oblikovanje ergonomskega delovnega okolja	89	3,57	,721	2	5
usposabljanje zaposlenih glede tehnik dvigovanja in nošenja bremen	89	4,06	,663	2	5
uvedba nekaj minutne rekreacije med delovnim časom	89	3,44	,811	1	5

Vir: Lastna raziskava 2016.

Srednji management v naši raziskavi ugotavlja, da je »najmanj izvedljivo« omogočiti starejšim izvajalcem zdravstvene nege fleksibilni delovni čas ($M = 2,92 \pm 0,980$), medtem ko kot »najbolj izvedljivo« ocenjujejo možnost usposabljanja zaposlenih glede tehnik dvigovanja in nošenja bremen ($M = 4,06 \pm 0,663$). Ostali odgovori so precej podobni, saj aritmetična srednja vrednost preostalih odgovorov niha med ocenama 3 in 4.

3.5.7 Rezultati sklopa vprašanj »Zdravstveno stanje zaposlenih v zdravstveni negi«

Zadnji sklop anketnega vprašalnika_1, s katerim smo nagovarjali srednji management smo usmerili v zdravstveno stanje izvajalcev zdravstvene nege, starih 50+.

S **prvim vprašanjem** »Kako pogosto zaznavate spodaj navedene zdravstvene težave pri svojih zaposlenih 50+?« smo želeli izvedeti pogostost pojava navedenih zdravstvenih težav. Navedli smo 10 zdravstvenih težav, katere pogostost so sodelujoči v raziskavi ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »zelo pogosto«, 2 – »pogosto«, 3 – »nevtravno«, 4 – »redko«, 5 – »zelo redko«. Rezultate smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost odgovorov (M), standardni odklon (SD) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov (Tabela 21).

Tabela 21: Pogostost pojava zdravstvenih težav pri izvajalcih zdravstvene nege 50+

Statistična spremenljivka	N	M	SD	Min	Max
pojav poklicnih bolezni	89	3,07	1,156	1	5
pojav delovnih poškodb	89	3,62	,873	2	5
pojav kroničnih bolezni	89	3,26	1,173	1	5
pojav kostno-mišičnih bolezni	89	2,49	1,198	1	5
psihične bolezni	89	3,39	1,083	1	5
povečanje telesne teže	89	3,08	1,047	1	5
hormonske težave	89	2,85	1,113	1	5
maligna obolenja	89	3,78	,986	1	5
pojav poklicne izgorelosti	89	2,60	1,184	1	5
pojav stresa	89	2,37	1,112	1	5

Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultati kažejo, da srednji management pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ pogosto zaznava pojav zdravstvenih težav, pri čemer najpogosteje ugotavljajo pojav stresa (M = 2,37), pojav kostno-mišičnih bolezni (M = 2,49), pojav poklicne izgorelosti (M = 2,60) ter hormonske težave (M= 2,85). Druge navedene zdravstvene težave so po mnenju srednjega

managementa v zdravstveni negi redkeje prisotne, saj je aritmetična srednja vrednost odgovorov bila < 4 .

Na **drugo vprašanje** zadnjega sklopa »Ali so zaposleni v vaši delovni enoti po dopolnjenem 50. letu starosti pogosteje odsotni zaradi zdravstvenih težav kot pred tem?« so imeli sodelujoči v raziskavi možna odgovora »da« in »ne«. Rezultate smo prikazali kot frekvenco (f) ter odstotek frekvence (f %) odgovorov (Tabela 22).

Tabela 22: Prisotnost absentizma pri izvajalcih zdravstvene nege, starih 50 let in več

Odgovor	f	f (%)
da	31	34,8
ne	58	65,2
skupaj	89	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultati so pokazali, da po mnenju in izkušnjah srednjega managementa izvajalci zdravstvene nege 50+ po dopolnjenem 50. letu starosti niso pogosteje odsotni zaradi bolezni, saj jih je tako odgovorilo 65,2 % sodelujočih v naši raziskavi.

3.6 Rezultati anketnega vprašalnika_2

Z anketnim vprašalnikom_2, ki vključuje 11 sklopov vprašanj, smo nagovorili izvajalce zdravstvene nege, stare 50 let in več v proučevanih delovnih organizacijah.

3.6.1 Demografski podatki

Demografski podatki, ki zajemajo spol, dopolnjena leta starosti, skupno delovno dobo, stopnjo izobrazbe in zakonski stan, prikazuje Tabela 13, v poglavju 4.2 Vzorec raziskave.

3.6.2 Rezultati sklopa »Podatki o poklicu in področju dela«

Sledeči sklop vsebuje 4 vprašanja, ki se nanašajo na poklic in področje dela izvajalcev zdravstvene nege 50+.

S **prvim vprašanjem** smo želeli pridobiti podatke, katera dela in naloge opravljajo sodelujoči v raziskavi. Rezultate smo prikazali kot frekvenco (f) in odstotek frekvence (f %) odgovorov (Tabela 23).

Tabela 23: Področje dela izvajalcev zdravstvene nege 50+

Odgovor	f	f (%)
bolničarji	2	0,5
SMS/ZT/TZN	293	67,7
VMS/DMS	118	27,3
babice	18	4,2
drugo	2	0,5
skupaj	433	100,0

Legenda: SMS/ZT/TZN – srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik/tehnik zdravstvene nege; VMS/DMS – višja medicinska sestra/diplomirana medicinska sestra.

Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultati so pokazali, da največ sodelujočih v naši raziskavi (67,7 %) opravlja dela in naloge, za katere se zahteva srednja stopnja izobrazbe. Sledijo izvajalci zdravstvene nege 50+, ki opravljajo dela in naloge, za katere se zahteva višja oziroma visoka izobrazba (27,3 %) ter babice s 4,2 %.

Drugo vprašanje drugega sklopa se nanaša na področje dela, na katerem so sodelujoči v raziskavi trenutno zaposleni. Rezultati so že prikazani v poglavju 4.2 Vzorec raziskave (Tabela 13).

Tretje in četrto vprašanje se nanašata na delovni čas in obliko dela. Oboje je že prikazano v poglavju 4.2 Vzorec raziskave (Tabela 13).

3.6.3 Ocena delovnega mesta

Prvo vprašanje se nanaša na zahtevnost delovnega mesta, na katerem so sodelujoči v raziskavi trenutno zaposleni. Vprašanje je povzeto iz standardiziranega vprašalnika, ki meri

delovno sposobnost (WAI), zato smo rezultate prikazali v podpoglavju 5.3 Rezultati merjenja delovne sposobnosti (WAI) (Tabela 35).

Pri drugem vprašanju tretjega sklopa »Ali je vaše delovno mesto prilagojeno za starejše delavce?« so imeli sodelujoči v raziskavi štiri možne odgovore, in sicer »da«, »delno«, »ne« in »ne vem«. Rezultate smo prikazali kot frekvenco (f) in odstotek frekvence (f %) odgovorov (Tabela 24).

Tabela 24: Opredelitev izvajalcev zdravstvene nege 50+ glede primernosti njihovega delovnega mesta za starejše zaposlene

Odgovor	f	f (%)
da	27	6,2
delno	101	23,3
ne	278	64,2
ne vem	27	6,2
skupaj	433	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Sodelujoči v raziskavi so se v najvišjem deležu (64,2 %) opredelili, da njihovo delovno mesto »ni prilagojeno« za starejše zaposlene. Temu so s 23,3 % sledili tisti, ki menijo, da je njihovo delovno mesto »delno prilagojeno« potrebam starejših zaposlenih in le 6,2 %, jih je potrdilo, da je njihovo delovno mesto »prilagojeno« starejšim zaposlenim.

3.6.4 Ocena splošnega zadovoljstva izvajalcev zdravstvene nege 50+

Z naslednjim vprašanjem smo se osredotočili na oceno splošnega zadovoljstva izvajalcev zdravstvene nege 50+. Navedli smo pet področij zadovoljstva, ki so jih sodelujoči v raziskavi ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »zelo nezadovoljen«, 2 – »nezadovoljen«, 3 – »niti, niti«, 4 – »zadovoljen«, 5 – »zelo zadovoljen«. Rezultate smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost odgovorov (M), standardni odklon (SD) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov (Tabela 25).

Tabela 25: Ocena splošnega zadovoljstva izvajalcev zdravstvene nege 50+

Na splošno sem zadovoljen (a) s/z:	N	M	SD	Min	Max
fizičnim zdravjem in počutjem	433	3,70	,766	1	5
psihičnim zdravjem in počutjem	432	3,83	,712	1	5
poklicnim življenjem	432	3,82	,659	1	5
zasebnim življenjem	432	4,16	,646	1	5
prostočasnimi aktivnostmi	432	3,83	,832	1	5

Vir: Lastna raziskava 2016.

Raziskava je pokazala, da so izvajalci zdravstvene nege 50+ v naši raziskavi najbolj zadovoljni z zasebnim življenjem (M = 4,16). Tabela 25 kaže, da so si odgovori na ostale možnosti zelo enakovredni. Po rezultatih sodeč so še najmanj zadovoljni s svojim fizičnim zdravjem (M = 3,70).

3.6.5 Ocena delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege 50+

Ocena trenutne delovne sposobnosti pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ je del merskega instrumenta, ki meri delovno sposobnosti (WAI), zato smo rezultate prikazali v poglavju 5.3 Rezultati merjenja delovne sposobnosti (WAI) (Tabela 36).

Enako velja tudi za drugo vprašanje petega sklopa, ki se glasi »Ocenite svojo delovno sposobnost glede na zahteve dela«. Odgovori so prikazani v poglavju 5.3 Rezultati merjenja delovne sposobnosti (WAI).

3.6.6 Rezultati sklopa vprašanj »Zdravstvene in druge težave«

S šestim sklopom vprašanj smo se želeli osredotočiti na zdravstvene težave izvajalcev zdravstvene nege 50+. Sklop je bil sestavljen iz sedmih vprašanj. Pet vprašanj je bilo sestavni del merskega instrumenta, ki meri delovno zmožnost (WAI), zato smo rezultate prikazali v poglavju 5.3 Rezultati merjenja delovne zmožnost (WAI). Na tem mestu smo prikazali le rezultate, ki niso povezani z WAI.

Drugo vprašanje šestega sklopa se je nanašalo na prisotnost z zdravjem, načinom dela in načinom življenja povezanih težav. Odgovori so se nanašali na zadnjih 12 mesecev. Izvajalci

zdravstvene nege 50+ so z »da« ali »ne« ocenjevali prisotnost devetih navedenih dejavnikov. Rezultate smo prikazali kot frekvence (f) in odstotek frekvence (f %) odgovorov »da« in »ne« (Tabela 26).

Tabela 26: Prisotnost dejavnikov, ki so posledica življenjskega sloga pri izvajalcih zdravstvene nege 50+

Statistična spremenljivka	f »da«	f (%)	f »ne«	f (%)
kadim	109	25,2	324	74,8
imam težave z nespečnostjo	168	38,8	265	61,2
imam povečano telesno težo	200	46,2	233	53,8
imam hormonske težave	163	37,6	270	62,4
občutim simptome izgorelosti	236	54,5	196	45,3
sem kronično utrujen(a)	191	44,1	242	55,9
doživljam stres na delovnem mestu	266	61,4	165	38,1
čutim bolečine v mišicah in sklepih	306	70,7	126	29,1
imam težave pri usklajevanju poklicnega in zasebnega življenja	86	19,9	346	79,9

Vir: Lastna raziskava 2016.

Izvajalci zdravstvene nege 50+ so po rezultatih sodeč imeli v največji meri prisotne bolečine v mišicah in sklepih (70,7 %), sledil je stres na delovnem mestu (61,4 %) ter občutek izgorelosti (54,5 %). Podobno so ugotavljali tudi sodelujoči s področja srednjega managementa (poglavje 5.1.7), ki so pri starejših izvajalcih zdravstvene nege najpogosteje ugotavljali pojav stresa, pojav kostno mišičnih bolezni, pojav poklicne izgorelosti ter hormonske težave (Tabela 21). Izvajalci zdravstvene nege 50+ so najmanj izražali težave pri usklajevanju poklicnega in zasebnega življenja, saj se jih je 79,9 % opredelilo, da teh težav nima. Prav tako jih večina (74,8 %) ni kadila. Več kot polovica jih je zanikala hormonske težave (62,4 %), težave z nespečnostjo (61,2 %), kronično utrujenost (55,9 %) ter povečano telesno težo (53,8 %).

Peto vprašanje šestega sklopa je bilo postavljeno z namenom, da se sodelujoči v raziskavi opredelijo ali so po dopolnjenem 50. letu starosti več odsotni iz zdravstvenih razlogov kot pred tem. Sodelujoči v raziskavi so imeli na voljo odgovora »da« in »ne«. Izračunali smo frekvence (f) in odstotek frekvence (f %) za oba odgovora (Tabela 27).

Tabela 27: Odgovori izvajalcev zdravstvene nege 50+ na vprašanje, ali so po 50. letu več odsotni zaradi zdravstvenih razlogov kot pred tem

Odgovor	f	f (%)
da	104	24,0
ne	329	76,0
skupaj	433	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultati so pokazali, da se je 76,0 % izvajalcev zdravstvene nege 50+ opredelilo, da po 50. letu starosti niso več odsotni zaradi zdravstvenih razlogov kot pred tem.

3.6.7 Rezultati sklopa vprašanj »Organizacija dela«

Sklop vprašanj, ki se nanaša na organizacijo dela v delovni enoti, na kateri so sodelujoči v raziskavi trenutno zaposleni, je obsegal dve vprašanji.

S prvim vprašanjem »Ocenite ali vam organizacija dela v vaši delovni enoti omogoča spodaj navedene možnosti« smo želeli oceniti, kakšna je organiziranost delovnega procesa. Navedli smo deset možnosti, ki so jih sodelujoči v raziskavi ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »sploh ne velja«, 2 – »ne velja«, 3 – »niti, niti«, 4 – »velja«, 5 – »povsem velja«.

Enako vprašanje smo zastavili tudi srednjemu managementu v vprašalniku_1 z namenom odgovore obeh ciljnih skupin primerjati med seboj. Analize odgovorov na prvo vprašanje sedmega sklopa smo tako prikazali skupaj z analizami odgovorov srednjega managementa v poglavju 5.4 Primerjavo rezultatov med anketnim vprašalnikom_1 in anketnim vprašalnikom_2 najdemo v poglavju 5.4.1 Ocena organiziranosti delovnega procesa (Tabela 51 in Tabela 52).

Drugo vprašanje sedmega sklopa se je nanašalo na oceno lastnega ravnanja za uspešno doseganje ciljev na delovnem mestu. Navedli smo devet trditev, ki smo jih povzeli od (Müller idr. 2013, 1636), ki so jih sodelujoči v raziskavi ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »sploh ne velja«, 2 – »ne velja«, 3 – »niti, niti«, 4 – »velja«, 5 – »povsem velja«. Pri prvih treh trditvah gre za izbiro posameznika pri vsakodnevnih odločitvah, kako doseči svoj cilj. Trditve od 4 do 6 predstavljajo optimizacijo posameznika za doseganje ciljev. Zadnje tri trditve pa so usmerjene k ohranjanju cilja, ko je potrebno na različne načine nadomestiti (kompenzirati) upad ali izgubo. Rezultati v tabeli 28 so prikazani kot aritmetična srednja vrednost (M) in standardni odklon (SD).

Drugo vprašanje sedmega skopa je bilo ključno za hipotezo (H4), zato so rezultati factorske analize prikazani posameznih sklopom spremenljivk tudi v poglavju 6.4 Preverjanje hipotez.

Tabela 28: Primerjava prilagoditvenih strategij izvajalcev zdravstvene nege 50+ (izbira, optimizacija, kompenzacija) z raziskavo Müller idr. (2013)

Trditve	Lastna raziskava (2016) (n = 433)		Raziskava Müller idr. (2013) (n = 438)	
	M	SD	M	SD
pri svojem delu vedno najprej opravim najpomembnejšo nalogo (I)	4,17	,712	4,23	,64
tudi v stresnih situacijah opravim eno nalogo v celoti, nato nadaljujem z drugo (I)	3,88	,804	3,62	,89
pri izvedbi naloge se koncentriram na najpomembnejše opravilo (I)	4,18	,622	4,15	,64
redno telovadim, da sem kos fizičnim zahtevam delovnega mesta (O)	3,11	,998	3,57	1,04
permanentno se izobražujem na področju zdravstvene nege (O)	3,73	,701	3,31	,93
pri delu zavestno uporabljam prijazne delovne tehnike, ki varujejo hrbtenico (O)	3,42	,814	3,30	,93
prosim za pomoč pri izvajanju težkih fizičnih opravil (K)	3,72	,856	3,97	,88
za izvajanje težkih fizičnih opravil se poslužujem pripomočkov za delo (K)	2,44	,976	3,25	1,21
svoje delo organiziram na način, da fizične obremenitve enakomerno porazdelim (K)	3,38	,879	3,12	,93

Legenda: I – izbira; O – optimizacija; K – kompenzacija.

Vir: Žmauc idr. 2019a.

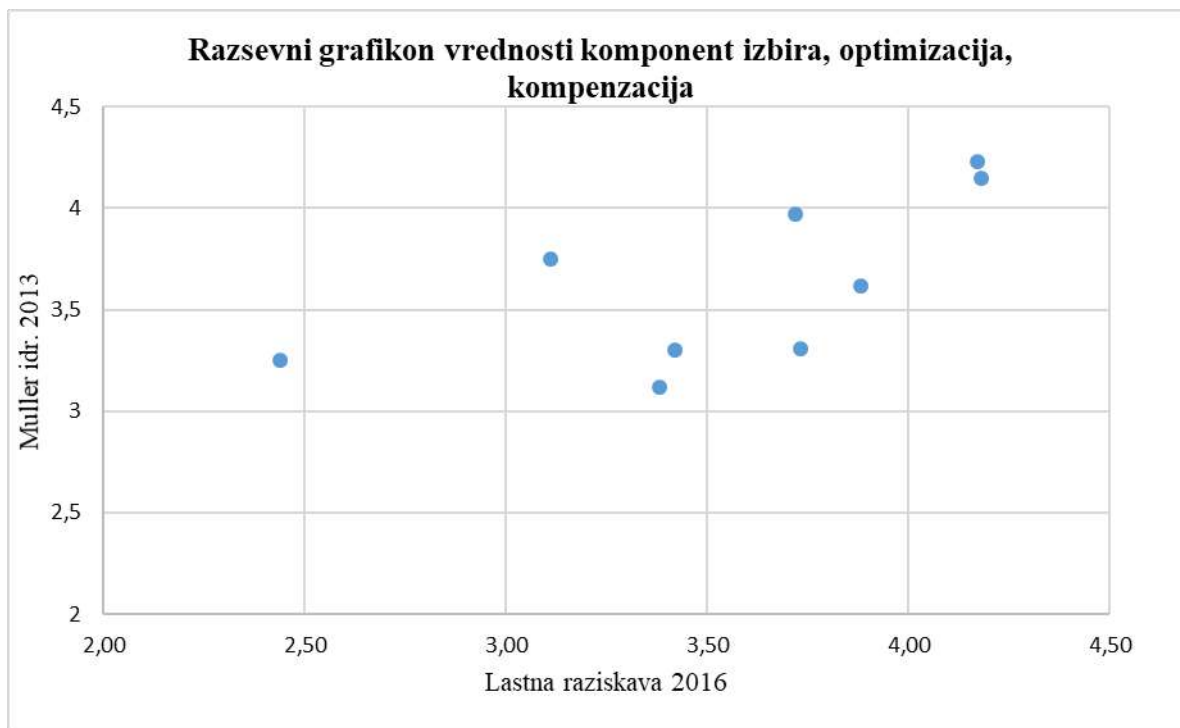
Eden od ciljev naše raziskave je bil tudi preveriti prilagojen model SOC avtorjev Müller idr. (2013, 1636). Raziskava (Žmauc idr. 2019a, 260) je pokazala, da so se sodelujoči v raziskavi pri svojem delu najbolj osredotočali na izvedbo delovne naloge. Največ se jih je opredelilo, da se osredotočajo na najpomembnejše opravilo pri izvedbi naloge ($M = 4,18 \pm 0,62$), sledili so tisti, ki najprej opravijo najpomembnejšo nalogo ($M = 4,17 \pm 0,71$) ter tisti, ki tudi v stresnih situacijah opravijo delovno nalogo do konca in nato nadaljujejo z drugo ($M = 3,88$

$\pm 0,80$). Ta sklop trditev je bil tudi najvišje ocenjen. Sledil je sklop trditev, ki so se nanašala na optimizacijo posameznika za doseg ciljev. Največ sodelujočih v raziskavi se je opredelilo, da se permanentno strokovno izobražujejo ($M = 3,73 \pm 3,73$), sledil je odgovor, da pri svojem delu zavestno uporabljajo tehnike, s katerimi varujejo hrbtenico ($M = 3,42 \pm 0,81$) in na koncu še najslabše ocenjena trditev, ki se nanaša na redno fizično vadbo ($M = 3,11 \pm 0,99$). Zadnje tri trditve, ki so se nanašale na kompenzacijo posameznika so pokazale, da sodelujoči v raziskavi največkrat prosijo za pomoč pri izvajanju težkih fizičnih opravil ($M = 3,72 \pm 0,86$), sledi, da svoje delo organizirajo na način tako, da fizične obremenitve enakomerno porazdelijo ($M = 3,38 \pm 0,88$) in najslabše ocenjena trditev, da za se izvajanje težkih fizičnih opravil se poslužujejo pripomočkov za delo ($M = 2,44 \pm 0,98$).

Razlika med našo raziskavo (Žmauc idr. 2019a, 258) in raziskavo, ki so jo opravili Müller idr. (2013, 1636) je starostna razlika sodelujočih v raziskavah, saj smo v raziskavo zajeli izvajalce zdravstvene nege 50+, medtem ko je starost njihovih respondentov bila v razponu med 21 in 63 let.

Želeli smo ugotoviti povezanost med rezultati naše raziskave in raziskave Müller idr. (2013, 1636). Izračunali smo Spearmanov korelacijski koeficient aritmetičnih srednjih vrednosti obeh raziskav ($r_s = 0,7$; $p = 0,05$). Ugotovljeno je bilo, da pri stopnji tveganja $\alpha = 0,05$, obstaja pozitivna monotona povezanost med našimi rezultati in rezultati Müller idr. (2013, 1636). To pomeni, da so sodelujoči obeh raziskav odgovarjali podobno. Z razsevnim diagramom smo povezanost odgovorov še grafično ponazorili (Slika 11).

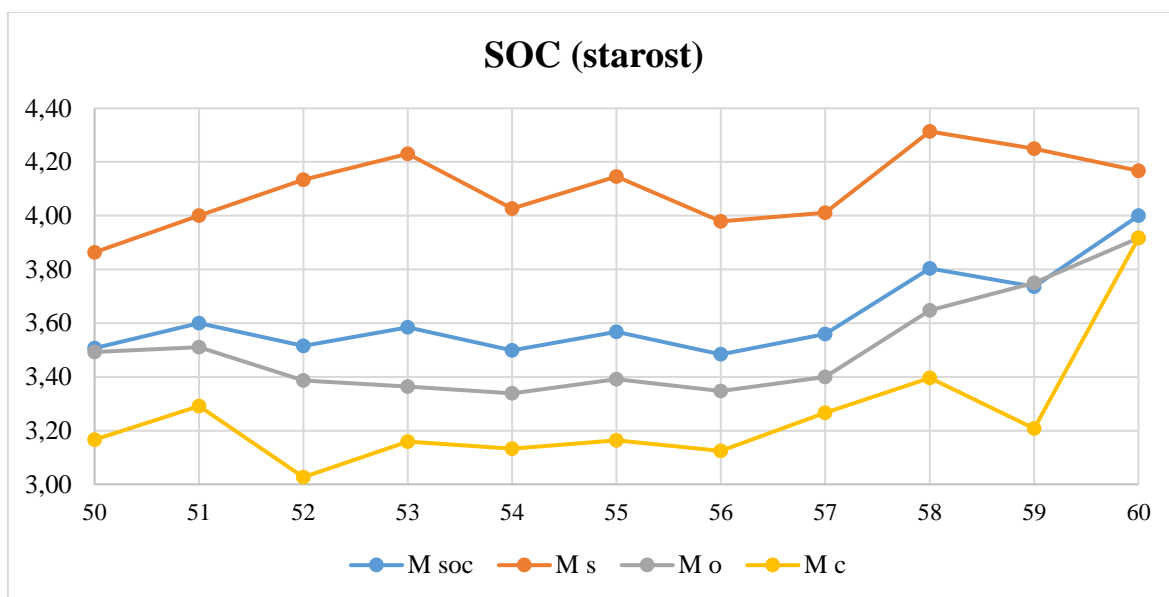
Slika 11: Razsevni diagram vrednosti komponent izbira, optimizacija in kompenzacija



Vir: Müller idr. 2013, 1636; Žmauc idr. 2019a, 260.

Z raziskavo smo želeli izvedeti še, ali se uporaba strategije SOC pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ spreminja s starostjo. Rezultate v obliki aritmetične srednje vrednosti, ki prikazujejo odnos posluževanja posameznih strategij modela SOC in SOC-a kot celote s strani izvajalcev zdravstvene nege 50+ v naši raziskavi skozi leta starosti, grafično prikažemo (Slika 12).

Slika 12: Prikaz uporabe SOC-a glede na starost izvajalcev zdravstvene nege 50+



Legenda: M_{soc} – aritmetična srednja vrednost celotnega instrumenta, M_s – aritmetična srednja vrednost za sklop »selection«, M_o – aritmetična srednja vrednost za sklop »optimisation«, M_c – aritmetična srednja vrednost za sklop »compensation«.

Vir: Žmauc idr. 2019a, 261.

V naši raziskavi (Žmauc idr. 2019a, 261) je bilo ugotovljeno, da se uporaba SOC občutno zviša pri starosti 58 let ($M = 3,80 \pm SD 0,42$) in je najvišja pri 60. letih ($M = 4,00 \pm 0,55$). Najbolj uporabljen element SOC-a pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ je izbira, ki doseže vrhunec pri 58. letih ($M = 4,31 \pm 0,49$). Uporaba optimizacije je nekoliko višja pri 51. letih ($M = 3,51 \pm SD 0,66$), nato rahlo pade in se občutno dvigne pri 58. letih ($M = 3,65 \pm 0,63$) ter se dviguje do 60. leta, ko doseže vrh ($M = 3,92 \pm 0,96$). Izvajalci zdravstvene nege 50+ se v naši raziskavi najmanj poslužujejo kompenzacije, ki je najnižja pri 52. letih ($M = 3,03 \pm 0,78$), nato pa se prav tako občutno dvigne pri 58. letih ($M = 3,40 \pm 0,51$), nato pri 59. letih nekoliko pade ter sledi zelo strm skok pri 60. letih ($M = 3,92 \pm 0,50$). V naši raziskavi se je starost 58 let pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ pokazala kot meja, ko se potreba po uporabi vseh treh strategij občutno poveča (Tabela 71).

3.6.8 Rezultati sklopa vprašanj »Pogoji dela«

V osmem sklopu smo sodelujoče v raziskavi vprašali »V kolikšni meri so prisotni poklicni dejavniki tveganja v vaši delovni enoti, ki izhajajo iz pogojev dela?«. Postavili smo 11 trditev (dejavnikov tveganja), katere prisotnost so sodelujoči ocenjevali po 5-stopenjski

Likertovi lestvici pri čemer pomeni ocena 1 – »zelo pogosto«, 2 – »pogosto«, 3 – »nevtralno«, 4 – »redko«, 5 – »zelo redko«. Tudi v anketnem vprašalniku_1 smo srednjemu managementu postavili enake trditve (dejavnike tveganja) z namenom primerjati odgovore obeh ciljnih skupin med seboj. Rezultate obeh raziskav smo tako prikazali v podpoglavju 5.4.2 Ocena pogojev dela (Tabela 53 in Tabela 54).

3.6.9 Rezultati sklopa »Varnost in zdravje pri delu«

V sledečem sklopu vprašanj smo želeli s strani izvajalcev zdravstvene nege 50+ izvedeti, ali delovno mesto, na katerem so zaposleni predstavlja tveganje za njihovo zdravje. Vprašanje je vsebovalo štiri tveganja, ki izhajajo iz delovnega mesta, prisotnost katerih so sodelujoči v raziskavi ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »zelo veliko«, 2 – »veliko«, 3 – »nevtralno«, 4 – »malo«, 5 – »zelo malo«. Rezultate smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost odgovorov (M), standardni odklon (SD) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov (Tabela 29).

Tabela 29: Tveganja delovnega mesta, ki jih dojemajo izvajalci zdravstvene nege 50+

Statistična spremenljivka	N	M	SD	Min	Max
možnost poškodb pri delu	431	3,04	1,128	1	5
možnost poklicnih bolezni	431	2,79	1,097	1	5
možnost poklicne izgorelosti	432	2,16	1,010	1	5
možnost stresa	431	2,01	,920	1	5

Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultati so pokazali, da za vse navedene dejavnike obstaja precej velika možnost, saj so bili odgovori v razponu od M = 2,01 do M = 3,04. Po mnenju sodelujočih v raziskavi na njihovem delovnem mestu obstaja največja možnost stresa, sledila je poklicna izgorelost, poklicne bolezni in na koncu še poškodbe pri delu.

3.6.10 Rezultati odgovorov na vprašanje »Pogled v prihodnost«

Vprašanje, ki je bilo usmerjeno v prihodnost je vsebovalo štiri trditve, ki so jih sodelujoči v raziskavi ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »sploh se ne strinjam«, 2 – »se ne strinjam«, 3 – »niti, niti«, 4 – »se strinjam«, 5 – »povsem se strinjam«. Rezultate smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost odgovorov (M), standardni odklon (SD) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov (Tabela 30).

Tabela 30: Prihodnost, kot jo vidijo izvajalci zdravstvene nege 50+

Statistična spremenljivka	M	SD	Min	Max
ko več ne bom zmogel pričakovanih obremenitev, pričakujem, da me premestijo	3,29	1,081	1	5
v naši delovni organizaciji je dovolj delovnih mest, prilagojenih starejšim zaposlenim	2,26	,995	1	5
zaradi starejših zaposlenih bo potrebno prilagoditi poti za doseg ciljev organizacije	3,71	,946	1	5
na povečano število starejših zaposlenih v naši delovni organizaciji še nismo pripravljeni	3,94	,912	1	5

Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultati raziskave so pokazali, da so se izvajalci zdravstvene nege 50+, najmanj strinjali s trditvijo, da je v njihovi delovni organizaciji dovolj delovnih mest prilagojenih starejšim zaposlenim ($M = 2,26 \pm 0,995$). Sledi rezultat, ki kaže na to, da so se šibko strinjali z možnostjo premestitve ($M = 3,29 \pm 1,081$) na drugo delovno mesto, v kolikor ne bi več zmogli pričakovanih obremenitev. Nekoliko več strinjanja ($M = 3,71 \pm 0,946$) so izrazili pri trditvi, da se bodo morale zaradi starejših zaposlenih prilagoditi poti za doseg ciljev organizacije. Največ strinjanja je bilo s trditvijo, da v delovni organizaciji, v kateri so zaposleni, še niso pripravljeni na povečano število starejših zaposlenih ($M = 3,94 \pm 0,912$).

3.6.11 Rezultati sklopa vprašanj »Reorganizacija delovnih pogojev«

Enajsti in zadnji sklop vprašanj v anketnem vprašalniku_2 je bil sestavljen iz štirih vprašanj, ki so se nanašala na reorganizacijo delovnih pogojev, prilagojenih starejšim izvajalcem zdravstvene nege.

Prvo vprašanje enajstega sklopa »V kolikšni meri bi posamezni predlog prispeval k temu, da bi bilo delovno mesto bolj prilagojeno starejšim zaposlenim v zdravstveni negi?« je vsebovalo 12 predlogov za reorganizacijo delovnega okolja, za katere so sodelujoči v raziskavi izražali strinjanje po 5-stopenjski Likertovi lestvici pri čemer pomeni ocena 1 – »sploh se ne strinjam«, 2 – »se ne strinjam«, 3 – »niti, niti«, 4 – »se strinjam«, 5 – »povsem se strinjam«. Enako vprašanje smo postavili tudi srednjemu managementu v anketnem vprašalniku_1 (točka 6.1) z namenom primerjati odgovore obeh ciljnih skupin med seboj. Rezultati so pomembni za preverjanje hipoteze (H5), ki se glasi »Med srednjim managementom in zaposlenimi 50+ v bolnišnični dejavnosti obstajajo razlike v naklonjenosti spremembam v smislu ukrepov za humanizacijo dela, upoštevajoč potrebe starejših na področju zdravstvene nege«, zato so rezultati prikazani v poglavju 6.5 Preverjanje hipotez (Tabela 66).

Na **drugo vprašanje** zadnjega sklopa »Ali menite, da obstajajo pogoji za implementacijo predlaganih ukrepov iz predhodnega vprašanja v vašo delovno enoto?« so imeli sodelujoči v raziskavi možnost odgovoriti z »da«, »ne« in »ne vem«. Izračunali smo frekvence (f) in odstotke frekvenc (f %) odgovorov (Tabela 31).

Tabela 31: Obstoj pogojev za implementacijo ukrepov za reorganizacijo delovnega okolja

Odgovor	f	f (%)
da	116	26,8
ne	115	26,6
ne vem	201	46,4
ni odgovora	1	0,2
skupaj	433	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultati so pokazali, da izvajalci zdravstvene nege 50+ v večini »ne vedo« (46,4 %), ali obstajajo pogoji za implementacijo ukrepov za reorganizacijo delovnega okolja, ki bi bilo bolj prijazno starejšim izvajalcem zdravstvene nege. Odgovora »da« in »ne« sta bila

zastopana v skoraj enakem deležu, saj jih je z »da« odgovorilo 26,8 % sodelujočih in 26,6 % z »ne«.

Tretje vprašanje »Ste mnenja, da management prilagaja organizacijo dela potrebam starejših zaposlenih?« je ponujalo štiri možne odgovore, in sicer »da«, »mogoče kdaj«, »ne« in »ne vem«. Odgovore smo prikazali kot frekvence (f) in odstotke frekvenc (f %) odgovorov (Tabela 32).

Tabela 32: Prilagajanje organizacije dela potrebam izvajalcem zdravstvene nege 50+

Odgovor	f	f (%)
da	34	7,9
mogoče kdaj	172	39,7
ne	174	40,2
ne vem	52	12,0
ni odgovora	1	0,2
skupaj	433	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Sodelujoči v raziskavi so se v najvišjem deležu (40,2 %) opredelili, da se organizacija dela »ne prilagaja« potrebam starejših zaposlenih. Skoraj podoben rezultat je dal odgovor, da se to zgodi »mogoče kdaj« (39,7 %). Odgovor »da« je bil zastopan v najnižjem deležu (7,9 %).

Zadnje četrto vprašanje zadnjega sklopa vprašanj anketnega vprašalnika_2 »Ali bi ostali delovno aktivni tudi, ko dosežete upokojitveno starost?« je pomembno za vpogled, kako o svoji prihodnosti razmišljajo starejši izvajalci zdravstvene nege in koliko lahko na njih računa management v zdravstvenih organizacijah pri načrtovanju strategij v prihodnosti. Vprašanje je ponujalo pet odgovorov, in sicer »da, absolutno«, »ne, nikakor«, »mogoče, pod določenimi pogoji«, »bi razmislil(a)« in »ne vem«. Izračunali smo frekvence (f) in odstotke frekvenc (f %) odgovorov (Tabela 33).

Tabela 33: Namera ostati v službi tudi po dosegu upokojitvene starosti

Odgovor	f	f (%)
da, absolutno	37	8,5
ne, nikakor	227	52,4
mogoče, pod določenimi pogoji	65	15,0
bi razmislil(a)	72	16,6
ne vem	31	7,2
ni odgovora	1	0,2
skupaj	433	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

3.7 Rezultati merjenja delovne sposobnosti (WAI)

V teoretičnem delu smo delovni sposobnosti namenili poseben poudarek. Naučili smo se, da je delovna sposobnost ravnovesje med delom in individualnimi zmožnostmi. Kadar je le-to dobro usklajeno, je delovna sposobnost dobra. V nasprotnem primeru se kaže v slabši oceni delovne sposobnosti, ki lahko vodi v absentizem, fluktuacijo in številne druge negativne posledice, ki imajo vpliv na organizacijo dela in dosego ciljev delovne organizacije. Zato smo se odločili, da bomo pri izvajalcih zdravstvene nege 50+, ki so sodelovali v raziskavi, izmerili tudi delovno sposobnost z namenom ugotoviti, kakšno je stanje na proučevanem področju v slovenskem prostoru. Od ocene delovne sposobnosti so v nadaljevanju odvisne strategije, ki jih bomo vključili v model uspešnega staranja izvajalcev zdravstvene nege.

Delovno sposobnost merimo s standardiziranim vprašalnikom, ki ga sestavlja sedem dimenzij. Odgovori v vprašalniku se točkujejo po navodilih (Tuomi idr. 1998, 5).

Tabela 34: Točkovanje rezultatov WAI po posameznih dimenzijah

Dimenzije raziskave	Točke
1 trenutna delovna sposobnost v primerjavi z najboljšo doslej	0–10
2 delovna sposobnost glede na zahteve dela	2–10
3 število trenutnih bolezni z zdravniško diagnozo (kratka ali dolga verzija)	1–7
4 ocena oviranosti pri delu zaradi zdravstvenega stanja	1–6
5 odsotnost zaradi bolezni v zadnjih 12 mesecih	1–5
6 prognoza delovne sposobnosti za naslednji dve leti	1,4,7
7 ocena mentalnega stanja	1–4
ocena WAI	7–49

Vir: Tuomi idr. 1998, 5.

Rezultat je torej ocena oziroma indeks delovne sposobnosti, ki je v razponu od 7 do 49 (Tabela 34). V kolikor je rezultat decimalno število, ga zaokrožimo navzgor. Skupna ocena delovne sposobnosti se tako uvršča v eno izmed štirih kategorij, in sicer »nizka/slaba« (rezultat od 7 do 27 točk), »zmerna« (rezultat od 28 do 36 točk), »dobra« (rezultat od 37 do 43 točk) in »odlična« (rezultat od 44 do 49 točk). V nadaljevanju bomo prikazali rezultate vseh sedmih vprašanj instrumenta za merjenje WAI, kot sledijo po vrsti ter primerjave med oceno WAI in drugimi spremenljivkami, kot so namera ostati v službi po preteku upokojitvene starosti, trenutno oceno delovne sposobnosti, demografskimi dejavniki, organizacijo dela, pogoji dela, življenjskim slogom in področjem dela.

3.7.1 Rezultati merjenja WAI po vprašanjih, kot si sledijo v vprašalniku

Instrument za merjenje delovne sposobnosti sestavlja 7 vprašanj, ki se nanašajo na 7 dimenzij, katerih rezultate smo v nadaljevanju prikazali po vrsti tako, kot si sledijo v originalni verziji.

Za izračun WAI je bilo zelo pomembno uvodno vprašanje, ki se nanaša na zahtevnost delovnega mesta, in sicer smo sodelujočim v raziskavi postavili vprašanje »Ali je vaše delovno mesto psihično zahtevno, fizično zahtevno ali psihično in fizično zahtevno?«. Rezultate smo predstavili kot frekvence (f) in odstotke frekvenc (f %) (Tabela 35).

Tabela 35: Ocena zahtevnosti delovnega mesta kot ga dojemajo izvajalci zdravstvene nege 50+

Odgovor	f	f (%)
psihično zahtevno	42	9,7
fizično zahtevno	5	1,2
psihično in fizično zahtevno	386	89,1
skupaj	433	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Ugotovili smo, da se je večina (89,1 %) izvajalcev zdravstvene nege 50+, sodelujočih v naši raziskavi, opredelila, da je njihovo delovno mesto psihično in fizično zahtevno. Tudi avtorji merskega instrumenta za merjenje WAI (Tuomi idr. 1998, 6) zdravstveno nego navajajo kot primer, ki se umešča v psihično in fizično zahtevno področje dela. Opredelitev sodelujočih glede zahtevnosti delovnega mesta smo upoštevali pri izračunu rezultatov drugega vprašanja.

Prvo vprašanje se nanaša na trenutno delovno sposobnost. Z nagovorom »Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost v primerjavi s svojo najvišjo delovno sposobnostjo doslej«, smo nagovorili izvajalce zdravstvene nege 50+, da v intervalu od 0 do 10 ocenijo svojo trenutno delovno sposobnost (WAS – ang.: Work Ability Score), pri čemer upoštevajo, da ocena 10 pomeni najvišjo delovno sposobnost, ki se nato znižuje proti 1 (popolnoma nezmožen za delo). Ocena 0 pomeni, da trenutno ne delajo. Izračunali smo mediano (Me), aritmetično srednjo vrednost odgovorov in standardni odklon ($M \pm SD$), mediano (Me) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov (Tabela 36).

Tabela 36: Trenutna delovna sposobnost pri izvajalcih zdravstvene nege 50+

Statistična spremenljivka	M	SD	Me	Min	Max
trenutna delovna sposobnost	7,85	1,59	8	0	10

Vir: Lastna raziskava 2016.

Ugotovljeno je bilo, da sta aritmetična srednja vrednost in standardni odklon trenutne delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege 50+, v naši raziskavi $7,85 \pm 1,59$ ter mediana 8.

Drugo vprašanje se je nanašalo na delovno sposobnost glede na zahteve dela. Z nagovorom »Ocenite svojo delovno sposobnost glede na zahteve dela« smo sodelujoče pozvali, da trditvi, ki sestavljata to vprašanje, ocenijo po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »zelo slabo«, 2 – »precej slabo«, 3 – »zmerno«, 4 – »precej dobro«, 5 – »zelo dobro«. Sodelujoči v raziskavi so ocenjevali dve trditvi, in sicer:

- oceno trenutne delovne sposobnosti glede na fizične zahteve svojega dela;
- oceno trenutne delovne sposobnosti glede na psihične zahteve svojega dela.

Vsem sodelujočim v raziskavi, ki so se v uvodnem vprašanju opredelili, da delajo na fizično zahtevnem delovnem mestu, se ocena trenutne delovne sposobnosti v zvezi s fizičnimi zahtevami dela obteži oziroma množi z 1,5. Ocena, ki se nanaša na trenutno delovno sposobnost v zvezi s psihičnimi zahtevami dela pa z 0,5.

Obratno je v primeru, ko so se sodelujoči v raziskavi v uvodnem vprašanju opredelili, da je njihovo delovno mesto psihično zahtevno. Ocena trenutne delovne sposobnosti v zvezi s fizičnimi zahtevami dela se obteži oziroma množi z 0,5 ter ocena, ki se nanaša na trenutno delovno sposobnost v zvezi s psihičnimi zahtevami dela z 1,5.

V primeru, ko so se sodelujoči v raziskavi pri uvodnem vprašanju opredelili, da je njihovo delovno mesto psihično in fizično zahtevno, ostane ocena nespremenjena (večina sodelujočih v naši raziskavi).

Ocena druge točke WAI je vsota obeh vrednosti. Rezultat se lahko nahaja v intervalu med 2 in 10. Rezultate smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost (M), mediano (Me), standardni odklon (SD), minimum (Min) in maksimum (Max) ocene WAI (Tabela 41).

Tretja dimenzija vprašalnika, ki meri WAI, se nanaša na trenutne zdravstvene težave, pri čemer so za izmero WAI pomembne bolezni oziroma zdravstvene težave z zdravniško diagnozo. V naši raziskavi smo uporabili instrument za merjenje WAI kratke verzije. Kratko verzijo instrumenta WAI so razvili v Nemčiji (WAI-Netzwerk Deutschland, 2015a) in se od originala razlikuje v 3. točki, ki ima namesto seznama 51 bolezni na voljo 14 skupin bolezni. Razlika je v točkovanju števila skupin bolezni. Zato smo pri točkovanju 3. točke upoštevali navodila glede točkovanje s strani WAI-Netzwerk Deutschland (2015b), kot sledi:

- 5 in več skupin bolezni – 1 točko;

- 4 skupine bolezni – 1 točko;
- 3 skupine bolezni – 3 točke;
- 2 skupini bolezni – 3 točke;
- 1 skupina bolezni – 5 točk;
- brez bolezni – 7 točk

Rezultate, ki kažejo na število bolezni izvajalcev zdravstvene nege 50+, smo točkovali in prikazali kot frekvence (f) ter odstotke frekvenc (f %) (Tabela 37).

Rezultate, ki smo jih ustrezno točkovali po navodilih avtorjev instrumenta, smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost, mediano, standardni odklon, minimum in maksimum ocene (Tabela 41).

Tabela 37: Število bolezni/ diagnoz pri izvajalcih zdravstvene nege 50+

Število diagnoz	Točke WAI	f	f (%)
5 in več diagnoz	1	33	7,6
4 diagnoze	1	46	10,6
3 diagnoze	3	58	13,4
2 diagnozi	3	74	17,1
1 diagnoza	5	122	28,2
brez bolezni	7	100	23,1
skupaj		433	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Ugotovili smo, da je največ izvajalcev zdravstvene nege 50+, ki so sodelovali v naši raziskavi, imelo eno bolezen, za katero je diagnozo postavil zdravnik (28,2 %), sledili so tisti brez bolezni oziroma brez zdravstvenih težav (23,1 %) ter tisti z dvema diagnozama s strani zdravnika (17,1 %). Najmanj sodelujočih v raziskavi je imelo 5 in več bolezni, ki jih je diagnosticiral zdravnik (7,6 %).

Četrto vprašanje vprašalnika WAI se je nanašalo na oceno, ali trenutno zdravstveno stanje predstavlja za sodelujoče v raziskavi oviro pri opravljanju dela. Vprašanje je ponujalo šest odgovorov, ki smo jih točkovali od 1 do 6. V primeru več odgovorov smo za potrebe izračuna

WAI po navodilih avtorjev uporabili najslabše točkovani odgovor. Rezultate na četrto vprašanje smo točkovali in prikazali v tabeli 38 kot frekvence (f) ter odstotke frekvenc (f %).

Rezultate, ki smo jih ustrezno točkovali po navodilih avtorjev instrumenta, smo prikazali še v skupni tabeli kot aritmetično srednjo vrednost, mediano, standardni odklon, minimum in maksimum ocene (Tabela 41).

Tabela 38: Ocena oviranosti pri delu zaradi zdravstvenih težav izvajalcev zdravstvene nege 50+

Odgovori	Točke WAI	f	f (%)
ni ovira/nimam bolezni	6	73	16,9
sposoben(a) sem opraviti svoje delo, čeprav so nekateri zdravstveni simptomi prisotni	5	154	35,6
včasih moram upočasniti tempo ali prilagoditi svoj način dela	4	150	34,6
pogosto moram upočasniti tempo ali prilagoditi svoj način dela	3	25	5,8
imam občutek, da zmorem le skrajšani delovni čas	2	31	7,2
menim, da sem popolnoma nezmožen(a) za delo	1	-	-
skupaj		433	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Raziskava je pokazala, da se je največ (35,6 %) izvajalcev zdravstvene nege 50+ opredelilo, da so sicer sposobni opravljati svoje delo, čeprav so nekateri zdravstveni simptomi že prisotni. Sledijo tisti, ki včasih že morajo upočasniti svoj tempo ali prilagoditi način dela (34,6 %). Najmanj se jih je opredelilo za odgovor, da morajo pogosto upočasniti tempo ali prilagoditi svoj način dela (5,8 %). Nihče od sodelujočih v raziskavi se ni opredelil, da je popolnoma nezmožen za delo.

Peta dimenzija vprašalnika WAI se nanaša na odsotnost iz dela zaradi bolezni. Vprašanje »Koliko ste bili odsotni iz dela zaradi bolezni v zadnjih 12 mesecih?« je ponujalo pet možnosti, ki jih je bilo možno točkovati od 1 do 5. Tabela 39 prikazuje frekvence (f) in odstotke frekvenc (f %).

Ustrezno točkovane rezultate smo prikazali še v skupni tabeli kot aritmetično srednjo vrednost, mediano, standardni odklon, minimum in maksimum ocene (Tabela 41).

Tabela 39: Prikaz odsotnosti zaradi bolezni izvajalcev zdravstvene nege 50+ v zadnjih 12 mesecih

Odgovori	Točke WAI	f	f (%)
nič dni	5	237	54,7
največ 9 dni	4	90	20,8
10 do 24 dni	3	62	14,3
25 do 99 dni	2	27	6,2
100 do 354 dni	1	17	3,9
skupaj		433	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Izračunali smo, da več kot polovica (54,7 %) izvajalcev zdravstvene nege 50+ v zadnjih 12 mesecih ni koristilo bolniškega dopusta. Največ 9 dni ga je koristilo 20,8 % sodelujočih v raziskavi, sledili so jim tisti z 10 do 24 dni (14,3 %) odsotnosti zaradi bolezni v preteklem letu. Najmanj sodelujočih v raziskavi (3,9 %) je bolniško odsotnost v zadnjem letu koristilo od 100 do 354 dni.

Šesto vprašanje iz vprašalnika WAI se je nanašalo na prognozo delovne sposobnosti za naslednji dve leti. Vprašanje »Ali verjamete, da boste glede na vaše zdravstveno stanje zmogli opravljati svoje trenutno delo še naslednji dve leti?« je ponujalo tri odgovore, ki smo jih točkovali z 1, 4 in 7. Rezultate smo prikazali kot frekvence (f) in odstotke frekvenc (f %) (Tabela 40).

Rezultate šestega vprašanja prikažemo še kot aritmetično srednjo vrednost, mediano, standardni odklon, minimum in maksimum ocene (Tabela 41).

Tabela 40: Prikaz prognoze delovne sposobnosti zaposlenih v zdravstveni negi 50+, v naslednjih dveh letih

Odgovori	Točke WAI	f	f (%)
zelo verjetno, da bom lahko	7	297	68,6
nisem prepričan(a), da bom lahko	4	122	28,2
malo verjetno, da bom lahko	1	14	3,2
skupaj		433	100,0

Vir: Lastna raziskava 2016.

Večina (68,6 %) izvajalcev zdravstvene nege 50+ se je opredelila, da bodo zelo verjetno lahko svoje trenutno delo opravljali v naslednjih dveh letih. O tem ni bilo prepričanih 28,2 %. Le 3,2 % jih je menilo, da je to malo verjetno.

Zadnja, **sedma dimenzija** iz vprašalnika WAI je podala oceno mentalnega stanja sodelujočih v raziskavi in se osredotoča na zadnje tri mesece. Vprašanje je ponujalo tri trditve, ki se nanašajo na »sposobnost uživanja pri opravljanju vsakdanjih obveznosti«, »biti aktiven in razpoložen ter »optimističen glede svoje prihodnosti«. Sodelujoči v raziskavi trditve ocenjujejo po 5-stopenjski Likertovi lestvici od 0 do 4. Rezultat predstavlja vsota vseh treh odgovorov, ki se nato točkuje na naslednji način:

- vsota 0 do 3 = 1 točka;
- vsota 4 do 6 = 2 točki;
- vsota 7 do 9 = 3 točke;
- vsota 10 do 12 = 4 točke.

Rezultate vseh sedmih dimenzij vprašalnika WAI smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost (M), standardni odklon (SD), mediano (Me), minimum (Min) in maksimum (Max) ocene skupaj z drugimi ocenami vprašalnika WAI (Tabela 41).

Tabela 41: Prikaz izračunanih vrednosti sedmih dimenzij merskega instrumenta WAI

Element	M	SD	Me	Min	Max
1 trenutna delovna sposobnost v primerjavi z najboljšo doslej	7,85	1,59	8	0	10
2 delovna sposobnost glede na zahteve dela	7,40	1,41	8	2	10
3 število trenutnih bolezni z zdravniško diagnozo (kratka verzija)	4,12	2,07	5	1	7
4 ocena oviranosti pri delu zaradi zdravstvenega stanja	4,49	1,06	5	2	6
5 odsotnost zaradi bolezni v zadnjih 12 mesecih	4,16	1,13	5	1	5
6 prognoza delovne sposobnosti za naslednji dve leti	5,96	1,62	7	1	7
7 ocena mentalnega stanja	2,99	0,77	3	1	4
Indeks delovne sposobnosti (WAI)	36,98	6,46	38	10	49

Vir: Žmauc idr. 2019b, 267.

V originalni verziji ocene delovne sposobnosti so avtorji merskega instrumenta (Tuomi idr. 1998, 3) za prikaz rezultatov (ocen WAI) celotnega vzorca uporabili mediano kot merilo centralne tendence. V naši raziskavi (Žmauc idr. 2019b, 267) smo pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ izračunali tako mediano (Me = 38) kot aritmetično srednjo vrednost oceno WAI, ki je znašala 36,98 (SD 6,46), saj slednjo navaja večina avtorjev drugih raziskav. Sicer pa se je izračunana vrednost WAI gibala med oceno 10 in 49. V nadaljevanju smo naredili še analizo rezultatov po kategorijah in jih prikazali v obliki frekvenc (f) ter odstotka frekvenc (f %) za posamezno kategorijo (Tabela 42).

Tabela 42: Ocena WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ po kategorijah

Ocena WAI	f	f (%)
slabo (7–27)	36	8,31
zmerno (28–36)	146	33,72
dobro (37–43)	180	41,57
odlično (44–49)	71	16,40
skupaj	433	100,0

Vir: Žmauc idr. 2019b, 267.

Rezultati merjenja delovne sposobnosti pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ so pokazali, da je največ sodelujočih v raziskavi imelo izračunano »dobro« oceno delovne sposobnosti (41,57 %), sledijo tisti z »zmerno« oceno delovne sposobnosti (33,72 %) ter tisti z »odlično« oceno (16,40 %). »Nizko/slabo« oceno delovne sposobnosti smo izračunali pri 8,31 % sodelujočih v raziskavi.

3.7.2 Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi z namero ostati v službi po preteku upokojitvene starosti

Rezultati na zadnje vprašanje anketnega vprašalnika_2 (Tabela 33), ki je ključno za načrtovanje strategij v prihodnosti so pokazali, da se je več kot polovica (52,2 %) izvajalcev zdravstvene nege 50+ opredelila, da nikakor ne bi ostali v službi po tem, ko bi dosegli upokojitveno starost. O tej možnosti »bi razmislilo« 16,6 % sodelujočih v raziskavi, pod »določenimi pogoji« bi jih ostalo 15,0 %. Rezultati so pokazali precej nizki delež tistih, ki bi »absolutno ostali« (8,5 %) in tistih, ki tega »ne vedo« (7,2 %).

Ker je za pripravo prihodnjih strategij zelo pomembno, kdo so zaposleni, ki so pripravljeni nadaljevati z delom tudi po dosegu upokojitvene starosti in s tem lahko pomembno pripomorejo k reševanju kadrovskega deficita na področju zdravstvene nege v prihodnosti, smo želeli izvedeti ali je njihovo stališče povezano z oceno WAI. Pri stopnji tveganja $\alpha = 0,05$ smo izračunali Pearsonov koeficient korelacije med namero ostati v službi tudi po preteku upokojitvene starosti in oceno WAI ($r = 0,21$; $p < 0,00001$). Iz rezultata lahko sklepamo, da so imeli tisti, ki bi ostali v službi statistično pomembno višjo aritmetično srednjo vrednost WAI v primerjavi z ostalimi pri stopnji značilnosti.

Z opisno statistiko smo želeli predstaviti tudi rezultate ocene WAI tistih sodelujočih v raziskavi, ki bi po preteku upokojitvene starosti bili še pripravljene delati in ostalih, ki so se opredelili drugače. Rezultate smo prikazali kot aritmetično srednjo (M), standardni odklon (SD) ter minimum (Min) in maksimum (Max) ocene WAI (Tabela 43).

Tabela 43: Razlika ocene WAI med odgovori, ki se nanašajo na namen ostati v službi tudi po doseg upokojitvene starosti

Odgovor	f	M	SD	Min	Max
da, absolutno	37	41,47	5,12	31	49
preostali odgovori	396	36,59	6,27	14	49

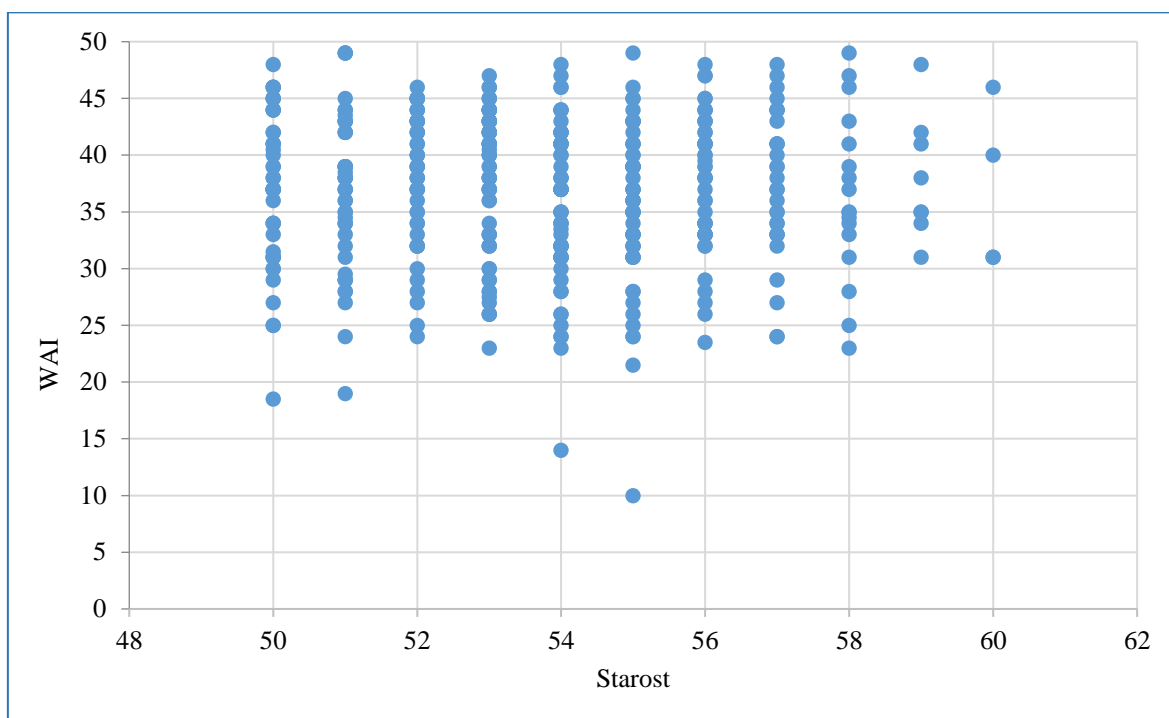
Vir: Lastna raziskava 2016.

Ugotovili smo, da imajo izvajalci zdravstvene nege 50+, ki so se opredelili, da bi ostali v službi tudi po preteku upokojitvene starosti višjo aritmetično srednjo vrednost ocene WAI ($M = 41,47 \pm 5,12$), ki spada v kategorijo »dobro«, v primerjavi z ostalimi ($M = 36,59 \pm 6,27$), ki spada v kategorijo »zmerno« oceno WAI.

3.7.3 Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi s starostjo

V nadaljevanju smo želeli ugotoviti, ali je ocena WAI v odvisnosti od starosti sodelujočih v naši raziskavi. Starost predstavlja neodvisno, ocena WAI pa odvisno spremenljivko. Narisali smo razsevni diagram in ugotovili, da so rezultati WAI videti precej konstantni skozi leta starosti in so se grupirali okoli izračunane aritmetične srednje vrednosti (Slika 13).

Slika 13: Razsevni diagram ocene WAI v odvisnosti od starosti sodelujočih v raziskavi



Vir: Žmauc idr. 2019b, 268.

Linearni odnos spremenljivk starost in WAI smo testirali s Pearsonovim koeficientom korelacije. Ugotovljeno je bilo, da spremenljivki ob predpostavki $\alpha = 0,05$ nista statistično pomembno linearno odvisni ($r = -0,021$; $p = 0,66$). Ker nekateri viri ugotavljajo ekstrem WAI v proučevani starosti, smo predpostavili funkcijsko odvisnost s polinomom druge stopnje in ocenili kakovost regresijske funkcije (Tabela 44).

Tabela 44: Določitev regresijske funkcije

Vrsta funkcije	Koeficienti			Ocena kakovosti*
	a	b	c	
linearni regresijski model: $Y = aX + b$	-0,05646	39,98181	/	6,459
polinom druge stopnje: $Y = aX^2 + bX + c$	0,0307	-3,3793	+129,61	6,456

* standardni odklon regresijske funkcije od vrednosti pojava

Vir: Lastna raziskava 2016.

Ker je bilo ugotovljeno, da ima polinomska funkcija manjši standardni odklon od linearne in se bolje prilega podatkom ($n = 433$) kot linearna regresijska funkcija (Tabela 44), smo za

opis odvisnosti spremenljivk izbrali polinom druge stopnje, ki smo mu izračunali pripadajoče koeficiente. Z enačbo $x = -b/(2a)$ smo analitično izrazili ekstrem polinoma. Izračunano je bilo, da je v našem primeru ocena WAI dosegla najnižjo vrednost pri 55. letih in znašala 36,61 točk. Tudi nekateri drugi avtorji so zaznali ekstrem v poteku WAI glede na starost sodelujočih v raziskavi.

3.7.4 Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi s trenutno oceno delovne sposobnosti

Ocena trenutne delovne sposobnosti je sestavni del instrumenta za merjenje delovne sposobnosti in se nahaja v intervalu ocen med 0 in 10. Višja ocena pomeni višjo delovno sposobnost in obratno. Ocena 0 pomeni, da sodelujoči v raziskavi trenutno ne dela. V naši raziskavi smo želeli ugotoviti povezavo med trenutno delovno sposobnostjo in WAI. Trenutna delovna sposobnost in WAI sta kardinalni spremenljivki, zato smo lahko raziskali njuno povezanost. Na osnovi izrisa razsevnega diagrama je bila ugotovljena pozitivna linearna povezanost med obema spremenljivkama (Slika 14).

Slika 14: Razsevni diagram povezanosti med oceno WAI in trenutne delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege 50+



Vir: Žmauc idr. 2019b, 268.

Ker smo želeli kvantificirati linearno odvisnost spremenljivk, smo izračunali Pearsonov koeficient korelacije in izmerili linearno odvisnost med spremenljivkama trenutna delovna sposobnost (WAS) in WAI. Ugotovljeno je bilo, da sta obe spremenljivki močno linearno povezani ($r = 0,7347$; $p < 0,00001$).

Rezultat smo želeli posplošiti na celotno populacijo. Uporabljena je bila parametrična metoda statističnega sklepanja. Postavili smo ničelno hipotezo o povezanosti spremenljivk, in sicer trenutna delovna sposobnost (WAS) in WAI:

$H_0: \rho = 0$ Spremenljivki nista povezani.

$H_a: \rho \neq 0$ Spremenljivki sta povezani.

Izračunana je bila testna statistika $t = 22,4814$. Pri stopnji tveganja $\alpha = 0,05$ in stopnji prostosti (SP) = 433 je bila odčitana vrednost $t_{krit} = 1,965$. Ker je bilo ugotovljeno $t > t_{krit}$, H_0 zavrnamo in pri stopnji značilnosti $\alpha = 0,05$ sprejmemo alternativno hipotezo H_a , da sta spremenljivki trenutna delovna sposobnost (WAS) in WAI linearno povezani.

S pomočjo Fisherjeve transformacije smo pri stopnji tveganja $\alpha = 0,05$ določili še interval, znotraj katerega leži parameter ρ (Zar 1996, 376).

Tabela 45: Izračun intervala zaupanja koeficienta korelacije ρ

r	w	s(w)	l_1	l_2	inv l_1	inv l_2
0,7347	0,9388	0,0482	1,0333	0,8443	0,775	0,688

Legenda: r – koeficient korelacije vzorca; w – Fisherjeva z transformacija koeficienta r; s(w) – limita zaupanja $(1 - \alpha)$ v z prostoru; l_1 in l_2 – meji intervala v transformacijskem z prostoru; inv l_1 in inv l_2 – inverzna transformacija mej intervala koeficienta korelacije populacije ρ .

Vir: Lastna raziskava 2016.

Ugotovljeno je bilo (Tabela 45), da koeficient korelacije ρ (rho) z gotovostjo 95,0 % leži na intervalu med 0,688 in 0,775, kar pomeni, da sta WAI in trenutna delovna sposobnost (WAS) močno linearno povezani spremenljivki (Sheskin 2004, 956).

3.7.5 Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi z demografskimi dejavniki

Pri analizi demografskih kazalcev izvajalcev zdravstvene nege 50+ smo iskali tudi povezave z WAI in ugotovili, da le-te obstajajo. Izpostavili smo izobrazbo, maritalni status, delovni čas in obliko dela. Rezultate smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost ocene WAI in

standardni odklon ($M \pm SD$), mediano (Me) ter minimum in maksimum ocene WAI (Tabela 46).

Tabela 46: Ocena WAI v povezavi z demografskimi dejavniki izvajalcev zdravstvene nege 50+

WAI						
Demografski dejavniki	f	M	SD	Me	Min	Max
Izobrazba						
srednješolska	323	36,45	6,45	37	10	49
višješolska in več skupaj	107	38,42	6,28	39	14	49
višja šola	28	35,92	5,74	36,5	19	46
visoka strokovna	74	39,12	6,33	41	14	49
univerzitetna	5	42,0	4,52	44	35	46
Oblika dela						
enoizmenski	106	37,28	6,88	38	14	48
dvoizmenski	94	35,30	6,14	35,5	19	48
triizmenski	211	37,69	6,19	38	10	49
Delovni čas						
skrajšani delovni čas	24	29,33	6,11	28,5	19	44
polni delovni čas	409	37,39	6,21	38	10	49
Maritalni status						
samski	35	39,91	4,74	41	31	49
ostali odgovori skupaj	396	36,67	6,54	37	10	49

Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultati naše raziskave so pokazali, da se ocena WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ razlikuje glede na izobrazbeno raven. Najprej smo sodelujoče v raziskavi razdelili v dve skupini, in sicer tiste s srednjo izobrazbo ter vse ostale, ki so imeli najmanj višjo izobrazbo. Rezultati so pokazali višji WAI pri skupini z višješolsko izobrazbo in več ($M = 38,42 \pm 6,28$; $Me = 39$), v primerjavi s sodelujočimi v raziskavi s srednješolsko izobrazbo ($M = 36,45 \pm 6,45$; $Me = 37$). Najvišji WAI smo izračunali pri izvajalcih zdravstvene nege 50+, ki so imeli univerzitetno izobrazbo ($M = 42,0 \pm 4,52$; $Me = 44$).

Ugotovili smo, da imajo izvajalci zdravstvene nege 50+, ki delajo skrajšani delovni čas veliko nižji WAI kot njihovi sodelavci s polnim delovnim časom ($M = 29,33 \pm 6,11$ v primerjavi z $M = 37,39 \pm 6,21$).

Glede na obliko dela imajo najnižji WAI izvajalci zdravstvene nege 50+, ki delajo v dvoizmenskem turnusu ($M = 35,20 \pm 6,14$) in najvišjega tisti, ki delajo tri izmene ($M = 37,69 \pm 6,19$).

Samski izvajalci zdravstvene nege 50+ so imeli izračunan višji WAI kot ostali sodelujoči v raziskavi ($M = 39,91 \pm 4,74$ v primerjavi z $M = 36,67 \pm 6,54$).

3.7.6 Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi z življenjskim slogom

V nadaljevanju smo želeli ugotoviti še povezavo med oceno WAI in dejavniki življenjskega sloga pri izvajalcih zdravstvene nege 50+. Primerjali smo odgovore na vprašanje iz anketnega vprašalnika_2 (točka 6.2) in oceno WAI. Izračunali smo Pearsonov koeficient korelacije.

Tabela 47: Povezava spremenljivk »življenjski slog« z oceno WAI

Statistična spremenljivka	N	r	p
kadim	433	-0,02292	0,635
imam težave z nespečnostjo	433	-0,35204	< 0,00001
imam povečano telesno težo	433	-0,16336	0,0006
imam hormonske težave	433	-0,22412	< 0,00001
občutim simptome izgorelosti	432	-0,44889	< 0,00001
sem kronično utrujen(a)	433	-0,48281	< 0,00001
doživljam stres na delovnem mestu	431	-0,38474	< 0,00001
čutim bolečine v mišicah in sklepih	432	-0,33355	< 0,00001
imam težave pri usklajevanju poklicnega in zasebnega življenja	432	-0,28717	< 0,00001

Legenda: r – Pearsonov korelacijski koeficient; p – stopnja statistične značilnosti.

Vir: Lastna raziskava 2016.

Pri preverjanju povezanosti spremenljivk sklopa »življenjski slog« smo pri stopnji značilnosti $\alpha = 0,05$ ugotovili, da le kajenje ni statistično pomembno povezano z oceno WAI (Tabela 47), medtem ko vsi ostali dejavniki življenjskega sloga so statistično pomembno povezani z oceno WAI.

3.7.7 Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi s področjem dela

V naslednjem poglavju smo želeli izvedeti, ali pogoji dela vplivajo na oceno WAI. Izračunali smo aritmetično srednjo vrednost ocene WAI in standardni odklon za posamezno področje dela in statistično pomembnost odstopanja aritmetične srednje vrednosti posameznega področja od aritmetične srednje vrednosti vseh ostalih področij (Tabela 48).

Tabela 48: Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi s področjem dela

Področje dela	f	f (%)	M WAI	SD WAI	p WAI
perioperativna ZN	39	9,01	39,26	7,06	0,036121*
dializa	10	2,31	40,20	3,94	0,029331*
hospitalna ZN – gin. – por.	34	7,85	37,24	4,37	0,723872
hospitalna ZN – internistika	55	12,70	36,75	5,50	0,811493
hospitalna ZN – kirurgija	56	12,93	36,69	6,45	0,777967
hospitalna ZN – pediatrija	28	6,47	33,80	8,46	0,063532
hospitalna ZN – psihiatrija	34	7,85	38,37	5,00	0,127004
hospitalna ZN – drugo	41	9,47	34,56	7,05	0,042621*
management	4	0,92	34,75	7,85	0,615245
obporodna ZN	15	3,46	39,07	6,26	0,217349
specialistično amb. dej.	46	10,62	34,00	6,35	0,004184*
sterilizacijska dejavnost	14	3,23	33,00	5,67	0,022947*
ZN v intenziv. negi in terapiji	42	9,70	40,43	5,57	0,000371*
ZN v urgentni dejavnosti	9	2,08	41,00	3,43	0,007321*
drugo	6	1,39	39,50	4,55	0,224701
skupaj	433	100,00			

* aritmetična srednja vrednost ocene WAI področja dela se statistično pomembno razlikuje od aritmetične srednje vrednosti ocene ostalih področij dela ($\alpha = 0,05$).

Legenda: f – frekvenca; f (%) – frekvenca v odstotkih; M – aritmetična srednja vrednost; SD – standardni odklon; WAI – izračunan indeks delovne sposobnosti; p – stopnja statistične značilnosti razlik odstopanj aritmetičnih srednjih vrednosti.

Vir: Lastna raziskava 2016.

Rezultati raziskave so pokazali (Tabela 48), da se aritmetična srednja vrednost ocene WAI posameznih področij dela statistično pomembno razlikuje od aritmetične srednje vrednosti drugih področij. To se je pokazalo na področjih ZN v urgentni dejavnosti, ZN v intenzivni

negi in terapiji, dializi, perioperativni ZN, ki so imela tudi najvišjo izračunano aritmetično srednjo vrednost ocene WAI ($M = 39,26$ do $41,0$) ter na področju sterilizacijske dejavnosti, specialistično ambulantne dejavnosti in hospitalne ZN – drugo, ki so imela najnižjo izračunano aritmetično srednjo vrednost ocene WAI ($M = 33,0$ do $34,56$).

3.7.8 Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi z organizacijo dela

S pomočjo Spearmanovega korelacijskega koeficienta (r_s) smo analizirali monotono povezanost spremenljivk sklopa »Organizacija dela« in WAI. Rezultate prikazuje Tabela 49. Statistično značilnost povezanosti smo ugotavljali s pomočjo t-testa (Sheskin 2003, 1132) in uporabili pristop predlagan v Ramsey (1989, 250 in 247), pri stopnji zaupanja $\alpha = 0,05$.

Spremenljivke »Organizacija dela« se nahajajo v anketnem vprašalniku_2, sklop trditev pod točko 7.1 »Ocena organiziranosti delovnega procesa«. Sodelujoči v raziskavi so se opredeljevali glede 10 možnosti, ki jih imajo/nimajo na delovnem mestu (tabela 49):

Tabela 49: Prikaz monotone povezanosti spremenljivk »Organizacija dela« in WAI (r_s)

	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	7.7	7.8	7.9	7.10	WAI
7.1	1										
7.2	0,5385	1									
7.3	0,4247	0,5396	1								
7.4	0,3844	0,4132	0,4600	1							
7.5	0,2720	0,3422	0,2927	0,4100	1						
7.6	0,3380	0,3737	0,3329	0,4476	0,5963	1					
7.7	0,3697	0,4183	0,4693	0,5172	0,4567	0,5937	1				
7.8	0,3270	0,4071	0,4021	0,5164	0,4241	0,4663	0,7276	1			
7.9	0,4002	0,4296	0,3128	0,3553	0,2431	0,2710	0,3655	0,4630	1		
7.10	0,3008	0,3888	0,2941	0,4560	0,3544	0,3571	0,4431	0,4611	0,4789	1	
WAI	0,0733	0,1172	0,0304	0,1611	0,0917	0,0497	0,1328	0,1033	0,0059	0,1495	1
t	1,527	2,449	0,631	3,389	1,912	1,033	2,782	2,157	0,123	3,183	

$t_{krit} = 1,960$; $\alpha = 0,05$.

Legenda: r_s = Spearmanovi koeficienti korelacije; t-testna statistika; t_{krit} = kritična meja testne statistike, $\alpha = 0,05$.

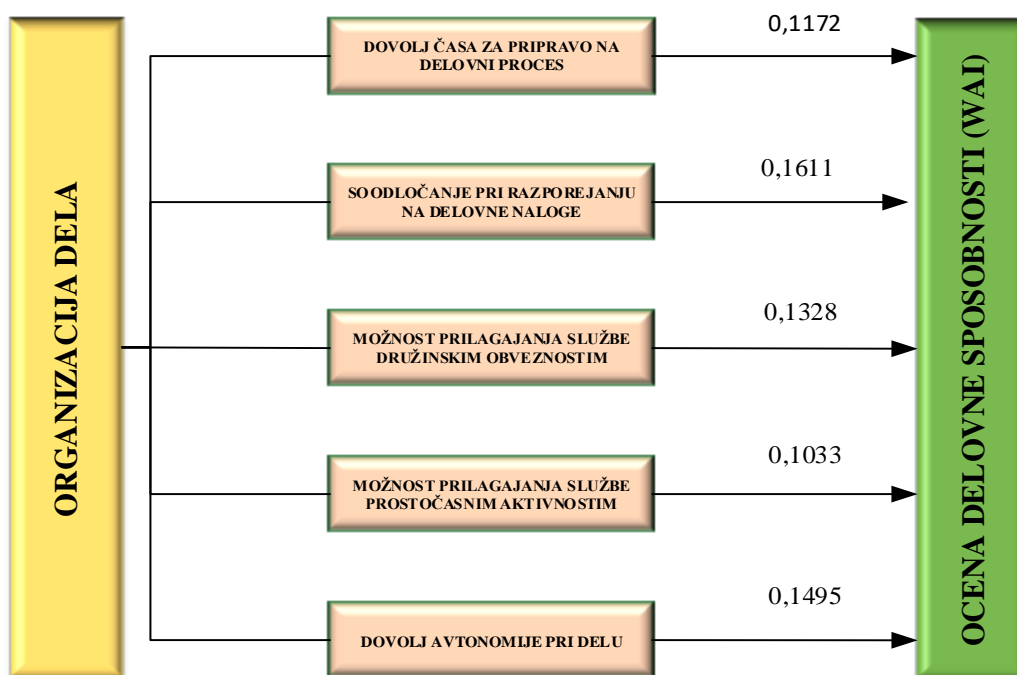
Vir: Lastna raziskava 2016.

Legenda k tabeli 49:

7.1	možnost zdravega načina prehranjevanja in odmora za malico
7.2	dovolj časa za pripravo na delovni proces
7.3	dovolj počitka med posameznimi delovnimi dnevi
7.4	možnost izbire oz. soodločanje pri razporeditvi na delovne naloge
7.5	možnost vplivati na koriščenje dopusta po lastni izbiri
7.6	možnost vplivati na mesečni raspored dela (želje)
7.7	možnost prilagajanje službe družinskim obveznostim
7.8	možnost prilagajanja službe prostočasnim aktivnostim
7.9	možnost nekajminutne rekreacije med delovnim časom
7.10	dovolj avtonomije pri delu

Rezultati (Tabela 49) pokažejo statistično pomembne povezanosti med posameznimi spremenljivkami sklopa »Organizacija dela« in oceno WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+. Slika 15 je grafični prikaz spremenljivk »Organizacije dela«, pri katerih je izračunana statistično pomembna povezanost z WAI.

Slika 15: Statistično pomembna povezanost spremenljivk »Organizacija dela« z WAI



Vir: Lastna raziskava 2016.

Slika 15 prikazuje, da je bila statistično pomembna povezanost izračunana pri petih spremenljivkah od skupno desetih, ki so bile vključene v sklop vprašanj »Organizacija dela«. Izkazalo se je, da so te spremenljivke: dovolj časa za pripravo na delovni proces, možnost soodločanja pri razporeditvi na delovne naloge, možnost prilagajanja službe družinskim obveznostim, možnost prilagajanja službe prostočasnim aktivnostim in dovolj avtonomije pri delu.

3.7.9 Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi s pogoji dela

S pomočjo Spearmanovega korelacijskega koeficienta (r_s) smo analizirali monotono povezanost spremenljivk sklopa »Pogoji dela« in WAI. Rezultate prikazuje Tabela 50. Statistično značilnost povezanosti smo pri stopnji zaupanja $\alpha = 0,05$ ugotavljali s pomočjo t-testa (Sheskin 2004, 1132) in uporabili pristop predlagan v Ramsey (1989, 250 in 247).

Spremenljivke »Pogoji dela« se nahajajo v anketnem vprašalniku_2, sklop trditev po točko 8. Sodelujoči v raziskavi so se opredeljevali glede 11 možnosti, ki jih imajo/nimajo na delovnem mestu (tabela 50).

Tabela 50: Prikaz monotone povezanosti spremenljivk »Pogoji dela« in WAI (r_s)

	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	8.6	8.7	8.8	8.9	8.10	8.11	WAI
8.1	1											
8.2	0,4774	1										
8.3	0,4025	0,3456	1									
8.4	0,2501	0,3742	0,3941	1								
8.5	0,2358	0,3118	0,2852	0,6930	1							
8.6	0,2195	0,2697	0,2203	0,5665	0,7357	1						
8.7	0,1802	0,3032	0,1515	0,3289	0,3102	0,2973	1					
8.8	0,0977	0,2447	0,0075	0,2901	0,2544	0,2171	0,4992	1				
8.9	0,1672	0,1272	0,1415	0,2469	0,1992	0,2103	0,2662	0,2519	1			
8.10	0,1834	0,2587	0,1445	0,3031	0,2533	0,2547	0,2797	0,3020	0,2248	1		
8.11	0,2556	0,2504	0,1675	0,3266	0,2788	0,2507	0,3441	0,3411	0,3642	0,5388	1	
WAI	0,0340	0,0882	0,0277	0,0653	0,0985	0,0537	-0,0006	0,0287	-0,0846	0,1141	-0,0546	1
t	0,706	1,838	0,576	1,359	2,054	1,117	0,012	0,597	1,762	2,385	1,135	

$t_{krit} = 1,960$; $\alpha = 0,05$.

Legenda: r_s = Spearmanovi koeficienti korelacije; t-testna statistika; t_{krit} = kritična meja testne statistike, $\alpha = 0,05$.

Vir: Lastna raziskava 2016.

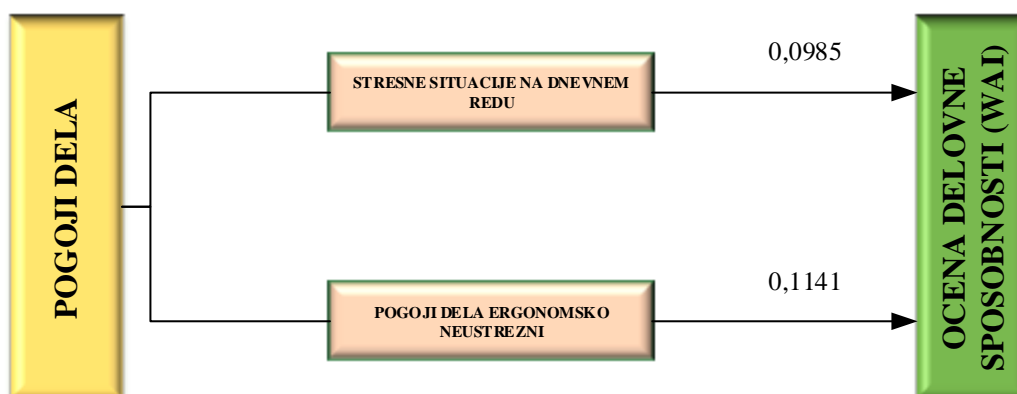
Legenda k tabeli 50:

8.1	dvigovanje /potiskanje bremen
8.2	dolgotrajna prisilna drža, enostranske obremenitve
8.3	hoja/stoječe delo
8.4	časovni pritiski
8.5	stresne situacije na dnevnem redu
8.6	v delovno rutino pogosto vpadajo nepredvidljivi dogodki
8.7	delo v umetni svetlobi, svetlobe premalo/preveč
8.8	delo v posebnih mikroklimatskih pogojih (visoka/nizka temperatura ali vlaga)
8.9	delo preko polnega delovnega časa (turnus, dežurstva, nadure, pripravljenost)
8.10	ergonomsko neustrezni poji dela (visoke police, pomanjkanje pripomočkov ...)
8.11	nevarnost zdrsa, spotika ali padca (ovire po tleh, mokra/spolzka tla)

Rezultati, ki jih prikazuje Tabela 50 kažejo statistično pomembno povezanost dveh spremenljivk iz sklopa »Pogoji dela« z oceno WAI zdravstvene nege 50+, in sicer pri odgovoru, da »so stresne situacije na dnevnem redu« in »da so pogoji dela ergonomsko neustrezni (npr.: visoke police, nefunkcionalni prostori, pomanjkanje pripomočkov itd.)«.

Rezultate ponazorimo še grafično (Slika 16).

Slika 16: Statistično pomembna povezanost spremenljivk »Pogoji dela« z WAI

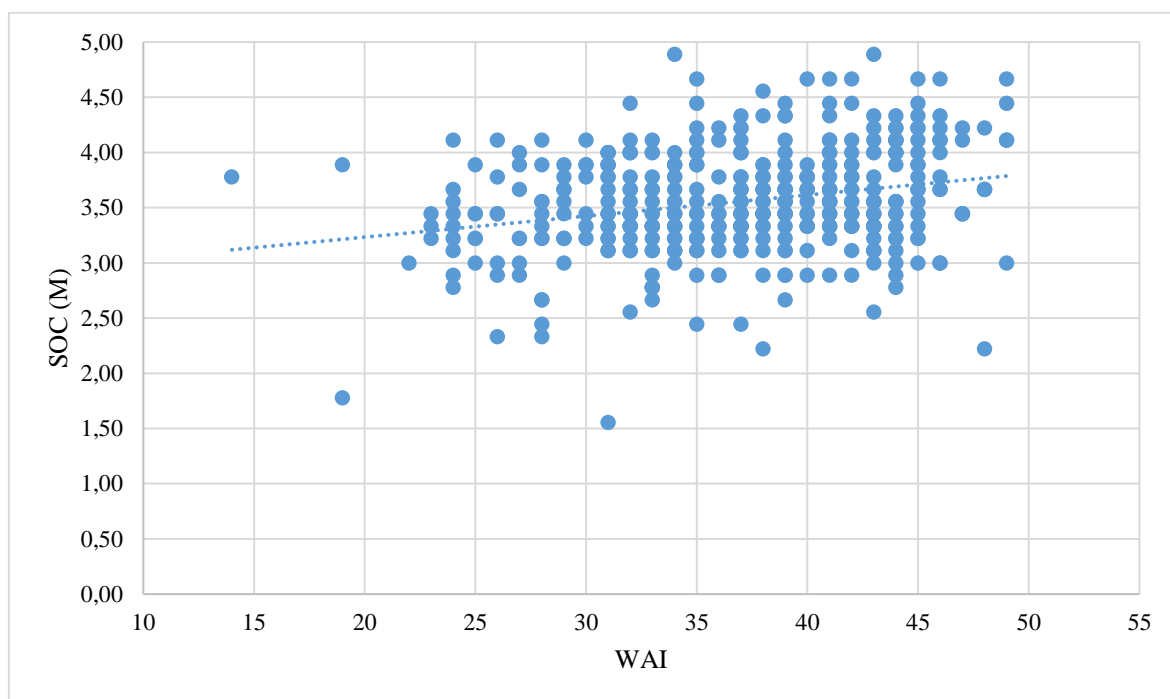


Vir: Lastna raziskava 2016.

3.7.10 Ocena WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ v povezavi z uporabo strategij izbire, optimizacije in kompenzacije (SOC)

V nadaljevanju smo želeli primerjati uporabo SOC-a z oceno WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+. Izračunan WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ se je izkazal kot precej nizek in je bil uvrščen na spodnji meji kategorije »dobro« (M = 36,98 ± 6,46 in Me = 38). Odnos med vrednostmi SOC in WAI v naši raziskavi smo najprej prikazali z razsevnim diagramom (Slika 17).

Slika 17: Odnos med uporabo SOC-a in oceno WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+



Legenda: M – aritmetična srednja vrednost.

Vir: Žmauc idr. 2019a, 263.

Izračunali smo Pearsonov korelacijski koeficient med SOC in WAI ($r = 0,26$; $p < 0,00001$). Ugotovili smo, da je pri stopnji tveganja $\alpha = 0,05$ povezanost med SOC in WAI statistično signifikantna. Spremenljivki SOC in WAI sta v raziskavi pozitivno linearno povezani, kar pomeni, da večja uporaba SOC-a vodi k boljši delovni sposobnosti zaposlenih.

Korelacijski koeficient smo želeli posplošiti še na celotno populacijo. S pomočjo Fisherjeve transformacije smo določili spodnjo in zgornjo mejo ρ (rho). Ob stopnji tveganja $\alpha = 0,05$ ugotovimo, da se korelacijski koeficient ρ nahaja v intervalu med 0,17 in 0,36. Ugotovljena

je bila pozitivna linearna povezanost med obema spremenljivkama. Tako naš rezultat povezanosti SOC-a in WAI-a velja za celotno populacijo.

3.8 Primerjava rezultatov med anketnim vprašalnikom_1 in anketnim vprašalnikom_2

3.8.1 Ocena organiziranosti delovnega procesa

Primerjali smo odgovore srednjega managementa in izvajalcev zdravstvene nege 50+, na 10 trditev iz sklopa »Organizacija dela«, ki so se nanašala na organiziranost delovnega procesa. Izračunali smo koeficient Crombach alfa za celotni sklop, ki je za skupino sodelujočih s področja srednjega managementa znašal 0,78 ter za izvajalce zdravstvene nege 50+ 0,87.

Pri stopnji tveganja $\alpha = 0,05$ smo izvedli t-test za dva vzorca in predpostavili neenaki varianci. Primerjali smo pare odgovorov srednjega managementa in izvajalcev zdravstvene nege 50+. Za odgovore je bila uporabljena 5-stopenjska Likertova lestvica, pri čemer pomeni ocena 1 – »sploh ne velja«, 2 – »ne velja«, 3 – »niti, niti«, 4 – »velja«, 5 – »povsem velja« in spremenljivke so ordinalne vrste. Za potrebe računanja smo vrednosti predstavili tako, da je trditev »sploh ne velja« označena z 1 in trditev »povsem velja« je označena s 5. Zaradi velikega števila respondentov (89 in 433) smo spremenljivke lahko obravnavali kot zvezne in predpostavili normalno porazdelitev vrednosti odgovorov. Rezultate smo prikazali kot aritmetična srednja vrednost (M), standardni odklon (SD), koeficient asimetrije (KA), koeficient sploščenosti (KS) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov (Tabela 51 in Tabela 52).

Tabela 51: Opisne statistike spremenljivk sklopa »Organizacija dela« za skupino izvajalcev zdravstvene nege 50+ ter skupino srednjega managementa

Statistična spremenljivka		N	M	SD	Min	Max	KA	KS
možnost zdravega	ZN	432	3,21	1,157	1	5	-0,413	-0,658
načina prehranjevanja in	MNG	89	3,57	1,157	1	5	-0,858	0,068
odmora za malico								
dovolj časa za pripravo	ZN	431	3,43	0,883	1	5	-0,526	-0,063
na delovni proces	MNG	89	3,69	0,899	1	5	-0,672	0,166
dovolj počitka med	MNG	89	3,43	1,021	1	5	-0,289	-0,399
posameznimi delovnimi								

Statistična spremenljivka		N	M	SD	Min	Max	KA	KS
dnevi								
možnost izbire oz. soodločanja pri razporeditvi na delovne naloge	IZN	432	3,32	0,926	1	5	-0,441	-0,088
	MNG	89	3,61	0,874	2	5	-0,388	-0,490
možnost vplivati na koriščenje dopusta po lastni izbiri	IZN	432	3,98	0,701	1	5	-0,821	1,853
	MNG	89	4,19	0,672	2	5	-0,934	2,190
možnost vplivati na mesečni raspored dela (želje)	IZN	432	3,94	0,767	1	5	-0,669	0,989
	MNG	89	4,09	0,834	2	5	-1,012	0,939
možnost prilagajanja službe družinskim obveznostim	IZN	432	3,59	0,889	1	5	-0,653	0,234
	MNG	89	3,82	0,820	2	5	-0,540	0,022
možnost prilagajanja službe prostočasnim aktivnostim	IZN	432	3,32	0,973	1	5	-0,348	-0,473
	MNG	89	3,52	0,881	2	5	-0,103	-0,659
možnosti nekajminutne rekreacije med delovnim časom	IZN	432	2,54	1,125	1	5	0,357	-0,731
	MNG	89	2,53	1,067	1	5	0,241	-0,803
dovolj avtonomije pri delu	IZN	432	3,47	0,906	1	5	-0,684	0,376
	MNG	89	3,88	0,600	2	5	-0,599	1,468

Legenda: IZN – izvajalci zdravstvene nege 50+; MNG – srednji management; N – numerus (število enot v vzorcu).

Vir: Lastna raziskava 2016.

Tabela 52: T-test razlik povprečnih vrednosti odgovorov za spremenljivke sklopa »organizacija dela«, za skupino srednjega managementa in skupino zaposlenih v zdravstveni negi 50+

Statistična spremenljivka	Razlika med MNG in IZN*	t	t krit	p
možnost zdravega načina prehranjevanja in odmora za malico	da	2,708	1,979	0,008
dovolj časa za pripravo na delovni proces	da	2,453	1,979	0,016
dovolj počitka med posameznimi delovnimi dnevi	ne	-0,615	1,980	0,540
možnost izbire oz. soodločanja pri razporeditvi na delovne naloge	da	2,817	1,978	0,006
možnost vplivati na koriščenje dopusta po lastni izbiri	da	2,717	1,978	0,007
možnost vplivati na mesečni raspored dela (želje)	ne	1,590	1,980	0,114
možnost prilagajanja službe družinskim obveznostim	da	2,375	1,978	0,019
možnost prilagajanja službe prostočasnim aktivnostim	ne	1,868	1,978	0,064
možnosti nekaj minutne rekreacije med delovnim časom	ne	-0,127	1,978	0,899
dovolj avtonomije pri delu	da	5,305	1,973	< 0,001

Legenda: IZN – izvajalci zdravstvene nege, stari 50 let in več; MNG – srednji management; t – vrednost t statistike; t krit – kritična vrednost; dvorepa, $\alpha = 0,05$; p – stopnja statistične značilnosti.

*Statistično pomembna razlika v odgovorih iz anketnega vprašalnika_1 in anketnega vprašalnika_2, $\alpha = 0,05$.

Vir: Lastna raziskava 2016.

Med odgovori obeh ciljnih skupin je pri nekaterih prišlo do statistično pomembnih razlik, ki so se kazale v višji aritmetični srednji vrednosti dveh trditev s strani srednjega managementa, in sicer možnost »prilagajanja službe družinskim obveznostim« ter »dovolj avtonomije pri delu«. Tudi sicer je srednji management imel višjo aritmetično srednjo vrednost ocen posameznih trditev, kar kaže na to, da organizacijo dela dojemajo boljše kot njihovi podrejeni izvajalci zdravstvene nege 50+ ($M_{MNG} = 3,63$; $M_{IZN} = 3,43$).

3.8.2 Ocena pogojev dela

Z nagovorom »Ocenite, v kolikšni meri so v vaši delovni enoti prisotni dejavniki tveganja, ki izhajajo iz pogojev dela« smo želeli primerjati odgovore izvajalcev zdravstvene nege 50+ in srednjega managementa. Sklop z naslovom »Pogoji dela« je obsegal 11 trditev, ki so se nanašale na dejavnike tveganja, ki potencialno vplivajo na zdravje zaposlenih. Izračunali smo koeficient Crombach alfa celotnega sklopa, ki je za skupino sodelujočih s področja srednjega managementa znašal 0,85 ter za izvajalce zdravstvene nege 50+ 0,82.

Pri stopnji tveganja $\alpha = 0,05$ smo izvedli t-test za dva vzorca in predpostavili neenaki varianci. Primerjali smo pare odgovorov izvajalcev zdravstvene nege 50+ ter srednjega managementa. Za odgovore je bila uporabljena 5-stopenjska Likertova lestvica in spremenljivke so ordinalne vrste. Za potrebe računanja smo vrednosti predstavili tako, da pomeni trditev 1 – »zelo pogosto«, 2 – »pogosto«, 3 – »nevtrarno«, 4 – »redko« in 5 – »zelo redko«. Zaradi velikega števila respondentov (89 in 433) smo spremenljivke lahko obravnavali kot zvezne in predpostavili normalno porazdelitev vrednosti odgovorov. Rezultate smo prikazali kot aritmetično srednjo vrednost (M), standardni odklon (SD), koeficient asimetrije (KA), koeficient sploščenosti (KS) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov (Tabela 53 in Tabela 54).

Tabela 53: Opisne statistike spremenljivk sklopa »Pogoji dela« za skupino izvajalcev zdravstvene nege 50+ ter skupino srednjega managementa

Statistična spremenljivka		N	M	SD	Min	Max	KA	KS
dvigovanje/potiskanje bremen	IZN	433	2,22	1,200	1	5	0,782	-0,440
	MNG	88	1,94	1,158	1	5	1,294	0,901
prisilna drža, enostranske obrem.	IZN	433	2,22	1,073	1	5	0,744	-0,224
	MNG	88	2,07	1,070	1	5	0,899	0,049
hoja/stoječe delo	IZN	433	1,64	0,915	1	5	1,735	3,098
	MNG	88	1,58	0,769	1	5	1,667	4,010
časovni pritiski	IZN	432	1,90	0,891	1	5	1,095	1,347
	MNG	88	1,78	0,877	1	5	1,486	3,011
stresne situacije na dnevnom redu	IZN	432	1,99	0,905	1	5	0,882	0,433
	MNG	88	1,89	0,877	1	5	1,064	1,282
pogosti nepredvidljivi dogodki	IZN	432	2,10	0,944	1	5	0,820	0,108
	MNG	88	1,95	0,958	1	5	1,056	0,718
umetna svetloba, premalo/preveč	IZN	433	2,39	1,274	1	5	0,566	-0,782
	MNG	88	2,60	1,255	1	5	0,369	-0,738
delo v posebnih mikroklim. pogojih	IZN	432	3,16	1,380	1	5	-0,126	-1,232
	MNG	88	3,15	1,352	1	5	-0,018	-1,212
delo preko polnega delovnega časa	IZN	432	2,98	1,498	1	5	-0,006	-1,482
	MNG	88	1,97	1,208	1	5	1,148	0,191
ergonomsko neustrezni pogoji	IZN	432	3,11	1,251	1	5	-0,076	-0,995
	MNG	88	2,85	1,326	1	5	0,248	-0,974
nevarnost zdrsa, spotika ali padca	IZN	432	3,14	1,238	1	5	-0,129	-1,072
	MNG	88	2,94	1,244	1	5	0,220	-0,967

Legenda: IZN – izvajalci zdravstvene nege, stari 50 let in več; MNG – srednji management;

N – numerus (število enot v vzorcu)

Vir: Lastna raziskava 2016.

Tabela 54: T-test razlik aritmetične srednje vrednosti odgovorov za spremenljivke sklopa »pogoji dela«, za skupino izvajalcev zdravstvene nege 50+ in skupino srednjega managementa

Statistična spremenljivka	Razlika med MNG in IZN*	t	t krit	p
dvigovanje/potiskanje bremen	da	2,027	1,979	0,045
prisilna drža, enostranske obremenitve	ne	1,190	1,979	0,236
hoja/stoječe delo	ne	0,672	1,977	0,503
časovni pritiski	ne	1,087	1,979	0,279
stresne situacije na dnevnem redu	ne	1,035	1,979	0,303
pogosti nepredvidljivi dogodki	ne	1,277	1,979	0,204
umetna svetloba, premalo/preveč	ne	-1,456	1,979	0,148
delo v posebnih mikroklim. pogojih	ne	0,046	1,979	0,963
delo preko polnega delovnega časa	da	6,868	1,976	< 0,001
ergonomsko neustrezni pogoji	ne	1,684	1,980	0,095
nevarnost zdrsa, spotika ali padca	ne	1,330	1,979	0,186

*Statistično pomembna razlika v odgovorih iz anketnega vprašalnika_1 in anketnega vprašalnika_2, $\alpha = 0,05$.

Legenda: IZN – izvajalci zdravstvene nege, stari 50 let in več; MNG – srednji management; t – vrednost t statistike; t krit – kritična vrednost, dvorepa, $\alpha = 0,05$; p – stopnja statistične značilnosti.

Vir: Lastna raziskava 2016.

Ugotovljeno je bilo, da obe skupini sodelujočih v raziskavi večinoma enako dojemajo zahtevnost delovnih pogojev. Rezultati primerjave vprašanj sklopa »pogoji dela« med

obema ciljnim skupinama so le v dveh trditvah pokazali na statistično pomembne razlike v odgovorih, in sicer pri oceni »dvigovanje/potiskanje bremen« ter »delo preko polnega delovnega časa«. V obeh primerih je skupina srednjega managementa dosegla nižjo aritmetično srednjo vrednost trditve kot skupina izvajalcev zdravstvene nege 50+. Torej se navedeni dejavnik tveganja po njihovi oceni pojavlja pogosteje v primerjavi z oceno izvajalcev zdravstvene nege 50+ ($M_{MNG} = 2,25$; $M_{IZN} = 2,44$).

3.9 Razprava

Izvajalci zdravstvene nege so največja poklicna skupina v zdravstvu in s tem igrajo ključno vlogo pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe celotne populacije prebivalstva na vseh nivojih zdravstvenega varstva.

Svetovna zdravstvena organizacija na svoji spletni strani navaja oceno, da na območju Evrope deluje 7,3 milijona izvajalcev zdravstvene nege in hkrati ugotavlja, da ta številka še zdaleč ne zadovoljuje trenutnih in bodočih potreb po zdravstveni negi. V 90,0 % to delo še vedno opravljajo ženske. Statistični podatki v evropski regiji kažejo na vse bolj starajočo se družbo in posledično vse več populacije izkazuje potrebo po storitvah, ki jih zagotavlja zdravstvena nega. Evropa se spopada z naraščajočo krizo pomanjkanja dobro usposobljenega kadra, k temu problemu pa dodatno prispeva dejstvo, da se vse manj mladih odloča za ustvarjanje kariere na področju zdravstvene nege. Na pomanjkanje kompetentnih izvajalcev zdravstvene nege v Evropi dodatno vplivajo tudi migracije (iz vzhoda na zahod) ter vse bolj naraščajoč trend predčasnega zaključevanje kariere na področju zdravstvene nege v prizadevanjih iskanja boljših poklicnih priložnosti in boljšega finančnega ovrednotenja dela, saj so plače izvajalcev v zdravstveni negi v številnih evropskih državah pod nacionalnim povprečjem (World Health Organization 2017).

Tudi Zander idr. (2016, 5) govorijo o krizi v evropskem prostoru na področju zdravstvene nege, ki je na eni strani posledica pomanjkanja izvajalcev zdravstvene nege in na drugi strani povečanja števila pacientov, ki potrebujejo njihovo oskrbo. Za zmanjšanje te krize avtorji navajajo ukrepe, ki so usmerjeni k ohranjanju zdravih in zadovoljnih izvajalcev zdravstvene nege, k privabljanju novih generacij izvajalcev zdravstvene nege, vzpodbujanju kasnejšega upokojevanja ali zadrževanja na delovnem mestu ter ustvarjanju pogojev za tiste, ki zaradi nezadovoljstva delajo krajši delovni čas, da se vrnejo nazaj na delo za polni delovni čas.

S pomanjkanjem kompetentnega kadra na področju zdravstvene nege se že srečujejo tudi bolnišnice v Sloveniji, saj smo pri pregledu Letnih poročil za leto 2016 zasledili, da imata tako Splošna bolnišnica Izola (2017, 43) in Splošna bolnišnica Jesenice (2017, 62) težave pri zaposlovanju in nadomeščanju kadra, ker le-tega ni na trgu dela.

Tako kot drugod po Evropi tudi v Sloveniji v zdravstveni negi tradicionalno še vedno prevladujejo ženske, čeprav število moških izvajalcev zdravstvene nege počasi narašča. Prav tako je bolnišnična dejavnost v Sloveniji okolje, v katerem deluje večina izvajalcev zdravstvene nege, pri čemer prevladujejo izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2016 2018a, 8–7, 8–10).

V doktorski disertaciji smo se osredotočili na izvajalce zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva. V Sloveniji po podatkih prejetih iz registra Zbornice – Zveze predstavljajo izvajalci zdravstvene nege 50+ med vsemi člani zbornice 34,4 % delež. Pretežno (95,8 %) so ženskega spola in imajo srednjo stopnjo izobrazbe (Zbornica – Zveza 2017c). Tudi v naši raziskavi, v kateri so sodelovali izvajalci zdravstvene nege 50+ so prevladovale ženske s srednješolsko izobrazbo s povprečno starostjo 53,75 let in povprečno delovno dobo 33,62 let. Po podatkih, ki smo jih z raziskavo dobili s strani srednjega managementa, predstavljajo izvajalci zdravstvene nege 50+ v proučevanih organizacijah 32,24 % delež. Če povzamemo, je v slovenskem prostoru na področju zdravstvene nege skoraj tretjina izvajalcev zdravstvene nege, ki so že prestopili mejo 50 let starosti, pri čemer gre pretežno za ženske s srednjo stopnjo izobrazbe. Ta ugotovitev ob zavedanju, da se upokojitvena starost dviguje že sama po sebi predstavlja alarm, da je potrebno v delovnih okoljih čim prej pristopiti k strategijam uspešnega staranja, saj so višja starost, ženski spol in nizka stopnja izobrazbe že v osnovi kriteriji, ki kažejo, da govorimo o rizični populaciji v zdravstveni negi.

Tudi srednji management v naši raziskavi kot najbolj rizično starostno skupino za poklicna tveganja dojema izvajalce zdravstvene nege v starostni kategoriji med 51 in 60 let, pri čemer so v visokem odstotku (> 60,0 %) zajete vse poklicne skupine v zdravstveni negi, razen medicinske sestre v managementu, ki so po njihovi oceni v tej starostni kategoriji manj ogrožene.

Že zgolj zavedanje, da se zaposleni starajo je ključno za razmišljanje o prihodnosti. Na srednji management smo v raziskavi naslovili vprašanje, s katerim smo želeli izvedeti, koliko se zavedajo problema vse bolj starajočih se sodelavcev. Zanimivo je, da so se v

največji meri (47,2 %) opredelili, da je zelo malo verjetno, da bo 2020 na njihovem delovnem mestu zaposlen večji delež ljudi starejših od 60 let. Za primerjavo iz evropske javnomnenjske raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu 2013 (N = 16.622), v kateri je sodelovala tudi Slovenija (n = 503), je tako odgovorilo 58,0 % zaposlenih iz Slovenije. Slovenija je v tej raziskavi imela enega najnižjih deležev (52,0 %) v Evropi glede pričakovanja povečanega števila starejših zaposlenih na svojem delovnem mestu (EU-OSHA 2013, 55). Čeprav trenutno veljavni Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2, 27. čl.) določa upokojitveno starost pri 65 letih in bo za moške ta pogoj za upokojitev potreben že v letu 2021, za ženske pa v letu 2025, je to realno dejstvo v bližnji prihodnosti s strani srednjega managementa na področju zdravstvene nege v bolnišničnem okolju še precej nepoznano. Zato bo potrebno svoje strategije uspešnega staranja usmeriti predvsem v to poklicno skupino zdravstvenega sistema. Kot navajata Cheung in Wu (2012, 462) management mora biti občutljiv za potrebe starejših zaposlenih in jim zagotavljati konkretne vire, podporo ter pomoč za čim boljše vključenost v delovno okolje in lažje doseganje poklicnih ciljev. Najti je potrebno načine, da se prizna doprinos starejših zaposlenih (npr.: certifikat za zasluge). S tem ustvarjajo organizacijsko kulturo, ki preprečuje diskriminacijo starejših zaposlenih v delovni organizaciji.

Za ustvarjanje organizacijske kulture, ki je naklonjena starejšim izvajalcem zdravstvene nege, je ključnega pomena, kako srednji management dojema svoje starejše sodelavce. V naši raziskavi se je srednji management v največjem deležu (34,8 %) opredelil, da se definicija starejšega zaposlenega začne pri starosti 50 let, torej pet let prej kot to določa Zakon o delovnih razmerjih v Sloveniji (ZDR-1, 197. čl.). Sicer pa srednji management v zdravstveni negi dojema starejše sodelavce kot slabše prilagodljive na spremembe v službi, ti pa tudi bolj trpijo zaradi stresa na delovnem mestu. Obe trditvi sta dobili 51,6 % delež strinjanja. Prav tako lahko obe trditvi primerjamo z odgovori iz evropske javnomnenjske raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu (EU-OSHA 2013), v kateri je sodelovala tudi Slovenija, saj smo srednjemu managementu v naši raziskavi postavili enaka vprašanja. Sodelujoči v evropski javnomnenjski raziskavi na področju varnosti in zdravja pri delu 2013 iz Slovenije se prav tako v zelo visokem deležu (83,0 %) strinjajo, da se starejši zaposleni težje prilagajajo spremembam v službi, bolj trpijo zaradi stresa v službi (70,0 %), so dlje časa na bolniški (59,0 %) in so v službi manj produktivni (56,0 %). Vseevropsko povprečje na ista vprašanja kaže, da je delež strinjanja nižji, vendar se jih prav tako največ strinja, da

se starejši zaposleni težje prilagajajo spremembam v službi (60,0 %) in bolj trpijo zaradi stresa (42,0 %) ter so dlje časa na bolniški (35,0 %) in v službi manj produktivni (28,0 %).

Rezultati naše raziskave so pokazali tudi, da srednji management svojim starejšim sodelavcem v zdravstveni negi v največji meri pripisuje izkušnost, modrost, zanesljivost in lojalnost. Nekoliko manj jim pripisuje strateško razmišljanje, sposobnost presoje, strokovnost, natančnost, produktivnost in hitro odzivnost. Slabše so bili ocenjeni ustvarjalnost, fleksibilnost, absentizem in fluktuacija. Med starejšimi zaposlenimi obstajajo velike individualne razlike, povezane z genetskimi dejavniki, življenjskim slogom in dejavniki povezanimi z delom. Iz tega sledi, da starost sama po sebi ne določa zdravja in delovnih zmogljivosti (Ybema in Giesen 2017 v OSHWiki). Zato moramo biti pri pripisovanju lastnosti in značilnosti starejšim zaposlenim zelo previdni. Na to opozarja tudi Höpflinger (2011, 33), ki meni, da so večji občutek odgovornosti, zanesljivost, več poklicnih izkušenj in rabsodnost lastnosti, ki niso povezane s starostjo, temveč z dolgoletno dejavnostjo v delovni organizaciji in poklicu.

V naši raziskavi se srednji management v največji meri (50,6 %) strinja s trditvijo, da imajo starejši izvajalci zdravstvene nege več zdravstvenih težav, čeprav rezultati obeh naših raziskav kažejo, da absentizem po 50. letu ni višji. To potrjujejo odgovori srednjega managementa na vprašanje, ali so po njihovem mnenju in izkušnjah izvajalci zdravstvene nege 50+ pogosteje odsotni zaradi zdravstvenih težav kot pred tem, so se le-ti v največjem deležu (65,2 %) opredelili, da temu ni tako. Podobno so v naši raziskavi odgovorili tudi izvajalci zdravstvene nege 50+, ki so se v 76,0 % opredelili, da po 50. letu starosti niso več odsotni zaradi zdravstvenih razlogov kot pred tem. Te rezultate dodatno podpirajo odgovori na vprašanje, koliko so konkretno bili izvajalci zdravstvene nege 50+ v zadnjih 12 mesecih odsotni zaradi zdravstvenih razlogov, saj je več kot polovica sodelujočih v raziskavi (54,7 %) odgovorila, da v zadnjem letu zaradi bolezni niso bili odsotni. Glede števila bolezni, za katere je diagnozo postavil zdravnik, je večina izvajalcev zdravstvene nege 50+ imela le eno medicinsko diagnozo (28,9 %), sledili so tisti, ki nimajo nobene bolezni (23,3 %). Največji delež medicinskih diagnoz pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ gre na račun bolezni kostno-mišičnega sistema, saj je to izkazovalo 47,6 % sodelujočih v raziskavi, 26,3 % te težave pri sebi zaznava, vendar nima postavljene uradne diagnoze. Sledijo srčno žilne bolezni, za katere ima diagnozo s strani zdravnika potrjeno 30,9 % sodelujočih v naši raziskavi. Pomemben rezultat predstavlja 21,0 % sodelujočih, ki ocenjujejo, da imajo težave z duševnim zdravjem (npr.: izgorevanje, tesnoba, nespečnost idr.). Če primerjamo našo

raziskavo z raziskavo, ki so jo opravili Monteiro idr. (2012, 317), lahko ugotovimo, da je v njihovi raziskavi kar 71,2 % izvajalcev zdravstvene nege (n = 570), ki so bili v povprečju precej mlajši (38,9 let) poročalo o vsaj eni bolezni, za katero je diagnozo postavil zdravnik. Sicer pa so kot najpogostejše bolezni v raziskavi Monteiro idr. (2012) bile prisotne manjše duševne motnje (16 %), visok krvni pritisk (13,7 %), ponavljajoče se okužbe respiratornega trakta (10,5 %), debelost (9,8 %), kronični sinusitis (9,7 %), gastritis ali draženje dvanajstnika (8,4 %) ter alergijski izpuščaj ali ekcemi (8,1 %).

Prisotnost bolezni kostno-mišičnega sistema v naši raziskavi ni presenečenje, saj govorimo o izvajalcih zdravstvene nege v starostni skupini 50+. Raziskave, ki so bile opravljene po svetu in doma, prav tako prinašajo podobne rezultate, čeprav je povprečna starost vzorca bila nižja od naše. Magnago idr. (2012, 1131) so prišli do rezultata, da se je 91,4 % izvajalcev zdravstvene nege sodelujočih v njihovi raziskavi (n = 498) v zadnjih sedmih dneh pred raziskavo soočalo s pojavom kostno-mišične bolečine. Tudi Fischer in Martinez (2013, 515) ugotavljajo poškodbe, povezane z delom pri 11,1 % izvajalcev zdravstvene nege (n = 514), ki so v povprečju stari 35,5 let. Zelo visok odstotek bolečine (90,3 %) v vratnem in ledvenem delu hrbtenice je pri izvajalcih zdravstvene nege v povprečju starih 37,5 let (n = 575) v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor ugotavljajo Stričević idr. (2012, 201–204). V raziskavi Petkovšek-Gregorin idr. (2015, 33), opravljeni v URI – Soča, je kar 96,0 % izvajalcev zdravstvene nege sodelujočih v raziskavi (n = 71) poročalo o bolečinah po končanem delu v službi, pri čemer so se pri 31,0 % prve bolečine pojavile že po enem do petih letih opravljanja poklica. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice (2016) je v sklopu projekta Promocija zdravja na delovnem mestu: preprečevanje in obvladovanje bolečine v križu pri zaposlenih v zdravstveni negi izvedla raziskavo na vzorcu več kot 1.700 izvajalcih zdravstvene nege iz 16 bolnišnic v Sloveniji. Ena od ključnih ugotovitev projekta je bila, da se je z bolečino v križu srečalo kar 85,9 %, v zadnjem tednu pred raziskavo pa 55,0 % sodelujočih izvajalcev zdravstvene nege v raziskavi.

Ugotovitve avtorjev in institucij, ki raziskujejo pojav kostno-mišične bolečine pri izvajalcih zdravstvene nege so, da se le-te povezujejo s premikanjem, premeščanjem, dvigovanjem in transportom pacientov (Cameron 2008; Stričević 2010; Stričević idr. 2012; Magnago idr. 2012; Januskevicius 2013; Petkovšek-Gregorin idr. 2015; Demšar idr. 2016), nefiziološkimi položaji med opravljanjem negovalnih intervencij (Stričević idr. 2012; Magnago idr. 2012; Januskevicius 2013; Petkovšek-Gregorin idr. 2015; Demšar idr. 2016; Nunes 2017), pomanjkanjem ustrezne opreme (Stričević 2010, 74; Fischer in Martinez 2013; Demšar idr.

2016; Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice 2016), veliko hoje (Demšar idr. 2016), slabo delovno klimo (Demšar idr. 2016), psihosocialnimi dejavniki delovnega mesta (Januskevicius 2013; Demšar idr. 2016; Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice 2016; van den Heuvel 2017), življenjskim slogom (Stričević idr. 2012; Zurc 2012), področjem dela (Zurc 2012), izmenskimi delom (Cameron 2008; Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice 2016), nezadostnim spancem (Cameron 2008), spolom (Magnago idr. 2012; Nunes 2017), starostjo (Monteiro idr. 2009; Magnago idr. 2012; Nunes 2017), delovno dobo (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice 2016), številom pacientov v izmeni (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice 2016), nizkimi kadrovskimi standardi (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice 2016), prezentizmom (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice 2016), absentizmom (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice 2016), zmanjšano delovno sposobnostjo (Magnago idr. 2012; Fischer in Martinez 2013; Sandeva in Koleva 2016). Pri izvajalcih zdravstvene nege 50+, ki v naši raziskavi poročajo o diagnozi kostno-mišičnega sistema, se je izkazalo, da so pogoje dela z vidika dolgotrajne prisilne drže in ergonomske neustreznosti delovnega mesta statistično pomembno slabše ocenjevali.

Po ugotovitvah Letvak idr. (2013, 918) imajo starejši izvajalci zdravstvene nege višji ITM, boljše psihično počutje, več prisotnosti bolečin, za 12,0 % več zdravstvenih težav ter poročajo o večji izgubi z zdravjem povezane produktivnosti v primerjavi z mlajšimi sodelavci. V nadaljevanju Letvak idr. (2013, 919) opozarjajo izvajalce zdravstvene nege na pomembno dejstvo, da je tako kot skrb za pacienta pomembna tudi skrb za lastno zdravje. Pri mlajših izvajalcih zdravstvene nege pa je zelo pomembna izbira življenjskega sloga, saj bodo posledice izbire v mladosti imele vpliv na zdravje in delovno sposobnost v starejšem obdobju. Tudi sami smo v naši raziskavi pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ ugotavljali prisotnost dejavnikov, ki so posledica življenjskega sloga in ugotovili, da je največ sodelujočih v raziskavi čutilo prisotnost bolečin v mišicah in sklepih (70,7 %), sledil je stres na delovnem mestu (61,4 %) in občutki simptomov izgorelosti (54,5 %). Pomemben delež sodelujočih v raziskavi je poročal o povečani telesni teži (46,2 %) in kronični utrujenosti (44,1 %). Nekoliko manj jih je poročalo o težavah z nespečnostjo (38,8 %) in hormonskimi težavami (37,6 %). Dobra četrtina (25,2 %) sodelujočih v raziskavi je kadilcev in 19,9 % jih je poročalo o težavah pri usklajevanju poklicnega in zasebnega življenja. Tudi pri oceni splošnega zadovoljstva so se izvajalci zdravstvene nege 50+ v naši raziskavi opredelili, da so najbolj zadovoljni z zasebnim življenjem ($M = 4,16$).

Z vidika srednjega managementa glede pogostosti pojava posameznih zdravstvenih težav pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ se je po njihovem mnenju in izkušnjah kot najpogosteje izražena zdravstvena težava izkazal stres, nato pa so sledile bolezni kostno-mišičnega sistema, poklicna izgorelost in hormonske težave. Glede na odgovore izvajalcev zdravstvene nege 50+ lahko sklepamo, da srednji management določene težave pri svojih podrejenih starejših izvajalcih zdravstvene nege zaznava dovolj objektivno. Letvak idr. (2013, 919) opozarjajo na pritiske, ki jim je podvržen srednji management v zdravstveni negi v skrbi za manjše stroške na eni strani in spodbujanje najboljše oskrbe zdravstvene nege na drugi strani. Zmanjšanje delovne produktivnosti zaradi zdravstvenih razlogov je področje, ki ga je težko prepoznati, vendar ga je potrebno upoštevati v zdravstvenih sistemih. Srednji management mora te informacije prenesti na vodstvo delovne organizacije, da si pridobijo zadostne vire za zagotavljanje zdravega delovnega okolja za svoje zaposlene. Letvak idr. (2013, 919) opozarjajo še na tveganje, ki ga lahko ima zmanjšana delovna produktivnost zaradi zdravstvenih razlogov na varnost zdravstvene nege. Čeprav v njihovi raziskavi ni bilo zaznati napak oziroma razlik v opravljanju kakovostne zdravstvene nege med mlajšimi in starejšimi izvajalci zdravstvene nege, ugotavljajo, da so starejši izvajalci zdravstvene nege imeli višji delež padcev pri pacientih. Zato je s strani srednjega managementa smiselno premisliti, ali izkušenim izvajalcem zdravstvene nege delegirati izvajanje zdravstvene nege pri najtežjih in kompleksnih pacientih, ali upoštevati njihove zdravstvene težave ter jih usmeriti v delovne naloge, ki ne zahtevajo toliko fizičnega dela, temveč več njihovega znanja in kritičnega razmišljanja oziroma delovnih nalog, povezanih s psihičnimi zahtevami dela.

Številni avtorji opozarjajo na potrebo po pristopu k implementaciji strategij, usmerjenih k ohranjanju izvajalcev zdravstvene nege čim dlje v delovnih okoljih in zagotavljanju takšnega delovnega okolja, da bodo svoje delo brez težav lahko opravljali kakovostno, strokovno in učinkovito vse do upokojitvene starosti ali še dlje (Moseley idr. 2008, 52–53; Storey idr. 2009, 1602; Long in Griffiths 2013, 20; Cheung in Wu 2013, 645; Rožman in Tominc 2014, 9; Maurits idr. 2015, 9).

V naši raziskavi (Žmauc idr. 2019a, 253; Žmauc idr. 2019b, 266) je bila pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ izračunana aritmetična srednja vrednost ocene delovne sposobnosti 36,98 (mediana 38), kar pomeni spodnjo mejo ocene »dobro«. Prav tako je tudi največ (41,57 %) sodelujočih v naši raziskavi dobilo oceno, ki spada v kategorijo »dobro«. Ugotavljamo, da je ocena delovne sposobnosti v naši raziskavi nižja kot v podobnih raziskavah, pri čemer velja opozoriti na nižjo povprečno starost sodelujočih v drugih raziskavah. Rotenberg idr.

(2008), Brazilija, (N = 1.194; povprečna starost $40,3 \pm 13,1$ let) ugotavljajo, da je WAI pri ženskah nižji kot pri moških ($38,6 \pm 6,2$ vs. $40,8 \pm 5,5$). Golubic idr. (2009) ugotavljajo, da hrvaški izvajalci zdravstvene nege (n = 1.086, povprečna starost $38,7 \pm 10,3$) v 65,0 % dosegajo WAI enak ali višji od 37 točk in 35,0 % nižji od 37 točk. Geukes idr. (2011) iz Nizozemske na ženski populaciji in nekoliko nižjem vzorcu (n = 208) ter višji starosti (povprečna starost 51 let) ugotavljajo prav tako oceno WAI, ki je v kategoriji dobro ($38,69 \pm 6,16$). Milosevic idr. (2011) ugotavljajo na vzorcu 1.212 izvajalcev zdravstvene nege (mediana starosti 42,0 let) na Hrvaškem povprečni WAI $38,3 \pm 6,1$. Podoben WAI ($38,25 \pm 4,4$) ugotavljajo Habibi idr. (2012) med iranskimi izvajalci zdravstvene nege (n = 228, povprečna starost $38,4 \pm 8,5$ let). Nekoliko višjo oceno WAI ($40,3 \pm 4,8$) ugotavljajo Derycke idr. (2012) med belgijskimi izvajalci zdravstvene nege (n = 1.531, povprečno starimi $38,4 \pm 8,8$). Raziskovalci Monteiro idr. (2012) so med brazilskimi izvajalci zdravstvene nege (n = 570 in povprečna starost $38,9 \pm 7,8$ let), izračunali povprečni WAI $39,3 \pm 5,3$, pri čemer je bil pri moških v povprečju višji ($40,4 \pm 5,4$). Sorić idr. (2013) so na vzorcu 1.124 hrvaških izvajalcev zdravstvene nege (mediana starosti 42,0 let), izračunali mediano WAI 39 točk. Fischer in Martinez (2013) iz Brazilije so na vzorcu 514 izvajalcev zdravstvene nege (povprečna starost $35,5 \pm 8,1$ let) izračunali povprečni WAI $42,3 \pm 4,5$ točk. Podobno oceno so pri izraelskih izvajalcih zdravstvene nege (n = 515, povprečna starost $41,1 \pm 9,8$ let) izračunali Carel idr. (2013), in sicer je povprečna ocena WAI znašala $41,9 \pm 5,1$, pri čemer je bila pri moških višja. Izračunana povprečna vrednost WAI pri babicah (n = 123, starost med 23 in 33 let) v Iranu je bila $38,81 \pm 0,05$ (Kordi idr. 2014). Jakobsen idr. (2015) iz Danske pri izvajalcih zdravstvene nege (n = 200, povprečna starost 42,0 let) ugotavljajo povprečni WAI 43,1 točko. Povprečni WAI v raziskavi da Silva idr. (2016) iz Brazilije na vzorcu 100 izvajalcev zdravstvene nege povprečno starih $39,4 \pm 9,5$ let je znašal $39,4 \pm 6,0$ točk. V raziskavi Rostamabadi idr. (2017) med izvajalci zdravstvene nege v intenzivnih enotah (n = 214, v 60,0 % mlajši od 30 let), je bil izračunan povprečni WAI $39,8 \pm 5,0$ točk. Converso idr. (2018) iz Italije poročajo o nekoliko nižjem rezultatu ocene WAI med izvajalci zdravstvene nege (n = 333, povprečno starimi $44,65 \pm 16,0$ let), in sicer je znašal $38,27 \pm 5,67$ točk. Le Čeledová idr. 2014 iz Češke na precej manjšem vzorcu izvajalcev zdravstvene nege (n = 53) in višji povprečni starosti (55,7 let) ugotavljajo nižji WAI $36,3 \pm 6,1$ točk. Če povzamemo, lahko ugotovimo, da tudi drugi raziskovalci v raziskavah med izvajalci zdravstvene nege, ugotavljajo povprečno oceno WAI, ki spada v kategorijo dobro, kar pomeni oceno med 37 in 43 točkami, vendar pri nižji povprečni starosti sodelujočih v raziskavi.

Tako kot drugi raziskovalci, smo tudi sami ugotavljali vpliv demografskih dejavnikov kot so starost, stopnja izobrazbe, področje dela, izmensko delo in maritalni status na oceno WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ (Žmauc idr. 2019b, 269). Ugotovili smo, da čeprav so rezultati WAI na videz precej konstantni skozi leta starosti in so se grupirali okoli izračunane povprečne vrednosti, spremenljivki nista linearno odvisni. Najnižji izračunan povprečni WAI v naši raziskavi je bil pri starosti 55 let ($M = 36,61$). Čeledová idr. (2014, 290) ugotavljajo, da so izvajalci zdravstvene nege dosegli povprečni WAI 40.5 točk pri starosti 55 let in 32 točk pri starosti 58 let. Rezultati torej kažejo, da so medicinske sestre dosegle boljši rezultat pri 55 letih, vendar je bil rezultat WAI pri 58 letih nižji od referenčne vrednosti. To lahko kaže na dejstvo, da se zdravstvene težave najpogosteje začnejo po 55. letu. Sicer pa so avtorji ugotavljali višji WAI pri zaposlenih, ki delajo zgolj intelektualno delo in nižji pri skupini zaposlenih, katerih delo zahteva tako intelektualne kot fizične sposobnosti. Tudi Ghaddar idr. (2011, 506) ugotavljajo, da se WAI s starostjo znižuje. Najvišjega so izračunali v kategoriji zaposlenih med 26 in 40 let ($34,2 \pm 5,2$), nato pada in je bil v starostni kategoriji med 51 do 65 let $29,0 \pm 6,2$. Habibi idr. (2012, 778–779) ugotavljajo najvišjo vrednost WAI v starostni skupini med 20 do 29 let ($41,5 \pm 3,3$), ki potem v naslednjih starostnih kategorijah postopno upada vse do zadnje kategorije med 55 do 59 let, ko je tudi najnižji ($34,63 \pm 5,1$). Da je delovna sposobnost negativno povezana s starostjo izvajalcev zdravstvene nege v svojih raziskavah ugotavljajo še Golubic idr. (2009), Knezevic idr. (2011), Magnago idr. (2012), Monteiro idr. (2012), Prochnow idr. (2013), Carel idr. (2013), Sandeva in Koleva (2016), Converso idr. (2018) idr.

V naši raziskavi se je izkazalo, da so imeli izvajalci zdravstvene nege 50+, ki niso v zvezi, višjo aritmetično srednjo vrednost ocene WAI kot ostali. Podobno ugotavljajo Golubic idr. (2009, 2061), da maritalni status pri izvajalci zdravstvene nege vpliva na oceno WAI in je pomembno višji pri samskih kot tistih v partnerskem odnosu ter višji pri tistih brez otrok kot tistimi z otroki. Tudi rezultati Habibi idr. (2012, 778) so pokazali znatno višji povprečni WAI pri samskih osebah v primerjavi s poročenimi. Nasprotno pa Newrouzi idr. (2015, 309) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je biti poročen pomemben dejavnik, ki ima vpliv na višjo oceno delovne sposobnosti. Medtem pa Carel idr. (2013, 582–583) niso ugotovili vpliva partnerske zveze na oceno WAI.

Carel idr. (2013, 582–583) ugotavljajo, da na delovno sposobnost izvajalcev zdravstvene nege vpliva delovno mesto (položaj) in vsebina dela, kar je povezano s stopnjo izobrazbe. Tako so v njihovem primeru imeli najvišjo oceno WAI klinični mentorji, najnižjo pa

izvajalci zdravstvene nege v praksi. Rezultati Sorić idr. (2013, 382) so pokazali, da je nižja stopnja izobrazbe napovedovalec nižje delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege. Podobno v svoji raziskavi ugotavljajo da Silva idr. (2016, 225), da je bila ocena WAI nižja pri zdravstvenih tehnikih v primerjavi z medicinskimi sestrami ($p = 0.040$). Tudi rezultati v naši raziskavi so pokazali višji WAI pri skupini izvajalcev zdravstvene nege 50+, ki imajo dokončano višješolsko izobrazbo in več v primerjavi s tistimi s srednješolsko izobrazbo. Najvišji WAI smo izračunali pri izvajalcih zdravstvene nege 50+, ki so imeli univerzitetno izobrazbo. Analiza Golubic idr. (2009, 2061) je pokazala še, da so izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo močnejše doživljali stresorje, povezane z delom kot njihovi visoko izobraženi sodelavci.

V naši raziskavi ugotavljamo višjo delovno sposobnost izvajalcev zdravstvene nege 50+, ki delajo polni delovni čas in triizmenski turnus. Ta rezultat je možno razlagati tudi z vidika tega, da se v polni delovni čas in turnus uvrščajo zdravi in mlajši, medtem ko skrajšani delovni čas delajo zaposleni, ki zaradi objektivnih zdravstvenih razlogov ne zmorejo polnega delovnega časa. Delo v izmenah je v Sloveniji regulirano z Zakonom o delovnih razmerjih (ZDR-1, 199. čl.), ki govori, da »starejšemu delavcu delodajalec brez delavčevega pisnega soglasja ne sme odrediti nadurnega ali nočnega dela«. Definicija starejšega delavca je po taistem zakonu, ko le-ta dopolni 55 let (ZDR-1, 197. čl.). Tudi Sorić idr. (2013, 381) ugotavljajo boljši WAI pri izvajalcih zdravstvene nege, ki delajo izmensko delo v primerjavi s tistimi, ki ga ne (mediana WAI 40 vs. 39). Pri tem ugotavljajo nižjo starost tistih, ki delajo v izmenah (mediana 40 let) v primerjavi s tistimi, ki ne delajo v izmenah (mediana 44 let). Habibi idr. (2012, 778-779) v svoji raziskavi nasprotno ugotavljajo višjo vrednost WAI pri zaposlenih, ki delajo v jutranji izmeni (39.9 ± 3.7) in najnižjo pri tistih, ki krožijo v treh izmenah (37.9 ± 4.5).

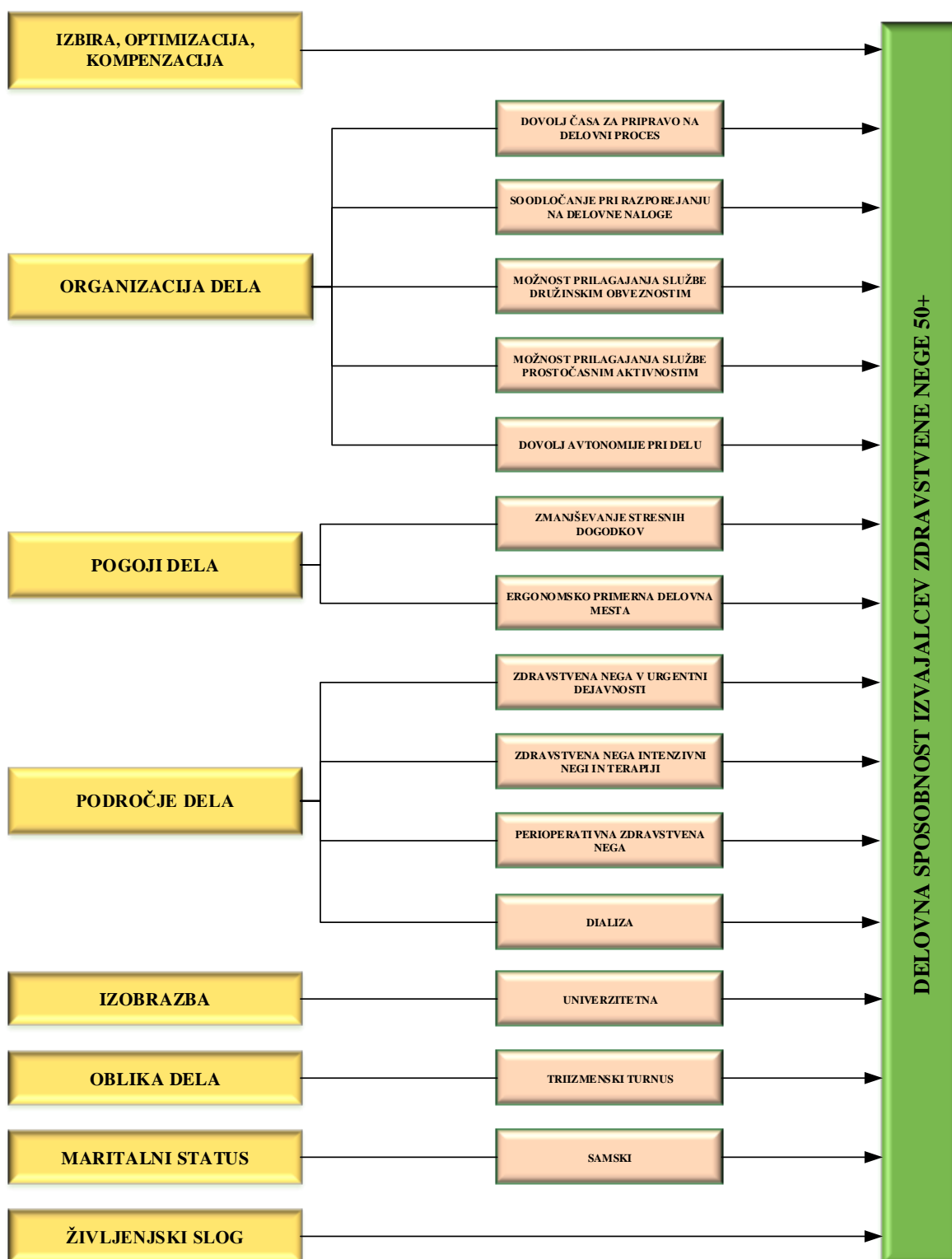
Mohammadi idr. (2015, 90) so ugotavljali vpliv življenjskega sloga (fizična aktivnost, ITM, kajenje) na oceno WAI pri moških ($n = 676$), ki so zaposleni v obratu avtomobilske industrije, v povprečju starih 34,74 let in z aritmetično srednjo vrednostjo ocene WAI 42,07 točk. Kot so pokazali rezultati Mohammadi idr. (2015, 93), je bila aritmetična srednja vrednost WAI v skupini z oceno ITM $< 25 \text{ kg/m}^2$, skupini, ki ni kadila in v skupini z močno intenzivnostjo fizične aktivnosti znatno višja kot v skupini z oceno ITM $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, skupini kadilcev in v skupini z zmerno fizično intenzivnostjo ($P < 0,05$). Tudi sami smo v naši raziskavi želeli ugotoviti, kakšen vpliv ima življenjski slog oziroma posledice le-tega na oceno WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ ter ugotovili, da le kajenje ni statistično

pomembno povezano z oceno WAI. Ostali dejavniki, kot so težave z nespečnostjo, povečana telesna teža, prisotnost hormonskih težav, simptomi izgorelosti, kronična utrujenost, stres na delovnem mestu, bolečine v mišicah in sklepih ter težave pri usklajevanju poklicnega in zasebnega življenja so statistično pomembno negativno povezani z oceno WAI ($\alpha = 0,05$). Da bi izboljšali delovno sposobnost, je po mnenju Li idr. (2016, 7) potrebno, da se oblikovalci politik osredotočajo na optimalne delovne zahteve in dovolj delovnih mest. Prav tako je za optimizacijo delovnih zahtev pomembno sprejeti organizacijske spremembe v zvezi z načrtovanjem delovnih nalog. Oblikovalci politik imajo vpliv na resurse, in sicer s povečanjem možnosti vpliva oz. kontrole, s tem, da poskrbijo za možnost profesionalnega razvoja in podporo nadrejenih ter z olajšanjem vzajemnega delovanja med sodelavci. Spodbujanje zdravja na delovnem mestu bi se lahko usmerilo tudi v izboljšanje osebnih odnosov na delovnem mestu z usposabljanjem v vodstvenih spretnostih, reševanju konfliktov in komunikacijskih večinah.

Vzdrževanje delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege je pomembno vprašanje, saj je temelj za kakovost življenja zaposlenih (Milosevic idr. 2011, 2931).

Habibi idr. (2012, 779) ugotavljajo razlike med izvajalci zdravstvene nege v WAI glede na področje dela. Tako so izvajalci zdravstvene nege v njihovi raziskavi, ki so zaposleni na urgenci dosegli povprečni WAI 37.5 ± 4.8 točk, na kirurgiji 38.4 ± 3.9 točk in v operacijski dvorani $39.2 \pm 4,0$ točk. Golubic idr. (2009, 2061) pa na primer v svoji raziskavi niso zaznali razlike v oceni WAI med izvajalci zdravstvene nege, ki delajo v kirurški in tistih v nekirurški dejavnosti. Tudi sami smo z našo raziskavo želeli izvedeti, ali se aritmetična srednja vrednost ocene WAI razlikuje glede na področje dela. Ugotovili smo, da se aritmetična srednja vrednost ocene WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ na nekaterih področjih statistično pomembno razlikuje od drugih, in sicer so to področja ZN v urgentni dejavnosti ($41,0 \pm 3,43$), ZN v intenzivni negi in terapiji ($40,43 \pm 5,57$), dializi ($40,20 \pm 3,94$) in perioperativni ZN ($39,26 \pm 7,06$), ki so imela tudi najvišjo izračunano aritmetično srednjo vrednost WAI ter področje sterilizacijske dejavnosti ($33,0 \pm 5,67$), specialistično ambulantne dejavnosti ($34,0 \pm 6,35$) in hospitalne ZN – drugo ($34,56 \pm 7,05$), ki so imela najnižjo izračunano aritmetično srednjo vrednost WAI. Ugotovitve, do katerih smo prišli, ko smo izračunali aritmetično srednjo vrednost ocene WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ glede na področje dela, na katerem so zaposleni, nam dajejo pomembne informacije o pogojih dela, ki nam lahko koristijo pri načrtovanju in organizaciji dela. V nadaljevanju sledi grafični prikaz dejavnikov, ki so se v naši raziskavi izkazali kot pozitivno povezani z WAI izvajalcev zdravstvene nege 50+ (Slika 18).

Slika 18: Dejavniki, povezani z višjim WAI pri izvajalcih zdravstvene nege 50+



Vir: Lastna raziskava 2016.

Čeledová idr. (2014, 291) so ugotovili, da se vsebina dela izvajalcev zdravstvene in babiške nege popolnoma razlikuje od vsebine dela v razvojnem podjetju, s katerim so primerjali

oceno delovne sposobnosti in tako je pri zaposlenih v bolnišnici izmerjen nižji WAI, saj njihovo delo vključuje tako fizične kot intelektualne zahteve.

Slaba delovna sposobnost je lahko napovedni dejavnik za namero zapustiti delovno mesto, organizacijo ali celo poklic (Camerino idr. 2006; Derycke idr. 2012; Rongen idr. 2014, 1065). Carel idr. (2013, 579) ugotavljajo, da ocena WAI omogoča zgodnjo identifikacijo izvajalcev zdravstvene nege z ogroženo delovno sposobnostjo, ki potrebujejo pomoč z namenom, da se prepreči predčasno upokojitvev. Trenutno se upokojitvena starost dviguje, zato je najpomembnejše zadrževanje starejših zaposlenih na delovnem mestu. Zgodnja identifikacija zaposlenih z ogroženo delovno sposobnostjo je še posebej pomembna za starejše zaposlene Carel idr. (2013, 588). Glede na to, da se nam v prihodnosti iz različnih razlogov obeta pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege, s katerim se že soočajo številne države, smo tudi z našo raziskavo želeli ugotoviti, kako razmišljajo izvajalci zdravstvene nege 50+ v Sloveniji o možnosti ostati v službi tudi po preteku upokojitvene starosti. Kot je razvidno iz rezultatov raziskave, ki so jo Maurits idr. (2015, 6) izvedli na Nizozemskem med izvajalci zdravstvene nege ($n = 730$), pretežno ženskega spola (89,0 %) ter v povprečju starih 48 let na različnih področjih zdravstvene nege jih 43,0 % ni bilo prepričanih, da bi lahko nadaljevali z delom na svojem trenutnem področju dela do 65. leta starosti. Delež tistih, ki so odgovorili, da bodo lahko nadaljevali z delom na svojem področju dela ali pa o tem niso bili prepričani, pa je bil 57,0 %. Rezultati naše raziskave so pokazali, da se je več kot polovica (52,4 %) izvajalcev zdravstvene nege 50+ opredelilo, da ne nameravajo ostati v delovnem razmerju po dosegu upokojitvene starosti, 16,6 % bi o tej možnosti razmislilo in le 8,5 % jih meni, da bi to možnost absolutno izkoristilo. Izkazalo se je, da imajo tisti, ki so odgovorili, da bi ostali v službi tudi po preteku upokojitvene starosti, statistično pomembno višjo ($r = 0,21$; $p = < 0,00001$; $\alpha = 0,05$) aritmetično srednjo vrednost WAI ($41,47 \pm 5,12$) v primerjavi z ostalimi odgovori ($36,59 \pm 6,27$). To je vsekakor pomembno spoznanje, ki ga bo potrebno upoštevati pri strategijah, usmerjenih v ohranjanje in zadrževanje izvajalcev zdravstvene nege v delovnih sredinah.

Čeledová idr. (2014, 291) menijo, da ključna vloga pri implementaciji koncepta »age managementa« sloni na delodajalcih in delovnih pogojih, ki jih ustvarjajo za svoje zaposlene. Koncept delovne sposobnosti po mnenju avtorjev vključuje tudi motivacijo in zdravstveno stanje zaposlenih, kar se odraža pri izvedbi delovnih nalog.

Izvajalci zdravstvene nege 50+ v naši raziskavi ocenjujejo, da delovno mesto, na katerem so trenutno zaposleni ni prilagojeno starejšim zaposlenim (64,2 %) in le 6,2 % jih je odgovorilo

pritrdilno. Za izboljšanje delovne sposobnosti morajo po mnenju Nowrouzi idr. (2015, 305) izvajalci zdravstvene nege delovati v okoljih, ki jih podpirajo ter jim omogočiti, da se vključijo v proces odločanja. Tudi sami smo preverili, kakšna je ocena organiziranosti delovnega procesa z vidika obeh ciljnih skupin. Predstavili smo deset možnosti, katerih prisotnost v proučevanih delovnih okoljih so ocenjevali sodelujoči v obeh raziskavah. Ugotovili smo, da je pri aritmetičnih srednjih vrednostih ocen organiziranosti delovnega procesa prišlo do statistično pomembnih razlik, in sicer je srednji management višje ocenjeval naslednje možnosti: možnost zdravega načina prehranjevanja in odmora za malico, dovolj časa za pripravo na delovni proces, možnost izbire oziroma soodločanja pri razporeditvi na delovne naloge, možnost vplivati na koriščenje dopusta po lastni izbiri, možnost prilagajanje službe družinskim obveznostim ter imeti dovolj avtonomije pri delu. Statistično pomembnih razlik glede aritmetične srednje vrednosti ocen organiziranosti delovnega procesa med obema skupinama pa nismo ugotovili pri naslednjih možnostih: dovolj počitka med posameznimi delovnimi dnevi, možnost vplivati na mesečni razpored (želje), možnost prilagajanja službe pristočnim aktivnostim in možnosti nekajminutne rekreacije med delovnim časom. Celoten sklop, s katerim smo ocenjevali organiziranost delovnega procesa v proučevanih delovnih okoljih je srednji management v povprečju ocenil boljše kot izvajalci zdravstvene nege, stari 50+ ker ($M_{MNG} = 3,63$; $M_{IZN} = 3,43$).

Zdravstveno varstvo je področje, za katerega so značilni neugodni delovni pogoji, kot so psihosocialni stres, izmensko delo in ročno upravljanje z bremenem (Sandeva in Koleva 2016, 750). Pomembno je, da se bolnišnice prilagodijo delovnim sposobnostim in psihološkemu počutju zaposlenih, da se naredijo ocene njihovih funkcionalnih sposobnosti ter načrtujejo ustrezne preventivne ukrepe (Sandeva in Koleva 2016, 750). Z oceno prisotnosti dejavnikov tveganja, ki izhajajo iz pogojev dela, smo želeli ugotoviti, kako le-te dojema srednji management v zdravstveni negi in izvajalci zdravstvene nege 50+ ter, ali obstajajo razlike v oceni prisotnosti teh dejavnikov. Navedli smo 11 dejavnikov tveganja, ki izhajajo iz pogojev dela. Ugotovili smo le dve statistično pomembni razliki v odgovorih, in sicer je srednji management ocenjeval kot pogostejšo prisotnost dvigovanja/potiskanja bremen ter delo preko polnega delovnega časa. Statistično pomembnih razlik v odgovorih nismo ugotovili pri naslednjih dejavnikih, ki izhajajo iz pogojev dela v proučevanih delovnih okoljih: prisilna drža/enostranske obremenitve, hoja/stoječe delo, časovni pritiski, stresne situacije na dnevnem redu, pogosti nepredvidljivi dogodki, umetna svetloba premalo/preveč, delo v posebnih mikroklimatskih pogojih, ergonomsko neustrezni delovni pogoji in nevarnost

zdrsa, spotika ali padca. Na splošno so v naši raziskavi sodelujoči s strani srednjega managementa delovne pogoje ocenjevali kot težje v primerjavi z izvajalci zdravstvene nege 50+, kar dokazuje nižja aritmetična srednja vrednost celotnega sklopa odgovorov ($M_{MNG} = 2,25$; $M_{IZN} = 2,44$).

Naložbe v boljše delovne pogoje imajo po mnenju Prochnow idr. (2013, 1304) vpliv na zaposlene v vseh življenjskih obdobjih, in sicer tako na njihovo zdravje kot tudi na delo samo, ker je posledično manj začasnih in trajnih odsotnosti iz dela. V luči vse višje starostne strukture zaposlenih, v Splošni bolnišnici Izola menijo, da je ključnega pomena celosten vseživljenjski pristop, tj. boljša preventiva, ki vsem zagotavlja zdravo staranje in vzdržno delovno življenje. Zanimariti ni možno tudi prilagajanja delovnega mesta potrebam posameznika in izboljšati varnost in zdravja pri delu za starajočo se delovno silo (SB Izola, Letno poročilo 2016 2017, 45).

Trybou idr. (2014, 292) predlagajo vodjem zdravstvene nege, da spremljajo in uravnotežijo delovne zahteve in napore izvajalcev zdravstvene nege. Pomembno je, da priznavajo pomen socialne podpore, nadzora nad opravljenim delom (vpliv posameznika na dogajanje v delovnem okolju), nagrajevanja, prekomernih obveznosti, s ciljem zmanjšati stres izvajalcev zdravstvene nege. Ker ima organizacija dela v zdravstveni negi vpliv na zdravje in bolniško odsotnost izvajalcev zdravstvene nege, mora po mnenju Trybou idr. (2014, 299) to postati prednostna naloga vseh odgovornih za organizacijo dela na področju zdravstvene nege.

3.9.1 Preverjanje hipotez in raziskovalnih vprašanj

Pred izvedbo raziskav za potrebe doktorske disertacije smo postavili pet raziskovalnih hipotez. Preverjanje posameznih hipotez in njihovo sprejemanje ali zavračanje je prikazano v nadaljevanju.

Hipoteza 1 (H1) se glasi: Večina zaposlenih v zdravstveni negi 50+ v bolnišnični dejavnosti nima zdravega življenjskega sloga.

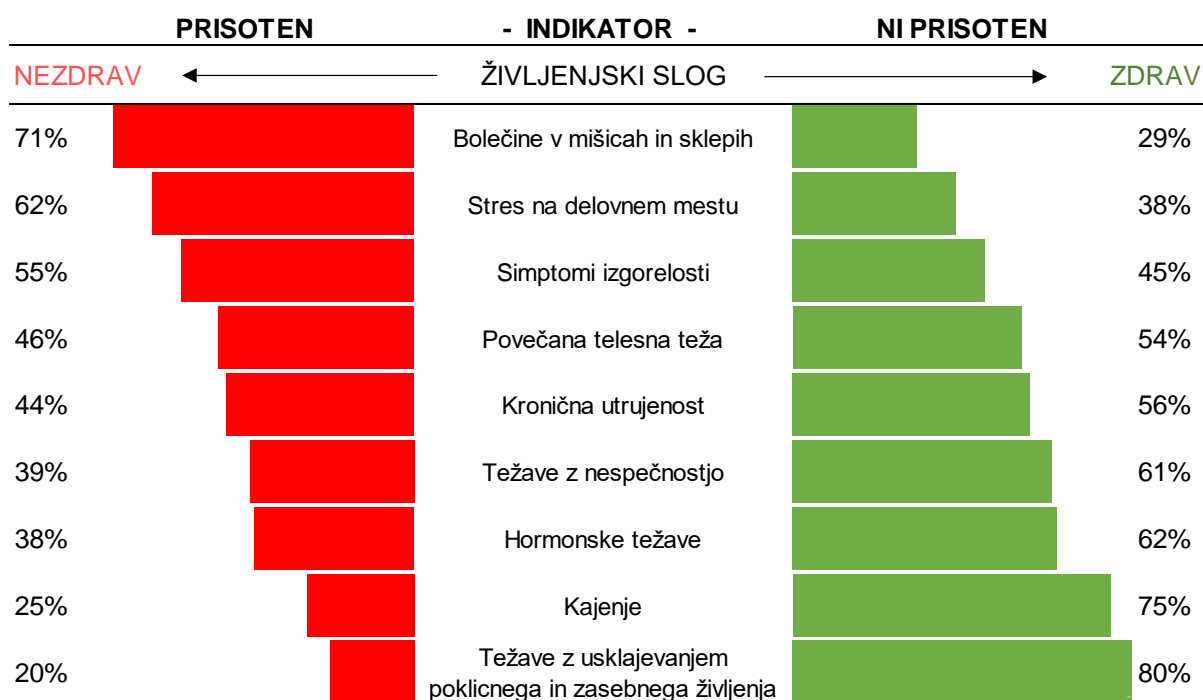
Slika 19 prikazuje prisotnost indikatorjev življenjskega sloga pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ v odstotkih. Leva stran slike prikazuje delež sodelujočih v raziskavi, ki so navedene indikatorje ocenili kot prisotne v njihovem življenju. Višja, kot je prisotnost slednjih, tem bolj nezdrav je življenjski slog sodelujočih v raziskavi.

Strukturno ima več kot polovica sodelujočih v raziskavi bolečine v mišicah in sklepih (71,0 %), doživljajo stres na delovnem mestu (62,0 %) ter simptome izgorelosti (55,0 %), kar kaže na nezdrav življenjski slog. Obratno ima najmanjši delež sodelujočih v raziskavi težave z usklajevanjem poklicnega in zasebnega življenja (20,0 %) ter s kajenjem (25,0 %).

Desna stran slike prikazuje delež izvajalcev zdravstvene nege 50+, ki nimajo težav z navedenimi devetimi indikatorji življenjskega sloga, kar kaže na zdrav življenjski slog sodelujočih v raziskavi. Gre torej za obratno sliko življenjskega sloga sodelujočih v raziskavi.

Največji delež sodelujočih v raziskavi (80,0 %) nima težav z usklajevanjem poklicnega in zasebnega življenja, najmanj sodelujočih v raziskavi (29,0 %) pa nima težav z bolečinami v mišicah in sklepih.

Slika 19: Prisotnost posameznih indikatorjev življenjskega sloga pri zaposlenih v zdravstveni negi 50+



Vir: Lastna raziskava 2016.

Tabela 55 prikazuje frekvenčne porazdelitve števila prisotnih indikatorjev življenjskega sloga pri izvajalcih zdravstvene nege 50+. Iz kumulativnih odstotkov je razvidno, da se mediana nahaja med tremi in štirimi prisotnimi indikatorji, kar pomeni, da so pri polovici sodelujočih v raziskavi prisotni vsaj štirje indikatorji nezdravega življenjskega sloga. Le 29

od 433 sodelujočih v raziskavi ne navaja prisotnosti indikatorjev nezdravega življenjskega sloga, kar pomeni, da ima 6,7 % sodelujočih v raziskavi zdrav življenjski slog.

Tabela 55: Frekvenčna porazdelitev števila prisotnih indikatorjev življenjskega sloga pri izvajalcih zdravstvene nege 50+

Število prisotnih indikatorjev življenjskega sloga	f	Veljavni %	Kumulativni %
0	29	6,70	6,70
1	39	9,01	15,70
2	61	14,09	29,79
3	59	13,63	43,42
4	65	15,01	58,43
5	59	13,6	72,06
6	49	11,32	83,37
7	44	10,16	93,53
8	22	5,08	98,61
9	6	1,39	100,00
SKUPAJ	433	100,00	

Vir: Lastna raziskava 2016.

Izvajalci zdravstvene nege 50+ so torej izbirali med maksimalno devetimi indikatorji življenjskega sloga. V povprečju so sodelujoči v raziskavi izbrali 3,98 indikatorjev. Standardni odklon, ki nam pove odstopanje od povprečja je visok in znaša 2,293.

Tabela 56 prikazuje opisne statistike celotnega sklopa spremenljiv »življenjski slog«. Rezultati so prikazani kot aritmetična srednja vrednost (M), standardni odklon (SD) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov.

Tabela 56: Opisne statistike tvorjene spremenljivke »življenjski slog«

	M	SD	Min	Max
življenjski slog	3,98	2,293	0	9

Vir: Lastna raziskava 2016.

Hipotetična aritmetična sredina od devetih indikatorjev znaša 4,5. Iz tega sledi, da nižja stopnja od le-te kaže na zdrav življenjski slog respondentov, višja pa na nezdrav. V tem primeru je povprečna vrednost 3,98, kar pomeni, da življenjski slog izvajalcev zdravstvene nege 50+ lahko v povprečju označimo kot zdrav.

Hipotezo (H1) zavrnamo s stopnjo tveganja, manjšo od 0,1 %.

V nadaljevanju sledi še odgovor na raziskovalno vprašanje (RV1): »Kolikšen delež izvajalcev zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti ima zdrav življenjski slog?« Razlika med skupinama (med povprečno vrednostjo in hipotetično aritmetično sredino) je statistično značilna ($p < 0,001$), kar pomeni, da ima večina izvajalcev zdravstvene nege 50+ zdrav življenjski slog (Tabela 57).

Tabela 57: Rezultati t-testa za en vzorec – »življenjski slog« pri zaposlenih v zdravstveni negi 50+

	Hipotetična aritmetična sredina (povprečje) = 4,5			
	t	df	p	Razlika povprečij
življenjski slog	-4,685	432	< 0,001	-0,516

Legenda: t – testna statistika; df – stopinje prostosti; p – stopnja statistične značilnosti

Vir: Lastna raziskava 2016.

Hipoteza (H2) se glasi: Obremenitve zaposlenih v zdravstveni negi 50+ v bolnišnični dejavnosti se razlikujejo glede na področje dela.

Tabela 58 prikazuje osnovne opisne statistike izvajalcev zdravstvene nege 50+ glede na področje dela.

Raziskovalno vprašanje (RV2): »Katera so najbolj obremenjujoča delovna področja za izvajalce zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti?« Aritmetične srednje vrednosti kažejo, da se z različnimi dejavniki tveganja (v anketnem vprašalniku_2 smo jih v sklopu »Pogoji dela« navedli enajst) pogosto srečujejo vsa področja dela ($M = 3,51$), pri čemer se s slabimi pogoji dela najpogosteje srečujejo izvajalci zdravstvene nege 50+ na področju sterilizacijske dejavnosti ($M = 4,03$) in perioperativne zdravstvene nege ($M = 3,94$), ki jim sledita z enako oceno kirurška in internistična zdravstvena nega ($M = 3,72$). Izvajalci

zdravstvene nege na področju psihiatrične zdravstvene nege ($M = 3,02$), managementa ($M = 3,02$) in dialize ($M = 3,10$) pa se z različnimi dejavniki tveganja srečujejo najredkeje. Dejavniki tveganja so bili v tem primeru tisti, s katerimi smo ugotavljali obremenjenost izvajalcev zdravstvene nege 50+, pri čemer velja: višja kot je navedena aritmetična srednja vrednost pri posameznem področju dela, višja je obremenitev izvajalcev zdravstvene nege 50+. Rezultati (Tabela 58) so prikazani kot frekvenca (f), aritmetična srednja vrednost (M) in standardni odklon (SD).

Tabela 58: Osnovne opisne statistike za »obremenitev izvajalcev zdravstvene nege 50+, v bolnišnični dejavnosti« glede na področje dela

Področje dela	f	M	SD
sterilizacijska dejavnost	14	4,03	0,705
perioperativna ZN	39	3,94	0,511
hospitalna ZN v internistični dejavnosti	55	3,72	0,613
hospitalna ZN v kirurški dejavnosti	56	3,72	0,599
ZN v intenzivni negi in terapiji	42	3,71	0,728
ZN v urgentni dejavnosti	9	3,68	0,219
hospitalna ZN – drugo	41	3,60	0,639
obporodna ZN	15	3,50	0,552
ZN na področju specialistično ambulantni dejavnosti	46	3,49	0,688
drugo	6	3,44	0,631
hospitalna ZN na področju pediatrije	28	3,34	0,491
hospitalna ZN na področju ginekolog. in porod.	34	3,22	0,747
dializa	10	3,10	0,766
management v ZN	4	3,02	0,577
hospitalna ZN na področju psihiatrije	34	3,02	0,641

Vir: Lastna raziskava 2016.

Obstoj statistično značilnih razlik v obremenitvah glede na področje dela smo preverili s Kruskal-Wallisovim preizkusom. Rezultati preizkusa razlik v obremenitvi zaposlenih v zdravstveni negi 50+ v bolnišnični dejavnosti kažejo, da so v obremenitvah po posameznih področjih dela prisotne statistično značilne razlike ($\chi^2 = 54,52$; $df = 8$; $p < 0,001$). Pri tem je potrebno omeniti, da smo nekatere skupine zaposlenih zaradi majhnega števila izključili iz analize razlik. Izpeljemo lahko sklep, da se obremenitve izvajalcev zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti razlikujejo glede na različna področja dela.

Hipotezo (H2) lahko potrdimo, čeprav med posameznimi pari (kot bomo videli v nadaljevanju) ne obstajajo nujno statistično značilne razlike.

Tabela 59 nam prikazuje rezultat Mann-Whitneyevega preizkusa razlik v obremenitvi izvajalcev zdravstvene nege 50+ za vsak par področij dela. Ničelno hipotezo lahko zavrnamo, ko je signifikantnost manjša ali enaka 0,05 – takrat lahko potrdimo statistično značilne razlike med pari področij dela. Teh parov ni malo, kot primer navajamo hospitalno ZN psihiatrija, ki v paru vodi v statistično značilne razlike z vsemi področji dela, razen v primeru hospitalne ZN ginekologije in porodništva ($p = 0,195$). Medtem ko hospitalna ZN za ginekologijo in porodništvo kaže statistično značilne razlike še v paru s hospitalno dejavnostjo, hospitalno ZN v internistični dejavnosti ($p = 0,004$), hospitalno ZN v kirurški dejavnosti ($p = 0,005$), ZN v intenzivni negi in terapiji ($p = 0,007$) in perioperativno ZN ($p = 0,000$). Tudi v primeru le te ugotavljamo statistično značilne razlike v paru z vsemi ostalimi področji dela, razen z ZN v intenzivni negi in terapiji ($p = 0,107$).

Tabela 59: Rezultati Mann-Whitneyevega preizkusa razlik v obremenitvi izvajalcev zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti za vsak par področij dela

Mann-Whitney:		Perioperativna ZN	Hosp. ZN – gin/por	Hosp. ZN –intern.	Hosp. ZN –kirurg.	Hosp. ZN –ped.	Hosp. ZN –psih.	Hosp. ZN –drugo	Spec. amb. dej.
hospitalna ZN – gin/por	U	285							
	p	0,000							
hospitalna ZN – internistika	U	818	594						
	p	0,050	0,004						
hospitalna ZN – kirurgija	U	799	617	1528					
	p	0,026	0,005	0,941					
hospitalna ZN – pediatrija	U	216	450	482	503				
	p	0,000	0,713	0,005	0,008				
hospitalna ZN – psihiatrija	U	171	473	396	393	316			
	p	0,000	0,195	0,000	0,000	0,023			
hospitalna ZN – drugo	U	501	522	996	1027	431	335		
	p	0,004	0,062	0,327	0,374	0,079	0,000		
spec. amb. dej.	U	523	629	1019	1051	530	456	863	
	p	0,001	0,136	0,093	0,110	0,203	0,001	0,493	
ZN v intenzivni negi in terapiji	U	649	455	1121	1118	374	315	718	775
	p	0,107	0,007	0,804	0,677	0,010	0,000	0,190	0,110

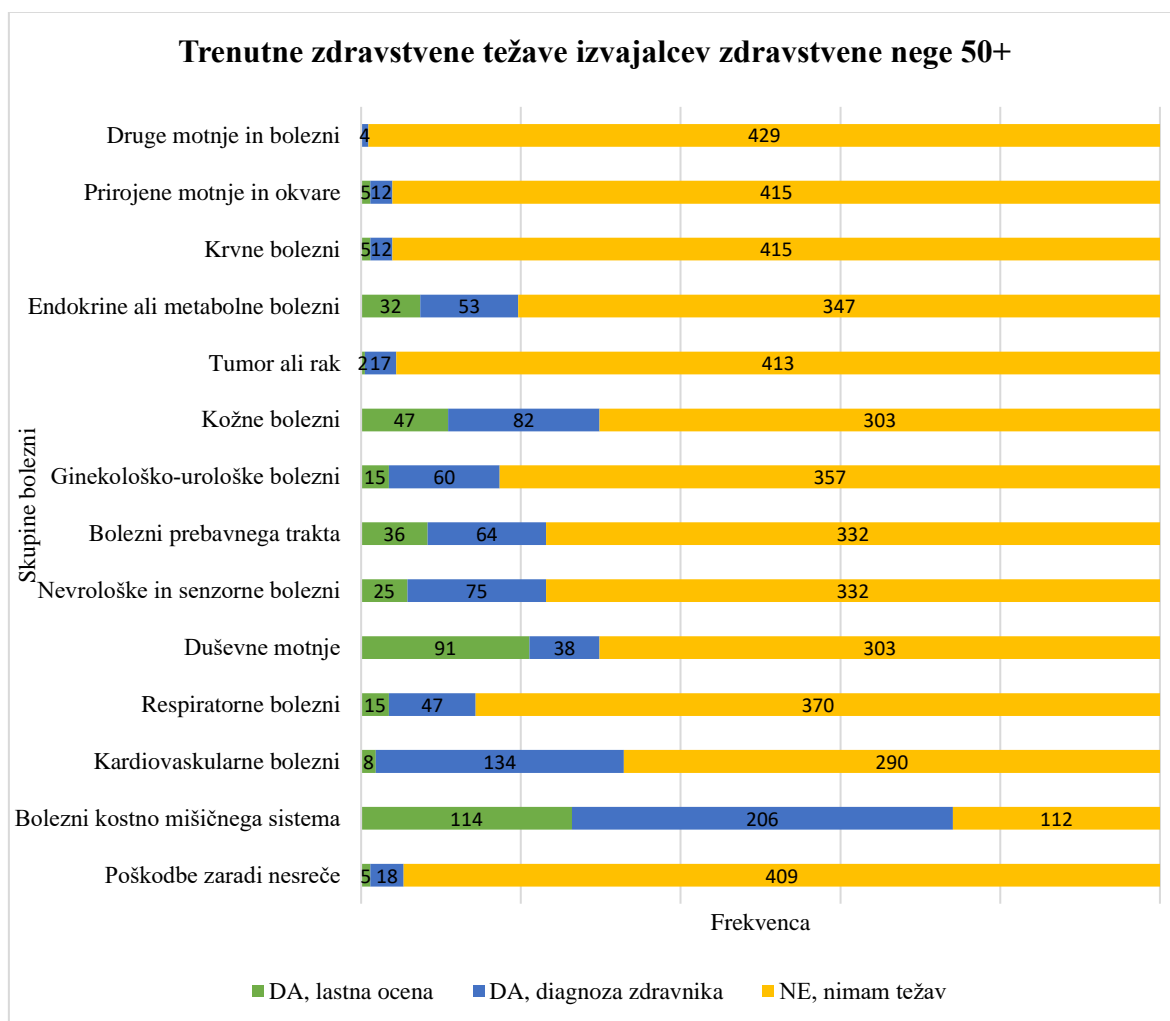
Vir: Lastna raziskava 2016.

Hipoteza (H3) se glasi: Obstaja povezava med pogoji dela in kostno mišičnimi obolenji med izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti.

Raziskovalno vprašanje (RV3): »Kolikšen delež med izvajalci v zdravstveni negi 50+ v bolnišnični dejavnosti oboleva zaradi bolezni kostno-mišičnega sistema v primerjavi z drugimi zdravstvenimi težavami, o katerih še poročajo?«

Izvajalci zdravstvene nege 50+ so se v naši raziskavi opredelili tudi glede zdravstvenih težav, ki jih trenutno pestijo (Slika 20). Vprašanje je zajemalo 14 skupin bolezni, do katerih so se sodelujoči v raziskavi opredeljevali. Na voljo so bili trije odgovori, in sicer »Da, lastna ocena«, »Da, diagnoza zdravnika« in »Ne, nimam težav«. Med 14 skupinami bolezni so pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ po pogostosti najbolj izstopale bolezni kostno-mišičnega sistema, saj ima uradno diagnozo postavljeno s strani zdravnika 206 sodelujočih v raziskavi (47,6 %), tovrstne težave po lastni oceni in brez uradne diagnoze ima 114 (26,3 %) in 112 (25,9 %) teh težav nima. Sledijo kardiovaskularne bolezni, za katere ima uradno diagnozo 134 ali 30,9 % izvajalcev zdravstvene nege 50+, nato kožne bolezni, ki jih ima uradno potrjeno 82 (18,9 %) sodelujočih v raziskavi. V tem kontekstu je potrebno omeniti duševne bolezni, za katere ima uradno diagnozo s strani zdravnika postavljeno 38 (8,8 %) sodelujočih v raziskavi, vendar se jih je kar 91 (21,0 %) opredelilo, da imajo tovrstne težave po lastni oceni. Bolezni kostno-mišičnega sistema so se v naši raziskavi izkazale kot prevladujoča težava pri izvajalcih zdravstvene nege 50+, saj jih skupaj po lastni oceni in oceni zdravnika o njih poroča kar 320 (74,1 %) vseh sodelujočih.

Slika 20: Grafični prikaz trenutnih zdravstvenih težav izvajalcev zdravstvene nege 50+



Vir: Lastna raziskava 2016.

Tabela 60 prikazuje opisne statistike spremenljivk sklopa »Pogoji dela«. Sodelujočim v raziskavi je bilo ponujenih enajst različnih dejavnikov tveganja, ki izhajajo iz pogojev dela, pri čemer so ocenjevali njihovo pogostost na 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »zelo pogosto«, 2 – »pogosto«, 3 – »nevtravno«, 4 – »redko« in 5 – »zelo redko«. Višja, kot je aritmetična srednja vrednost pri posameznem pogoju, tem redkeje so prisotni, kar pomeni, da so pogoji dela s tega vidika boljši. Rezultate prikažemo kot aritmetična srednja vrednost (M), standardni odklon (SD), koeficient asimetrije (KA), koeficient sploščenosti (KS) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov.

Tabela 60: Opisne statistike spremenljivk sklopa »Pogoji dela« kot jih dojemajo izvajalci zdravstvene nege 50+

Statistična spremenljivka	N	M	SD	KA	KS	Min	Max
hoja in stoječe delo	433	1,64	0,915	1,735	3,098	1	5
časovni pritiski	432	1,90	0,891	1,095	1,347	1	5
vsakodnevne stresne situacije	432	1,99	0,905	0,882	0,433	1	5
pojavljanje nepredvidljivih dogodkov v delovni rutini	432	2,10	0,944	0,820	0,108	1	5
dolgotrajna prisilna drža, enostranske obremenitve	433	2,22	1,073	0,744	-0,224	1	5
dvigovanje in potiskanje bremen	433	2,22	1,200	0,782	-0,440	1	5
delo v umetni svetlobi, premalo ali preveč svetlobe	433	2,39	1,274	0,566	-0,782	1	5
delo preko polnega delovnega časa	432	2,98	1,498	-0,006	-1,482	1	5
ergonomska neustreznost delovnih pogojev	432	3,11	1,251	-0,076	-0,995	1	5
nevarnost zdrsa, spotika ali padca	432	3,14	1,238	-0,129	-1,072	1	5
delo v posebnih mikroklimatskih pogojih	432	3,16	1,380	-0,126	-1,232	1	5

Legenda: N – numerus (število enot v vzorcu)

Vir: Lastna raziskava 2016.

Razvidno je (Tabela 60), da so sodelujoči v raziskavi med pogoji dela kot najslabše ocenili hojo in stoječe delo ($M = 1,64$), časovne pritiske ($M = 1,90$) ter vsakodnevne stresne situacije ($M = 1,99$). Kot najboljše pogoje dela pa delo v posebnih mikroklimatskih pogojih ($M = 3,16$), nevarnost zdrsa, spotika ali padca ($M = 3,14$) ter ergonomsko ustreznost delovnih pogojev ($M = 3,11$).

Tabela 61 prikazuje rezultate Kruskal-Wallisovega preizkusa razlik v pogojih dela pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ glede na diagnozo/obstoječo bolezen kostno-mišičnega sistema.

Obravnavamo tri skupine zaposlenih, in sicer skupino, pri kateri so bolezni kostno-mišičnega sistema prisotne po lastni oceni, pri drugi skupini zaposlenih so bolezni kostno-mišičnega sistema prisotne z diagnozo zdravnika, medtem ko tretja skupina teh težav nima. Razvidno je, da obstaja statistično značilna razlika med skupinami le pri dveh dejavnikih tveganja, ki izhajata iz pogojev dela. »Dolgotrajna prisilna drža, enostranske obremenitve« ($p < 0,01$) ter »ergonomsko neustrezni pogoji dela, npr. visoke police, nefunkcionalni prostori, pomanjkanje pripomočkov« ($p < 0,01$) sta dejavnika tveganja, s katerima se sicer najredkeje srečujejo sodelujoči v raziskavi, ki navajajo, da nimajo težav z boleznimi kostno-mišičnega sistema (npr. hrbta, okončin, ponavljajoče se bolečine v sklepnih mišicah itd.). Tisti, ki imajo zdravstvene težave kostno-mišičnega sistema so ocenili, da so pogoji dela z vidika dolgotrajne prisilne drža in ergonomske ustreznosti delovnega mesta slabši. Praviloma se tudi pri ostalih vidikih pogojev dela kaže povezanost v tej smeri, vendar ne zaznamo statistično značilnih razlik med skupinami.

Tabela 61: Rezultati Kruskal-Wallisovega preizkusa razlik v pogojih dela pri izvajalcih zdravstvene nege 50+, glede na diagnozo/obstoječo bolezen kostno-mišičnega sistema

Pogoji dela	Bolezni kostno-mišičnega sistema	N	M	χ^2	p
dvigovanje/potiskanje bremen	da, lastna ocena	114	2,25	1,067	0,587
	da, diagnoza zdravnika	206	2,17		
	ne, nimam težav	112	2,30		
dolgotrajna prisilna drža	da, lastna ocena	114	2,20	13,815	0,001
	da, diagnoza zdravnika	206	2,05		
	ne, nimam težav	112	2,55		
hoja/stoječe delo	da, lastna ocena	114	1,53	3,622	0,163
	da, diagnoza zdravnika	206	1,63		
	ne, nimam težav	112	1,79		
časovni pritiski	da, lastna ocena	113	1,90	3,486	0,175
	da, diagnoza zdravnika	206	1,81		
	ne, nimam težav	112	2,06		
stresne situacije	da, lastna ocena	113	2,05	1,190	0,552
	da, diagnoza zdravnika	206	1,93		
	ne, nimam težav	112	2,05		
nepredvidljivi dogodki	da, lastna ocena	113	2,17	2,585	0,275
	da, diagnoza zdravnika	206	2,01		
	ne, nimam težav	112	2,20		
umetna svetloba	da, lastna ocena	114	2,29	2,250	0,325
	da, diagnoza zdravnika	206	2,36		
	ne, nimam težav	112	2,55		
posebni mikro-klimatski pogoji	da, lastna ocena	113	3,12	0,399	0,819
	da, diagnoza zdravnika	206	3,15		
	ne, nimam težav	112	3,22		
nadure	da, lastna ocena	113	2,77	4,136	0,126
	da, diagnoza zdravnika	206	2,99		
	ne, nimam težav	112	3,19		
ergonomska neustreznost	da, lastna ocena	113	3,19	13,170	0,001
	da, diagnoza zdravnika	206	2,91		

Pogoji dela	Bolezni kostno-mišičnega sistema	N	M	χ^2	p
	ne, nimam težav	112	3,43		
	da, lastna ocena	113	3,22		
nevarnost zdrsa/padca	da, diagnoza zdravnika	206	3,03	3,030	0,220
	ne, nimam težav	112	3,27		

Vir: Lastna raziskava 2016.

Hipotezo (H3) moramo zavrniti, saj se povezava med pogoji dela in kostno-mišičnimi obolenji med izvajalci zdravstvene nege 50+ ne kaže pri vseh dejavnikih tveganja, ki izhajajo iz pogojev dela.

Hipoteza (H4): Izvajalce zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti obremenjujejo problemi, ki izhajajo iz organizacije dela, zato se poslužujejo lastnih prilagoditvenih strategij.

Tabela 62 prikazuje rezultate faktorske analize po metodi glavnih osi in z Varimax rotacijo za sklop spremenljivk »Organizacija dela«, s katero smo določili manjše število linearnih kombinacij merjenih spremenljivk. Obstoječe spremenljivke smo tako razdelili v dve novi skupini, in sicer »Imeti vpliv na organizacijo dela in možnost izbire« (pojasnjuje 26,18 % variance), ter »Organizacija dela je v skladu z zakonodajo« (pojasnjuje 21,99 % variance). Cronbach alfa koeficient za prvo skupino spremenljivk znaša 0,835 ter za drugo skupino spremenljivk 0,756, kar v obeh primerih razlagamo z dobro zanesljivostjo konstrukta.

Tabela 62: Rezultati faktorске analize po metodi glavnih osi in z Varimax rotacijo za sklop spremenljivk »organizacija dela«

Statistična spremenljivka	Imeti vpliv na organizacijo dela in možnost izbire	Organizacija dela je v skladu z zakonodajo
možnost zdravega načina prehranjevanja in odmora za malico		,638
dovolj časa za pripravo na delovni proces		,777
dovolj počitka med posameznimi delovnimi dnevi		,577
možnosti nekajminutne rekreacije med delovnim časom		,482
možnost izbire oz. soodločanja pri razporeditvi na delovne naloge	,517	
možnost vplivati na koriščenje dopusta po lastni izbiri	,547	
možnost vplivati na mesečni raspored dela (želje)	,645	
možnost prilagajanja službe družinskim obveznostim	,782	
možnost prilagajanja službe prostočasnim aktivnostim	,727	
dovolj avtonomije pri delu	,420	
	% pojasnjene variance	26,18
	Cronbach alfa	0,835
		21,99
		0,756

Vir: Lastna raziskava 2016.

Tabela 63 prikazuje rezultate faktorске analize po metodi glavnih osi in z Varimax rotacijo za sklop spremenljivk »strategije uspešnega staranja«, s katero smo določili manjše število linearnih kombinacij merjenih spremenljivk. Obstoječe spremenljivke smo tako razdelili v tri nove skupine (faktorje) – izbira (pojasnjuje 19,22 % variance), optimizacija (pojasnjuje 13,28 % variance) in kompenzacija (pojasnjuje 11,64 % variance). Cronbach alfa koeficient za skupino »izbira« znaša 0,760, kar razlagamo z dobro zanesljivostjo konstrukta; za skupino

»optimizacija« 0,603 in za skupino »kompenzacija« 0,618, kar pa v obeh primerih razlagamo s sprejemljivo zanesljivostjo konstrukta.

Tabela 63: Rezultati faktorске analize po metodi glavnih osi in z Varimax rotacijo za sklop spremenljivk izbira, optimizacija in kompenzacija

Statistična spremenljivka	Izbira	Optimizacija	Kompenzacija
pri svojem delu vedno opravi najprej najpomembnejšo nalogo	,739		
tudi v stresnih situacijah opravi eno nalogo v celoti, nato nadaljuje z drugo	,697		
pri izvedbi delovne naloge se koncentriram na najpomembnejše opravilo	,696		
redno telovadim, da sem kos fizičnim zahtevam delovnega mesta		,478	
permanentno se izobražujem na področju zdravstvene nege		,511	
pri delu zavestno uporabljam prijazne delovne tehnike, ki varujejo hrbtenico		,689	
prosim za pomoč pri izvajanju težkih fizičnih opravil			,450
za izvajanje težkih fizičnih opravil se poslužujem pripomočkov za delo			,619
delo si organiziram na način, da fizične obremenitve enakomerno porazdelim			,565
% pojasnjene variance	19,22	13,28	11,64
Cronbachov alfa	0,760	0,603	0,618

*Spremenljivke iz »optimizacije« in »kompenzacije« niso primerne za meritve le-tega pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ v našem primeru.

Vir: Lastna raziskava 2016.

V nadaljevanju (Tabela 64) so prikazane opisne statistike tvorjenih spremenljivk. V prvi skupini tvorjenih spremenljivk opazimo višjo povprečno vrednost pri spremenljivki »Imeti vpliv na organizacijo dela in možnost izbire« glede njihovega dela ($M = 3,60$), kar pomeni,

da imajo sodelujoči v raziskavi več možnosti vpliva in soodločanja glede svojega dela kot možnosti, ki v osnovi izhajajo iz zakonskih predpisov ($M = 3,17$). Med strategijami uspešnega staranja pa opazamo najvišjo povprečno vrednost pri spremenljivki »izbira« ($M = 4,08$), kar pomeni, da imajo sodelujoči v raziskavi največ možnosti »izbire«, manj možnosti za »optimizacijo« in najmanj za »kompenzacijo«. Rezultate prikažemo kot aritmetična srednja vrednost (M), standardni odklon (SD), koeficient asimetrije (KA), koeficient sploščenosti (KS) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov.

Tabela 64: Opisne statistike tvorjenih spremenljivk

	N	Min	Max	M	SD	KA	KS
Problemi, ki izhajajo iz organizacije dela							
organizacija dela je v skladu z zakonodajo	432	1,00	5,00	3,17	0,780	-0,036	-0,134
imeti vpliv na organizacijo dela in možnost izbire	432	1,83	5,00	3,60	0,641	-0,151	-0,226
Strategije uspešnega staranja							
izbira	433	1,00	5,00	4,08	0,589	-0,576	1,790
optimizacija	433	1,67	5,00	3,42	0,632	-0,029	0,388
kompenzacija	432	1,00	5,00	3,18	0,682	-0,272	0,439

Legenda: N – numerus (število enot v vzorcu)

Vir: Lastna raziskava 2016.

Raziskovalno vprašanje (RV5): »Katere so najpogostejše prilagoditvene strategije izvajalcev zdravstvene nege 50+?«. Tabela 65 prikazuje rezultate analize korelacij med problemi, ki izhajajo iz organizacije dela in strategijami uspešnega staranja, ki se jih poslužujejo izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti. Vrednost Pearsonovega koeficienta korelacije v vseh možnostih linearne povezanosti spremenljivk kaže na nizko oziroma šibko povezanost obravnavanih spremenljivk (0,20–0,39), vendar statistično značilno ($p \leq 0,05$).

Več kot obstaja problemov, ki se nanašajo na zadostitev zakonskim predpisom na delovnem mestu, tem pogosteje se izvajalci zdravstvene nege 50+ poslužujejo »kompenzacije«, nadalje »izbire« in še »optimizacije«. Še v večji meri pa velja, da tem več, kot je težav z

vključevanjem izvajalcev zdravstvene nege 50+ v soodločanje glede njihovega dela, tem pogosteje se poslužujejo »izbire«, v manjši meri pa to velja za »optimizacijo« in »kompenzacijo«.

Tabela 65: Rezultati analize korelacij med problemi, ki izhajajo iz organizacije dela in strategijami uspešnega staranja, ki se jih poslužujejo izvajalci zdravstvene nege 50+

		Problemi, ki izhajajo iz organizacije		
			Organizacija dela je v skladu z zakonodajo	Imeti vpliv na organizacijo dela in možnost izbire
Strategije uspešnega staranja	izbira	r	,308**	,390**
		p	,000	,000
	optimizacija	r	,300**	,325**
		p	,000	,000
	kompenzacija	r	,312**	,321**
		p	,000	,000

r – Pearsonov koeficient korelacije; p – stopnja statistične značilnosti.

Vir: Lastna raziskava 2016.

Hipotezo (H4) lahko potrdimo in trdimo, da se izvajalci zdravstvene nege 50+ v primeru obstoja problemov, ki izhajajo iz organizacije dela, poslužujejo strategij uspešnega staranja.

Hipoteza (H5) se glasi: Med srednjim managementom in izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti obstajajo razlike v naklonjenosti spremembam v smislu ukrepov za humanizacijo dela, upoštevajoč potrebe starejših na področju zdravstvene nege.

V nadaljevanju smo prikazali (Tabela 66) opisne statistike spremenljivk sklopa »Predlogi za reorganizacijo delovnega okolja« za skupino izvajalcev zdravstvene nege 50+ in srednji management. Gre za reorganizacijo delovnega okolja v smeri k boljši prilagojenosti starejšim izvajalcem zdravstvene nege. Sodelujoči v obeh raziskavah so 12 predlogov za reorganizacijo delovnega okolja ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 – »sploh se ne strinjam«, 2 – »se ne strinjam«, 3 – »niti, niti«, 4 – »se strinjam«, 5 – »povsem se strinjam«. Izračunan koeficient Cronbach alfa celotnega sklopa

je v primeru izvajalcev zdravstvene nege 50+ znašal 0,88 in v primeru srednjega managementa 0,86.

Pri vseh obravnavanih spremenljivkah opazamo, da višjo stopnjo naklonjenosti navedenim predlogom izražajo sodelujoči v raziskavi iz skupine srednjega managementa. Tudi izračunana aritmetična srednja vrednost celotnega sklopa za posamezno skupino sodelujočih kaže na večjo naklonjenost predlaganim spremembam ($M_{MNG} = 4,19$, $M_{IZN} = 3,89$).

Tabela 66 prikazuje opisne statistike spremenljivk sklopa »Predlogi za reorganizacijo delovnega okolja«, in sicer aritmetična srednja vrednost (M), standardni odklon (SD), koeficient asimetrije (KA), koeficient sploščenosti (KS) ter minimum (Min) in maksimum (Max) odgovorov.

Tabela 66: Opisne statistike spremenljivk sklopa »reorganizacija delovnega okolja« za skupino izvajalcev zdravstvene nege 50+ in skupino srednjega managementa

Statistične spremenljivke		N	M	SD	KA	KS	Min	Max
ponovno načrtovanje delovnih mest	IZN	431	3,88	0,891	-1,206	1,944	1	5
	MNG	89	4,34	0,690	-0,983	1,391	2	5
kroženje na različno zahtevnih delovnih mestih	IZN	431	3,58	1,029	-0,809	0,251	1	5
	MNG	89	4,13	0,932	-1,482	2,793	1	5
ponovna ocena tveganja delovnega mesta	IZN	431	3,81	0,832	-0,961	1,355	1	5
	MNG	89	4,18	0,762	-0,947	2,011	1	5
zmanjšanje verjetnosti padca, zdrsa, spotika, poškodb idr.	IZN	430	3,89	0,812	-1,107	2,130	1	5
	MNG	89	4,24	0,691	-1,194	4,180	1	5
omejevanje dvigovanja težkih bremen in fizično zahtevnih nalog	IZN	432	4,03	0,730	-1,265	3,246	1	5
	MNG	89	4,38	0,683	-1,533	5,427	1	5
odobritev počitka med delovnim časom	IZN	432	3,90	0,823	-1,022	1,740	1	5
	MNG	89	4,16	0,705	-0,630	0,598	2	5
vzpostaviti »sistem hitrega kroženja pri delu v izmenah«	IZN	426	3,40	0,980	-0,483	-0,240	1	5
	MNG	89	3,64	0,956	-0,412	-0,031	1	5

Statistične spremenljivke		N	M	SD	KA	KS	Min	Max
fleksibilni delovni čas	IZN	427	3,43	1,049	-0,534	-0,267	1	5
	MNG	89	3,58	0,986	-0,458	0,065	1	5
uporaba opreme in druge podporne tehnologije za varno in zdravo delo	IZN	432	4,27	0,640	-0,730	1,378	2	5
	MNG	89	4,47	0,524	-0,128	-1,450	3	5
oblikovanje ergonomskega delovnega okolja	IZN	432	4,23	0,647	-0,673	1,182	2	5
	MNG	89	4,47	0,586	-0,931	1,820	2	5
usposabljanje glede tehnik dvigovanja in nošenja bremen	IZN	431	4,19	0,656	-0,859	2,300	1	5
	MNG	89	4,51	0,567	-0,598	-0,653	3	5
uvredba nekajminutne rekreacije med delovnim časom	IZN	430	4,04	0,782	-0,833	1,375	1	5
	MNG	89	4,16	0,689	-0,429	-0,013	2	5

Legenda: IZN – izvajalci zdravstvene nege, stari 50 let in več; MNG – srednji management;

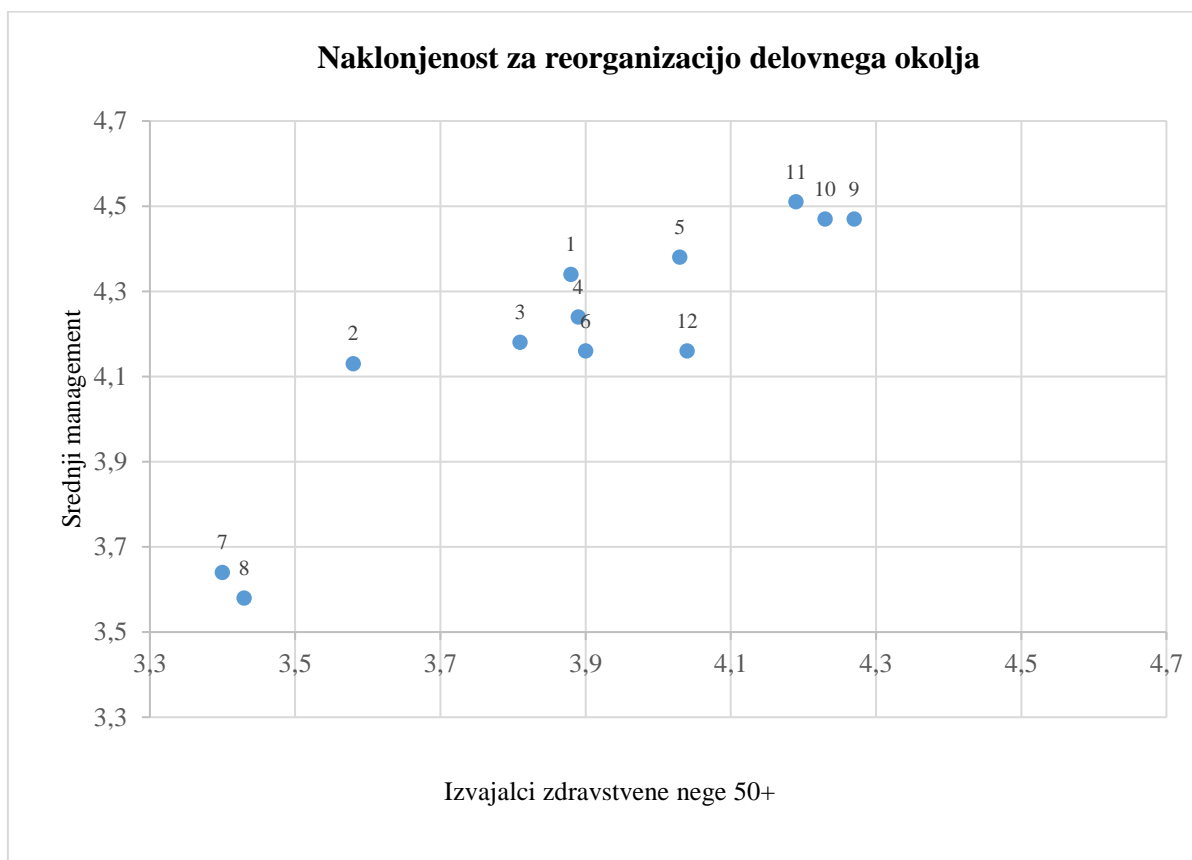
N – numerus (število enot v vzorcu)

Vir: Lastna raziskava 2016.

Sodelujoči iz obeh skupin so najbolj naklonjeni naslednjim predlogom: »oblikovanje ergonomskega delovnega okolja, vključno s pripomočki, opremo in prostori« ($M_{IZN} = 4,23$, $M_{MNG} = 4,47$), »uporabo opreme in druge podporne tehnologije za varno in zdravo delo« ($M_{IZN} = 4,27$, $M_{MNG} = 4,47$) ter »usposabljanje zaposlenih glede ustreznih tehnik dvigovanja in nošenja bremen« ($M_{IZN} = 4,19$, $M_{MNG} = 4,51$). Najmanj naklonjenosti namenjajo organizaciji dela v izmenah, s sistemom hitrega kroženja pri delu v izmenah ($M_{IZN} = 3,40$, $M_{MNG} = 3,64$) in fleksibilen delovni čas ($M_{IZN} = 3,43$, $M_{MNG} = 3,58$).

Slika 21 prikazuje razsevni diagram razkoraka med zaposlenimi v zdravstveni negi 50+ in srednjim managementom v njihovi naklonjenosti posameznim spremembam v smislu reorganizacije dela. Opazimo lahko, da sta obe obravnavani skupini respondentov kot najustreznejše ali kot najmanj ustrezne podprle podobne predloge. Iz slike so razvidne tudi naše prej zapisane ugotovitve o višje in nižje ocenjenih predlogih.

Slika 21: Razsevni diagram razkoraka med izvajalci zdravstvene nege 50+ in srednjim managementom v njihovi naklonjenosti k spremembam delovnega okolja



Vir: Lastna raziskava 2016.

Legenda k sliki 20:

1	ponovno načrtovanje delovnih mest
2	kroženje na različno zahtevnih delovnih mestih
3	ponovna ocena tveganja delovnega mesta
4	ustvarjanje delovnega okolja, ki zmanjšuje verjetnost padca, zdrsa, spotika, poškodb in drugih zdravstvenih tveganj
5	omejevanje dvigovanja težkih bremen in fizično zahtevnih nalog
6	odobritev počitka med delovnim časom
7	organizacija dela v izmenah, s »sistemom hitrega kroženja pri delu v izmenah«
8	fleksibilni delovni čas
9	uporaba opreme in druge podporne tehnologije za varno in zdravo delo
10	oblikovanje ergonom. delovnega okolja, vključno s pripomočki, opremo in prostori
11	usposabljanje zaposlenih glede ustreznih tehnik dvigovanja in nošenja bremen
12	uvedba nekajminutne rekreacije med delovnim časom

Rezultati Mann-Whitneyevega preizkusa razlik med izvajalci zdravstvene nege 50+ in srednjim managementom v njihovi naklonjenosti posameznim spremembam kaže na statistično značilne razlike med omenjenima skupinama v devetih od dvanajstih navedenih predlogov za reorganizacijo delovnega okolja ($p \leq 0,05$). Rezultate prikazuje tabela 67.

Tabela 67: Rezultati Mann-Whitneyevega preizkusa razlik glede naklonjenosti posameznim spremembam

Statistične spremenljivke	Razlika povprečij	Mann-Whitney U	p
ponovno načrtovanje delovnih mest	0,46	13527,5	< 0,001
kroženje na različno zahtevnih delovnih mestih	0,56	12904,5	< 0,001
ponovna ocena tveganja delovnega mesta	0,37	14508,5	< 0,001
ustvarjanje delovnega okolja, ki zmanjšuje verjetnost padca, zdrsa, spotika, poškodb in drugih zdravstvenih tveganj	0,35	14632,0	< 0,001
omejevanje dvigovanja težkih bremen in fizično zahtevnih nalog	0,35	13978,5	< 0,001
odobritev počitka med delovnim časom	0,25	16137,0	0,007
organizacija dela v izmenah s »sistemom hitrega kroženja pri delu v izmenah«	0,24	16644,0	0,056
fleksibilni delovni čas	0,16	17717,0	0,292
uporaba opreme in druge podporne tehnologije za varno in zdravo delo	0,21	16190,0	0,007
oblikovanje ergonomskega delovnega okolja, vključno s pripomočki, opremo in prostori	0,24	15374,5	0,001
usposabljanje zaposlenih glede ustreznih tehnik dvigovanja in nošenja bremen	0,32	14212,5	< 0,001
uvedba nekajminutne rekreacije med delovnim časom	0,12	17811,0	0,257

Vir: Lastna raziskava 2016.

Hipoteze (H5) ne moremo potrditi, saj med srednjim managementom in izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti ne obstajajo statistično pomembne razlike v naklonjenosti spremembam v smislu ukrepov za humanizacijo dela, upoštevajoč potrebe starejših na področju zdravstvene nege v vseh predlogih za reorganizacijo delovnih pogojev.

Odgovor na raziskovalno vprašanje (RV6): »Kakšne so razlike v naklonjenosti spremembam v smislu humanizacije dela med srednjim managementom in izvajalci zdravstvene nege 50+ v bolnišnični dejavnosti« je, da so sodelujoči v raziskavi iz skupine srednjega managementa statistično značilno bolj naklonjeni spremembam kot izvajalci zdravstvene nege 50+, glede ponovnega načrtovanja delovnih mest, kroženja na različno zahtevnih delovnih mestih (ne pa tudi hitrega kroženja pri delu v izmenah), ponovne ocene tveganja na delovnem mestu, ustvarjanje ustreznega delovnega okolja, omejevanja fizično zahtevnih nalog, možnosti počitka med delovnim časom, uporabe tehnologij za varno in zdravo delo, ergonomsko ustreznega delovnega okolja in usposabljanja zaposlenih.

3.9.2 Oblikovanje modela uspešnega staranja izvajalcev zdravstvene nege 50+

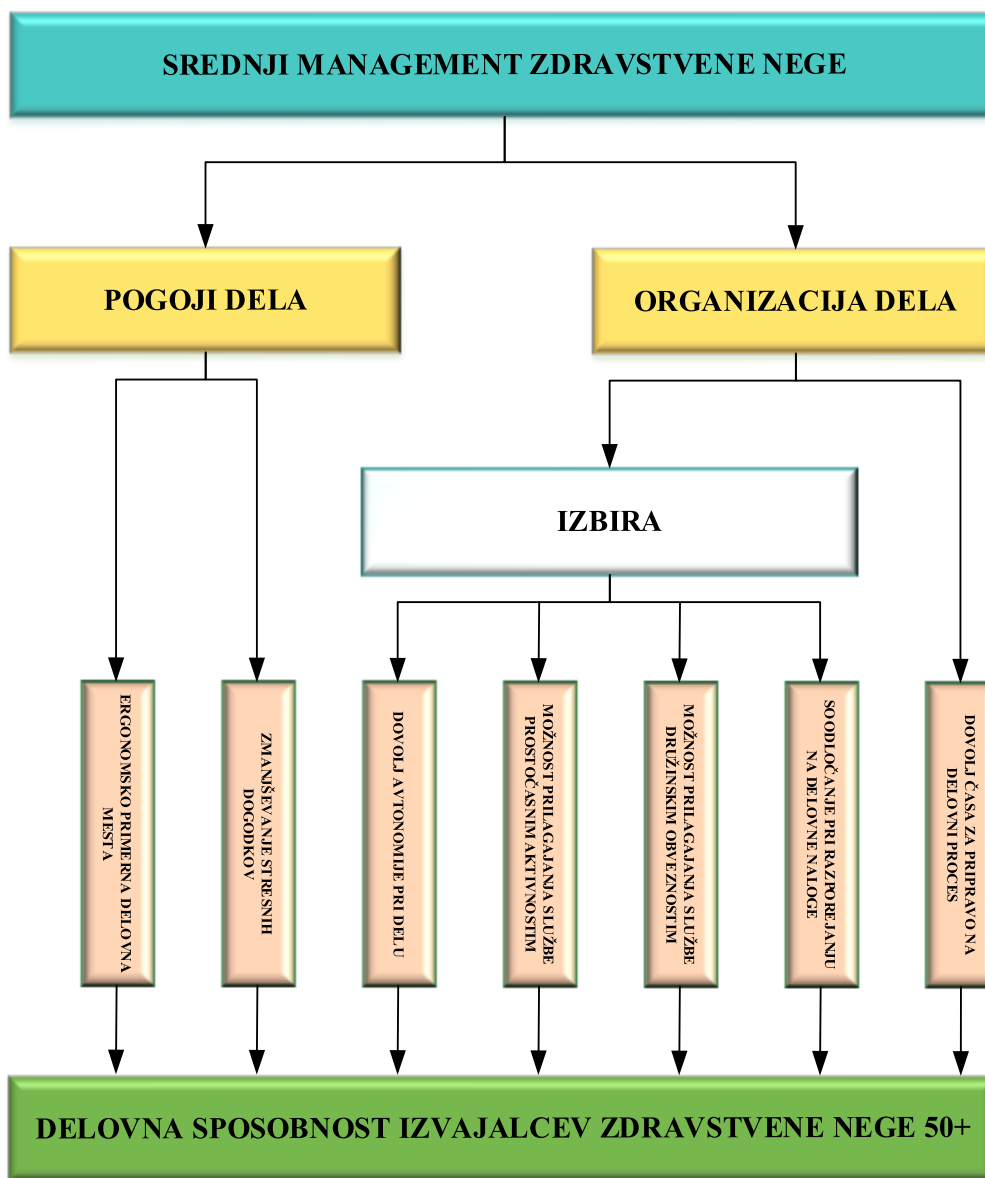
Na osnovi raziskave, ki je bila narejena na vzorcu 433 izvajalcev zdravstvene nege 50+ v 13 bolnišnicah na sekundarnem nivoju v Sloveniji oblikujemo model uspešnega staranja izvajalcev zdravstvene nege 50+. Model vključuje dve skupini izvajalcev zdravstvene nege, in sicer srednji management v zdravstveni negi (glavne medicinske sestre oddelkov oziroma strokovne vodje) in izvajalce zdravstvene nege 50+ v okviru delovne enote (oddelka) znotraj sistema celotne delovne organizacije.

Srednji management zdravstvene nege organizira delo v posamezni delovni enoti in ustvarja pogoje dela, ki imajo vpliv na delovno sposobnost izvajalcev zdravstvene nege 50+.

V naši raziskavi (Slika 22) se je izkazalo, da imata dve spremenljivki iz pogojev dela, in sicer »ergonomsko neustrezni delovni pogoji« in »stresne situacije, ki so na dnevnem redu« statistično pomembno povezanost z oceno delovne sposobnosti. Pri organizaciji dela se je izkazalo, da imajo statistično pomembno povezavo z delovno sposobnostjo naslednji dejavniki: »dovolj časa za pripravo na delovni proces«, »možnost soodločanja pri razporejanju na delovne naloge«, »možnost prilagajanja službe družinskim obveznostim«, »možnost prilagajanja službe prostočasnim aktivnostim« in »dovolj avtonomije pri delu«. Zadnji štirje dejavniki spadajo v kategorijo dejavnikov »Imeti vpliv na organizacijo dela in

možnost izbire«. V naši raziskavi se je izkazalo, da so se izvajalci zdravstvene nege 50+ pri tej skupini dejavnikov poleg »optimizacije« in »kompenzacije« najbolj posluževali »izbire« kot enega izmed treh elementov strategije uspešnega staranja.

Slika 22: Model uspešnega staranja izvajalcev zdravstvene nege 50+ na osnovi rezultatov raziskave



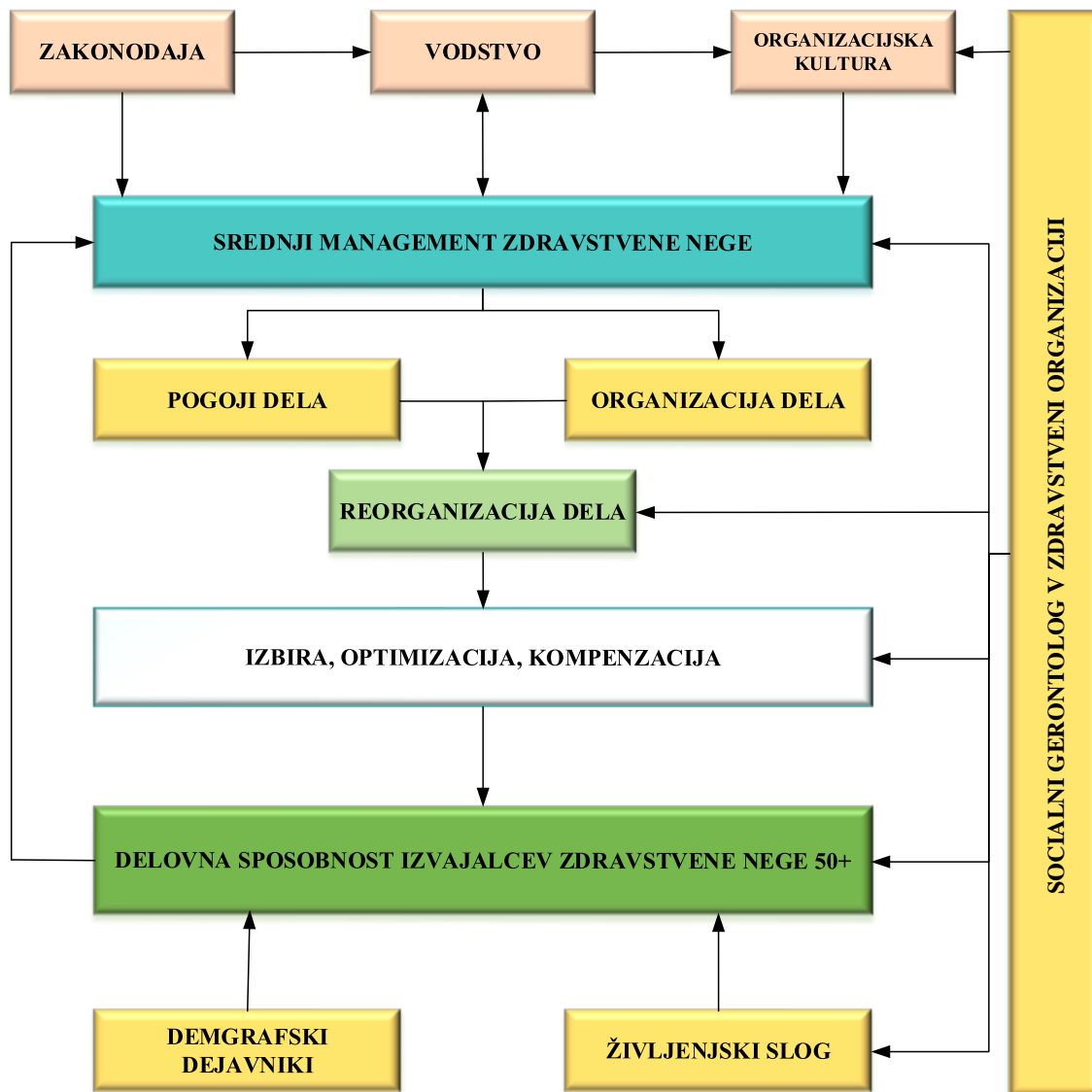
Vir: Lastna raziskava 2016.

3.9.3 Elementi modela uspešnega staranja zaposlenih v zdravstveni negi

Na osnovi rezultatov lastne raziskave, pregleda drugih raziskav in relevantne literature oblikujemo splošen model uspešnega staranja (

Slika 23).

Slika 23: Model uspešnega staranja zaposlenih v zdravstveni negi



Vir: Lasten vir 2016.

Jedro predlaganega modela uspešnega staranja predstavlja organizacijska enota, ki jo upravlja srednji manager, ki pa v zdravstveni organizaciji kot celoti nima popolne avtonomije. Na vsako zdravstveno organizacijo vpliva okolje, v katerem deluje in je hkrati vpeta v širši sistema na nivoju države, ki s sistemskimi ureditvami regulira njeno delovanje.

Zakonodaja načeloma ureja vsa vprašanja, ki so pomembna pri upravljanju starejših zaposlenih in jih je potrebno pri ustvarjanju delovnih pogojev in organizaciji dela strogo upoštevati, vendar je za vse številčnejšo populacijo izvajalcev zdravstvene nege 50+ potrebno še nekaj več. Ustvarjati je potrebno organizacijsko kulturo, ki ni diskriminatorska in sprejema starejše izvajalce zdravstvene nege kot dodano vrednost in ne breme. S povečanjem števila starejših izvajalcev zdravstvene nege bodo zdravstvene organizacije ob pomoči socialnega gerontologa morale pristopiti k analizi delovnih mest, reorganizaciji delovnih procesov, sistemizaciji novih delovnih mest, prilagoditvi delovnega časa in oblik del. Ohranjanje delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege 50+ bo ključno za zagotovitev dovolj delovne sile za pokritje vseh potreb po zdravstveni negi v bližnji prihodnosti. Naša raziskava je namreč pokazala nizek odstotek tistih, ki bi ostali v službi dlje, vendar, kar je pomembno, večina tisti, ki so menili tako, je imelo izračunano višjo delovno sposobnost.

Delovna zmožnost izvajalcev zdravstvene nege 50+ pa se ne ohranja zgolj z delovnimi in organizacijskimi pogoji na delovnem mestu, temveč je pomemben tudi njihov življenjski slog. Lahko si dovolimo razmišljati tudi na ta način, kakšen življenjski slog je mogoče živeti ob vsakodnevnih delovnih obremenitvah ter kakšno je ravnovesje med poklicnim in zasebnim življenjem. Socialni gerontolog skupaj z drugimi strokovnjaki koordinira promocijo zdravlja in zdrav življenjski slog na delovnem mestu ter spodbuja izvajalce zdravstvene nege 50+ k sprejemanju teh ukrepov.

Tako kot drugi, smo tudi mi ugotovili pomemben vliv demografskih dejavnikov na delovno sposobnost izvajalcev zdravstvene nege. Srednji management lahko že na osnovi enostavno dostopnih sociodemografskih dejavnikov svojih zaposlenih, kot so starost, delovna doba, stopnja izobrazbe, oblika in področje dela ter maritalni status, sklepa o stopnji delovne sposobnosti. Zavedanje le-tega je zelo pomembno in olajša ocenjevanje.

Od srednjega managementa se pričakuje proaktivnost, torej samoiniciativno prevzemanje kontrole nad stanjem in vpeljevanje sprememb v delovnem okolju, tako glede pogojev dela kot organizacije dela. Naši rezultati in predlagani model uspešnega staranja so osnova za proaktivno vedenje srednjega managementa v delovni enoti, za katero odgovarjajo. Njihovo videnje v prihodnost in proaktivnost lahko pomembno pripomoreta k zmanjšanju ogrožajočih dejavnikov delovnega mesta tako tistih, ki izhajajo iz pogojev dela kot tistih iz naslova organizacije dela na izvajalce zdravstvene nege 50+. Zato ima po našem mnenju srednji management zelo pomembno vlogo v predlaganem modelu uspešnega staranja izvajalcev zdravstvene nege 50+, saj z uvedbo pravočasnih sprememb v delovnem okolju

vpliva na prihodnje stanje in s tem zmanjšuje ogrožajoče vplive na zdravje in delovno sposobnost izvajalcev zdravstvene nege. Samoiniciativnost, iskanje rešitev, odprtost do sprememb in usmerjenost v prihodnost so ključne sestavine proaktivnega vedenja srednjega managementa, pri izvajanju in uresničevanju predlaganega modela uspešnega staranja.

Ob vse bolj starajoči se delovni sili v zdravstveni negi je pomembna prisotnost socialnega gerontologa kot podpora srednjemu managementu pri upravljanju starejših izvajalcev zdravstvene nege in kot pomoč pri reorganizaciji delovnih pogojev ter organizaciji dela. Socialni gerontolog prepoznava škodljive vplive delovnega okolja in rizične skupine izvajalcev zdravstvene nege, ki potrebujejo nujne prilagoditve in skuša vodstvu delovne organizacije predstaviti probleme, ki se dogajajo znotraj posamezne delovne enote in ponuditi sistemske rešitve. Prav tako deluje proaktivno in prevzema vlogo povezovalca med vodstvom delovne organizacije in srednjim managementom ter drugimi strokovnimi službami, ki jih po potrebi vključuje v posamezne aktivnosti. Socialni gerontolog je zagovornik starejših zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege in išče rešitve za odpravo težav, s katerimi se le-ti srečujejo.

3.9.4 Možnost implementacije modela uspešnega staranja zaposlenih v zdravstveni negi

Model uspešnega staranja, ki smo ga oblikovali, je dovolj splošen, da ga je moč implementirati in uporabiti tudi na drugih nivojih zdravstvenega varstva (npr.: primarnem in terciarnem). Jedro modela predstavlja organizacijska enota, ki jo upravlja srednji manager. Predlagani model uspešnega staranja, ki smo ga oblikovali je enostaven za implementacijo. Vsaka zdravstvena organizacija, ki izvaja bolnišnično dejavnost ima že vzpostavljene strokovne službe in vire za implementacijo modela v prakso. Tako vzpostavitev predlaganega modela uspešnega staranja na delovnem mestu ne bi smela predstavljati dodatnih finančnih obremenitev za delovno organizacijo. Novost je le socialni gerontolog, ki s svojimi kompetencami koordinira strokovne službe (npr.: pravno-kadrovska služba, predstavnik varnosti in zdravja pri delu, služba prehrane in dietoterapije, fizioterapija, predstavnik za promocijo zdravja in zdrav življenjski slog itd.) in obstoječe vire za doseg ciljev (npr.: uporaba pripomočkov za varno delo in ergonomijo pri delu, reorganizacija delovnih pogojev, kot so decentralizacija skladišč, organizacija dela na način, da so fizične in psihične obremenitve enakomerno porazdeljene itd.), ki so usmerjeni k uspešnemu staranju izvajalcev zdravstvene nege 50+.

4 ZAKLJUČEK

V doktorski disertaciji smo sledili osnovnemu namenu ugotoviti, v kakšnem delovnem okolju se starajo izvajalci zdravstvene nege 50+ na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva v Sloveniji, s ciljem ugotoviti, kateri dejavniki, ki izhajajo iz delovnega mesta imajo na njih ogrožajoč vpliv.

V opravljeni dve vzporedni raziskavi smo zajeli srednji management zdravstvene nege in izvajalce zdravstvene nege 50+, ki smo jim izračunali tudi indeks delovne sposobnosti. Iz tega sledi, da smo v doktorski disertaciji uporabili tri merske instrumente. Raziskave so pokazale, da srednji management in izvajalci zdravstvene nege 50+ dojemajo organizacijo dela in delovne pogoje podobno, vendar se je pri analizi izkazalo, da so sodelujoči iz skupine srednjega managementa oboje ocenjevali kot težje, čeprav ne vedno statistično značilno. To nam pove, da srednji management vidi probleme, ki izhajajo iz delovnega mesta ter njihov vpliv na zaposlene. Izračunan indeks delovne sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege 50+ je na spodnji meji ocene dobro, kar kaže na potrebo po spremembah v delovnem okolju.

Rezultati obeh raziskav in izmerjena delovna zmožnost izvajalcev zdravstvene nege 50+ so nam sugerirali elemente, s katerimi smo oblikovali model uspešnega staranja v zdravstveni negi. Predlagani model uspešnega staranja je osredotočen na delovno enoto in dovolj splošen, da je primeren za implementacijo tudi na drugih področjih zdravstvenega varstva, ki jih sicer v našo raziskavo nismo zajeli.

Model uspešnega staranja, ki smo ga oblikovali, je osnova za ohranjanje zdrave in delovno sposobne delovne sile v zdravstveni negi. Ključno vlogo ob tem ima ob podpori socialnega gerontologa srednji management v zdravstveni negi, v zdravstveni organizacijah ga največkrat poimenujemo glavna medicinska sestra oddelka, vodja enote ali strokovni vodja zdravstvene nege. Ključno je, da se srednji management v zdravstveni negi zaveda svoje pomembne vloge pri ohranjanju delovne sposobnosti svoji zaposlenih, kar na dolgi rok prinaša manj odsotnosti zaradi bolezni, manj fluktuacije, več zadovoljstva pri delu, večjo učinkovitost in višjo kakovost opravljenega dela. In kar je ključno, starejši izvajalci zdravstvene nege z ohranjeno visoko oceno delovne sposobnosti bodo pripravljeni delati tudi po dosegu upokojitvene starosti. Tudi na ta način bomo lahko blažili pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege v prihodnosti.

5 PRISPEVEK K ZNANOSTI

Prispevek k znanosti je oblikovan model, ki lahko v kliničnem okolju pomembno pripomore k ozaveščanju srednjega managementa in ponuja izhodišča za oblikovanje konkretnih ukrepov v delovnem okolju izvajalcev zdravstvene nege 50+ ter se osredotoča na dva pomembna elementa – organizacijo dela in pogoje dela. Oboje usklajuje srednji management.

Inovativni element v modelu uspešnega staranja v zdravstveni negi predstavlja poklic socialnega gerontologa. Aktivna vloga socialnega gerontologa je do sedaj manjkajoča povezava med vodstvom delovne organizacije, srednjim managementom in izvajalci zdravstvene nege 50+, s čimer vplivamo tudi na strukturo obstoječega organizacijskega sistema. Z vključitvijo socialnega gerontologa v sistem upravljanja se spremeni vloga izvajalcev zdravstvene nege 50+, ki v trenutnem sistemu predstavljajo zgolj homogeno skupino javnih uslužbencev. Z modelom uspešnega staranja zaposlenih v zdravstveni negi v bolnišnični dejavnosti želimo ob aktivni vlogi socialnega gerontologa omogočiti izvajalcem zdravstvene nege 50+, da imajo možnost izbire in so aktivni kreatorji svojega poklicnega življenja, pri čemer se upoštevajo njihovo znanje, izkušnje, kompetence, psihofizične sposobnosti, potrebe, želje in omejitve. Po drugi strani pa se socialni gerontolog vključuje v proces reorganizacije delovnih pogojev, ki zmanjšujejo vpliv delovnega mesta na zdravje zaposlenih.

Model uspešnega staranja zaposlenih v zdravstveni negi je izhodišče za nadaljnjo raziskovalno delo ter oblikovanje konkretnih in aplikativnih orodij, ki bodo služila za oceno tveganj na delovnem mestu, vplivu teh tveganj na zaposlene in ukrepov, ki se osredotočajo k humanizaciji dela v zdravstveni negi v bolnišnični dejavnosti v Sloveniji.

6 LITERATURA

1. Abdi, Herve. 2003. Factor Rotations in Factor Analyses. V *Encyclopedia of Social Sciences Research Methods. Thousand Oaks (CA): Sage*, Eds. Lewis-Beck M., Bryman, A., Futing T. 1-8. The University of Texas at Dallas.
2. Admi, Hanna, Tzischinsky Orna, Epstein Rachel, Herer Paula in Lavie Peretz. 2008. Shift Work in Nursing: Is it Really a Risk Factor for Nurses' Health and Patients' Safety? *Nursing Economics* 26(4): 250-257.
3. Alavinia, Seyed M, van den Berg Tilja IJ, van Duivenbooden Cor, Elders Leo AM in Burdorf Alex. 2009. Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. *Scand J Work Environ Health* 35 (5): 325-333.
4. Alavinia, Seyed Mohammad. 2008. *The Effect of Work on Health and Work Ability : Proefschrift*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
5. Alexopoulos, Evangelos C., Merkoulias Georgios, Gnardellis Charalambos in Jelastopulu Eleni. 2013. Work Ability Index: Validation of the Greek Version and Descriptive Data in Heavy Industry Employees. *British Journal of Medicine & Medical Research* 3(3): 608-621.
6. Alma Mater Europaea - ECM. 2018. *Zdravstvena nega*. Dostopno na: <https://www.almamater.si/zdravstvena-nega-c4> (8. februar 2018).
7. Ambrož, Milan in Colarič-Jakše Lea-Marija. 2015. *Pogled raziskovalca : načela, metode in prakse*. Maribor: Mednarodna založba Oddelka za slovanske jezike in književnosti.
8. *Analgetik*. Dostopno na: <http://www.fran.si/130/sskj-slovar-slovenskega-knjiznega-jezika/3527370/analgetik?View=1&Query=analgetik> (22. julij 2017).
9. ANCC. 2018. *About ANCC*. Dostopno na: <https://www.nursingworld.org/ancc/about-ancc/> (15. april 2018).
10. *Anksioznost*. Dostopno na: <http://www.fran.si/131/snb-slovar-novejsega-besedja/3619558/anksioznost?View=1&Query=anksioznost> (29. junij 2017).
11. Arvidson, Elin, Börjesson Mats, Ahlborg Gunnar Jr, Lindegård Agneta in Jonsdottir Ingibjörg H. 2013. The level of leisure time physical activity is associated with work ability-a cross sectional and prospective study of health care workers. *BMC Public Health*, 13:855: 2-6.

12. Ažman, Ula, Ruzzier Mitja in Škerlavaj Miha. 2014. Stereotipna grožnja na delovnem mestu: primer generacij. *Economic and Business Review* 16: 27-47.
13. Backović Juričan, Andrea in Verdnik Mojca. 2017. *Priporočila za promocijo telesne dejavnosti in preprečevanje sedečega vedenja v delovnem okolju*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
14. Baethge, Anja, Müller Andreas in Rigotti Thomas. 2016. Nursing performance under high workload: a diary study on the moderating role of selection, optimization and compensation strategies. *Journal of Advanced Nursing* 72(3): 545-557.
15. Baltes Paul B in Baltes Margret M. 1990. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. V *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, ur. Baltes Paul B. in Baltes Margret M., 1-34. Cambridge University Press, New York.
16. Baltes, Margret M in Carstensen Laura L. 1996. The Process of Successful Ageing. *Ageing and Society* 16: 397-422.
17. Baltes, Paul B. 1997. On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny : Selection, Optimization, and Compensation as Foundation of Developmental Theory. *American Psychologist* 52(4): 366-280.
18. Bell, Lesley M. 2013. Nursing and Health Policy Perspectives. *International Council of Nurses*: 277-278.
19. Bethge, Matthias, Radoschewski Friedrich Michael in Müller-Fahrnow Werner. 2009. Work stress and work ability: cross-sectional findings from the German sociomedical panel of employees. *Disability and Rehabilitation* 31(20): 1692–1699.
20. Bethge, Matthias in Borngräber Yvonne. 2015. Work-family conflicts and self-reported work ability: cross-sectional findings in women with chronic musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskeletal Disorders* 16:58: 1-8.
21. Bilban, Marjan. 2014. Kako prepoznati stres v delovnem okolju. V *Coaching za več zdravja in dobrega počutja zaposlenih : zbornik prispevkov 5. konference kariernih coachev, 30. maja, 14-24*. Ljubljana: Glotta Nova.
22. Bishop, Mary. 2013. Work engagement of older registered nurses: the impact of a caring-based intervention. *Journal of Nursing Management* 21: 941–949.
23. Bizjak, Evalda. 2014. Delovno okolje in psihofizično zdravje zaposlenih. V *Coaching za več zdravja in dobrega počutja zaposlenih : zbornik prispevkov 5. konference kariernih coachev, 30. maja, 32-44*. Ljubljana: Grotta Nova.

24. Bolnišnica Topolšica. 2017. *Letno poročilo Bolnišnice Topolšica za leto 2016*. Dostopno na: <http://www.boltop.si/Doc/LP2016.pdf> (1. marec 2018).
25. Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj. 2017. *Letno poročilo za leto 2016*. Dostopno na: https://www.bolnisnica-kranj.si/e_files/vsebina/katalog_informacij_jz/letna_porocila/Poslovno_porocilo_2016.pdf (1. marec 2018).
26. Bosnes, Ingunn, Nordahl Hans Morten, Stordal Eystein, Bosnes Ole, Myklebus Tor Åge in Almkvist Ove. 2019. Lifestyle predictors of successful aging: A 20 year prospective HUNT study. *PLoS ONE* 14(7): e0219200. Dostopno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219200> (10. oktober 2019).
27. Bowling, Ann in Dieppe Paul. 2005. What is successful ageing and who should define it? *BMJ* 331: 1548–51.
28. Britton, Annie, Shipley Martin, Singh-Manoux Archana in Marmot Michael G. 2008. Successful Aging: The Contribution of Early-Life and Midlife Risk Factors. *JAGS* 56(6): 1098–1105.
29. Bugajska, Joanna in Sagan Adam. 2014. Chronic Musculoskeletal Disorders as Risk Factors for Reduced Work Ability in Younger and Ageing Workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* 20 (4): 607-615.
30. Büscher, Andreas, Sivertsen Bente in White Jean. 2010. *Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009*. WHO.
31. Camerino, Donatella, Conway Paul Maurice, Van der Heijden, Beatrice Isabella, Estry-Behar Madeleine, Consonni Dario, Gould Dinah in Hasselhorn Hans-Martin. 2006. Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. *Journal of Advanced Nursing* 56(5): 542–552.
32. Cameron, Sheila J., Armstrong-Stassen Marjorie, Kane Debbie in Moro Francisco B. P. 2008. Musculoskeletal Problems Experienced by Older Nurses in Hospital Settings. *Nursing Forum* 43 (2): 103-114.
33. Carel, Rafael S., Zusman Marina in Karakis Isabella. 2013. Work ability index in Israeli hospital nurses: applicability of the adapted questionnaire. *Experimental Aging Research* 39: 579–590.

34. Carver, Lisa F. in Buchanan Diane. 2016. Successful aging: considering non-biomedical constructs. *Clinical Interventions in Aging* 11:1623–1630. Dostopno na: <https://doi.org/10.2147/CIA.S117202> (10. oktober 2019).
35. Chen, Jie, Davis Kermit G., Daraiseh Nancy M, Pan Wei in Davis Linda S. 2014. Fatigue and recovery in 12-hour dayshift hospital nurses. *Journal of Nursing Management* 22: 593–603.
36. Cheung, Francis in Wu Anise MS. 2013. Older workers' successful aging and intention to stay. *Journal of Managerial Psychology* 28(6): 645-660.
37. Cheung, Francis in Wu Anise MS. 2012. An investigation of predictors of successful aging in the workplace among Hong Kong Chinese older workers. *International Psychogeriatrics* 24(3): 449-464.
38. *Cirkadiani ritem.* Dostopno na: http://isjfr.zrc-sazu.si/sl/terminologisce/slovarji/botanicki/iskalnik?iztocnica=cirkadiani_ritem (5. junij 2017).
39. Clendon, Jill in Walker Leonie. 2013a. The health of nurses aged over 50 in New Zealand. *Contemporary Nurse* 45(1): 85-94.
40. Clendon, Jill in Walker Leonie. 2013b. Nurses aged over 50 years and their experiences of shift work. *Journal of Nursing Management* 21(7): 903–913.
41. Converso, Daniela, Sottimano Iaria, Guidetti Gloria, Loera Barbara, Cortini Michela in Viotti Sara. 2018. Aging and Work Ability: The Moderating Role of Job and Personal Resources. *Frontiers in Psychology* 8:2262: 2-12.
42. Crawford, Joanne O., Davis Alice, Cowie Hilary in Ken Dixon. 2016a. *Women and the ageing workforce Implications for Occupational Safety and Health : A research review.* Luxembourg: Publications Office of the European Union. Dostopno na: https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/Women_and_the_ageing_workforce.pdf (28. februar 2017).
43. Crawford, Joanne O., Davis Alice, Cowie Hilary in Dixon Ken. 2016b. *Women and the ageing workforce: implications for Occupational Safety and Health – A review - Executive summary.* Luxembourg: Publications Office of the European Union. Dostopno na: <https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/women-and-the-ageing-workforce-implications-for-occupational-safety-and-health-a-research-review-executive-summary.pdf> (28. februar 2017).

44. Crawford, Joanne O., Davis Alice, Cowie Hilary in Dixon Ken. 2016c. *The ageing workforce: implications for occupational safety and health - A research review*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
45. *Chrombach Alfa Koeficient*. 2018. Dostopno na: www.statistik.si/nasveti/cronbach-alfa-koeficient (16. junij 2018).
46. Čeledová, Libuše, Babková Karolína, Rogalewicz Vladimír in Čevela Rostislav. 2014. The Work Ability Index for persons aged 50+ as an instrument for implementing the concept of Age Management. *Kontakt* 16(4): 286-292.
47. Čili za delo. 1997. *Luksemburška izjava o promociji zdravja pri delu*. Dostopno na: <http://www.cilizadelo.si/luksemburska-izjava-o-promocija-zdravja-pri-delu.html> (6. april 2018).
48. Čili za delo. 2018a. *Kaj je promocija zdravja?* Dostopno na: <http://www.cilizadelo.si/kaj-je-promocija-zdravja.html> (9. april 2018).
49. Čili za delo. 2018b. *Evropska mreža za promocijo zdravja pri delu (ENWHP)*. Dostopno na: <http://www.cilizadelo.si/evropska-mreza-za-promocijo-zdravja-pri-delu-enwhp.html> (6. april 2018).
50. da Silva, Fabio Jose, Andres Felli Vanda Elisa, Martinez Maria Carmen, Mininel Vivian Aline in Pelegrini Ratie Ana Paula. 2016. Association between work ability and fatigue in Brazilian nursing workers. *Work* 53: 225-232.
51. Demšar, Andreja, Zorc Joca in Skela-Savič Brigita. 2016. Povezave med izbranimi dejavniki tveganja in pojavnostjo bolečine v križu pri zdravstvenem osebju. *Obzornik zdravstvene nege* 50(1): 57-64.
52. *Depresija*. Dostopno na: <http://www.fran.si/193/marko-snoj-slovenski-etimoloski-slovar/4285716/depresja?View=1&Query=depresija&AllNoHeadword=depresija&referencedHeadword=depres%8bven> (29. junij 2017).
53. Derycke, Hanne, Clays Els, Vlerick Peter, D'Hoore William, Hasselhorn Hans Martin in Braeckman Lutgart. 2012. Perceived work ability and turnover intentions: a prospective study among Belgian healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing* 68(7): 1556–1566.
54. Dietner, Sabina. 2006. *Indeks delovne zmožnosti invalidov zaposlenih v štirih invalidskih podjetjih Republike Slovenije : Specialistična naloga*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

55. Dodič Fikfak, Metoda. 2016. Kaj je poklicna bolezen in kaj z delom povezana bolezen. V *Poklicne preobčutljivostne bolezni*, 6-8. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
56. Donnellan, Claire. 2015. The Baltes' model of successful aging and its considerations for Aging Life Care / geriatric care management. *Journal of Aging Life Care*.
57. EFTA - *The European Free Trade Association*. 2017. Dostopno na: <http://www.efta.int/> (10. april 2017).
58. El Fassi, Mehdi, Bocquet Valery, Majery Nicole, Lair Marie Lise, Couffignal Sophie in Mairiaux Philippe. 2013. Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score. *BMC Public Health* 13:305: 1-10.
59. ENWHP. 2007. *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union, January 2007*. Dostopno na: http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf (10. april 2018).
60. Eurofound. 2012. *Sustainable work and the ageing workforce*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
61. Eurofound and EU-OSHA. 2014. *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Luxembourg: Publications Ofce of the European Union.
62. Eurofound. 2015. *Prve ugotovitve: Šesta evropska raziskava o delovnih razmerah* (23. november). Dostopno na: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1568sl.pdf (14. april 2017).
63. Eurofound. 2016. *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
64. EU -OSHA - European Agency for Safety and Health at Work. 2007. Introduction to work-related musculoskeletal disorders. *Facts*, 71. Dostopno na: https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/sl/publications/factsheets/71/Factsheet_71_-_Introduction_to_Work-Related_Musculoskeletal_Disorders.pdf (1. marec 2017).
65. EU -OSHA - European Agency for Safety and Health at Work. 2010a. *OSH in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU — Facts and figures*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Dostopno na:

- <https://osha.europa.eu/en/publications/osh-figures-work-related-musculoskeletal-disorders-eu-facts-and-figures> (23. marec 2017).
66. EU-OSHA - Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu. 2010b. Promocija zdravja na delovnem mestu za delodajalce. *Factsheet 93*. Dostopno na: https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/sl/publications/factsheets/sl_93.pdf/fs93_whp_employers_sl.pdf (4. april 2018).
 67. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work. 2013. *European Opinion Poll on Occupational Safety and Health*. Dostopno na: <https://osha.europa.eu/en/safety-health-in-figures/eu-poll-press-kit-2013.pdf> (12. april 2017).
 68. EU -OSHA - European Agency for Safety and Health at Work. 2014a. *Vodnik po kampanji : Obvladovanje stresa in psihosocialnih tveganj pri delu*. Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije.
 69. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work. 2014b. *Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
 70. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work. 2014c. *Exposure to carcinogens and work-related cancer: A review of assessment methods*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
 71. EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work. 2017a. *Kostno-mišična obolenja*. Dostopno na: <https://osha.europa.eu/sl/themes/musculoskeletal-disorders> (28. februar 2017).
 72. EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work. 2017b. *Psihosocialna tveganja in stres na delovnem mestu*. Dostopno na: <https://osha.europa.eu/sl/themes/psychosocial-risks-and-stress> (28. februar 2017).
 73. European Parliament. 2011. *Occupational health and safety risks for the most vulnerable workers - study*. Dostopno na: <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201108/20110829ATT25418/20110829ATT25418EN.pdf> (28. februar 2017).
 74. Eurostat. 2016. *Population structure and ageing*. Dostopno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing (10. februar 2017).

75. Eurostat. 2017. *Struktura in staranje prebivalstva*. Dostopno na: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and.../sl (6. april 2018).
76. Evropska unija. 2019. *Evropski parlament*. Dostopno na: https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-parliament_sl (28. avgust 2019).
77. Evropska unija. 2019. *Evropska komisija*. Dostopno na: https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-commission_sl (28. avgust 2019).
78. Evropska komisija. 2014. *Sporočilo komisije evropskemu parlamentu, svetu, evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in odboru regij o strateškem okviru EU za varnost in zdravje pri delu za obdobje 2014–2020*. (6. junij). Dostopno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0332&from=SL> (1. marec 2017).
79. Evropska komisija. 2017. *Varnejše in bolj zdravo delo za vse - Posodobitev zakonodaje in politike EU za varnost in zdravje pri delu* (10. januar). Dostopno na: <https://zssszaupnikvzd.si/wp-content/uploads/2017/09/2017-sporo%C4%8Dilo-Komisije-Varnej%C5%A1e-in-bolj-zdravo-delo-za-vse-COM-2017-12-F1-SL-MAIN-PART-1.pdf> (20. junij 2017).
80. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice. 2016. *Sporočilo za javnost - Bolečine v križu tarejo več kot 85 odstotkov zaposlenih v zdravstveni negi*. Dostopno na: <http://www.fzab.si/news/3848/23/Sporocilo-za-javnost-Bolecine-v-krizu-tarejo-vec-kot-85-odstotkov-zaposlenih-v-zdr> (5. avgust 2017).
81. Farquharson, Barbara, Bell Cheryl, Johnston Derek, Jones Martyn, Schofield Pat, Allan Julia, Ricketts Ian, Morrison Kenny in Johnston Marie. 2013. *Nursing stress and patient care: real-time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psychological stress, physiological stress, and job performance: study protocol*. *Journal of Advanced Nursing* 69(10): 2327–2335.
82. Fatur-Videtič, Andrejka in Dietner Sabina. 2005. *Indeks delovne zmožnosti*. *Delo in varnost* 50(3): 25-26.
83. Fatur-Videtič, Andrejka in Dietner Sabina. 2006. *Indeks delovne zmožnosti invalidov, zaposlenih v štirih invalidskih podjetjih v Republiki Sloveniji*. *KIMDPŠ* I(2): 31-34.

84. Ferreira, Aldo Pacheco. 2015. Work Ability and Psychosocial Factors among Hairdressers Workers, Rio de Janeiro, Brazil. *Ciencia & Trabajo* 17(52): 83-88.
85. Fischer, Frida Marina in Martinez Maria Carmen. 2013. Individual features, working conditions and work injuries are associated with work ability among nursing professionals. *Work* 45: 509–517.
86. Gabrielle, Sarah, Jackson Debra in Mannix Judy. 2008. Older women nurses: health, ageing concerns and self-care strategies. *Journal of Advanced Nursing* 61 (3): 316-325.
87. Galatsch, Michael, Li Jian, Derycke Hanne, Müller Bernd Hans in Hasselhorn Hans Martin. 2013. Effects of requested, forced and denied shift schedule change on work ability and health of nurses in Europe -Results from the European NEXT-Study. *BMC Public Health* 13:1137.
88. Geukes, Marije, Mariëlle P van Aalst, Nauta Mary C.E in Oosterhof Henk. 2012. The impact of menopausal symptoms on work ability. *The Journal of The North American Menopause Society* 19(3): 1-5.
89. Ghaddar, A., Ronda E. in Nolasco A. 2011. Work ability, psychosocial hazards and work experience in prison environments. *Occupational Medicine* 61: 503-508.
90. Golubic, Rajna, Milosevic Milan, Knezevic Bojana in Mustajbegovic Jadranka. 2009. Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing* 65(10): 2056–2066.
91. Gopinath, Bamini, Kifley Annette, Flood Victoria M in Mitchell Paul. 2018. Physical Activity as a Determinant of Successful Aging over Ten Years. *Scientific Reports* 8:10522. doi: 10.1038/s41598-018-28526-3
92. Graham, Elizabeth M. in Duffield Christine. 2010. An ageing nursing workforce. *Australian Health Review* 34: 44-48.
93. Griffiths, Amanda, MacLennan Sara in Wong Yin Yee Vida. 2010. *Women's Experience of Working through the Menopause*. The British Occupational Health Research Foundation.
94. Gureje, Oye, Oladeji Bibilola D., Abiona Taiwo in Chatterji Somnath. 2014. Profile and Determinants of Successful Aging in the Ibadan Study of Ageing. *J Am Geriatr Soc* 62: 836–842.
95. Habibi, Ehsanollah, Dehghan Habibollah, Zeinodini Mohhamad, Yousefi Hosseinali in Hasanzadeh Akbar. 2012. A Study on Work Ability Index and Physical Work Capacity on the Base of Fax Equation VO₂ Max in Male Nursing

- Hospital Staff in Isfahan, Iran. *International Journal of Preventive Medicine* 3(11): 776-782.
96. Han, Lu, Shi Leiyu, Lu Liming in Ling Li. 2014. Work ability of Chinese migrant workers: the influence of migration characteristics. *BMC Public Health* 14: 353.
 97. Havighurst, Robert J. 1961. Successful Aging. *The Gerontologist* 1(1): 8-13.
 98. Hesselning, John Klein in Goudswaard Anneke. 2018. Working time. *OSHWiki*, 12. marec. Dostopno na: https://oshwiki.eu/index.php?title=Working_time&oldid=247913 (26. maj 2018).
 99. Höpflinger, François. 2011. Starejši delavci. *Kakovostna starost* 14(4): 21-48.
 100. Hupke, Marlen. 2013. Psychosocial risks and workers health. *OSHWiki*. 11. julij. Dostopno na: https://oshwiki.eu/index.php?title=Psychosocial_risks_and_workers_health&oldid=239113 (1. marec 2017).
 101. Husić, Muharem. 2010. *Ergonomija in varstvo pri delu (Elektronski vir) : gradivo za 2. letnik*. Ljubljana: Zavod IRC, (Višješolski strokovni program Ekonomist / Zavod IRC).
 102. Ilmarinen, Juhani. 2012. Spodbujanje aktivnega staranja na delovnem mestu. Dostopno na: <https://osha.europa.eu/sl/.../promoting-active-ageing-in-the-workplace> (16. avgust 2015).
 103. Ilmarinen, Juhani. 2007. The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine*, 57: 160.
 104. *International Agency for Research on Cancer*. 2019. Dostopno na: https://www.iarc.fr/cards_page/about-iarc/ (28. avgust 2019).
 105. International Council of Nurses - ICN. 2002. *Definition of nursing*. Dostopno na: www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/ (24. marec 2017).
 106. Jakobsen, Markus D., Sundstrup Emil, Brandt Mikkel, Jay Kenneth, Aagaard Per in Andersen Lars L. 2015. Physical exercise at the workplace prevents deterioration of work ability among healthcare workers: cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 15:1174: 1-9.
 107. Januskevicius, Vidmantas. 2013. Work-related musculoskeletal disorders among hospital workers. *OSHWiki*, 25. april. Dostopno na: https://oshwiki.eu/index.php?title=Workrelated_musculoskeletal_disorders_among_hospital_workers&oldid=237972 (3. september 2017).

108. Karan, Monika. Velnes kot način življenja zaposlenih. 2014. V *Coaching za več zdravja in dobrega počutja zaposlenih (elektronski vir) : zbornik prispevkov 5. konference kariernih coachev, 30. maja 2014 v Ljubljani (strokovna redakcija Jelica Pegan Stemberger)*, 45-49. Ljubljana: Glotta Nova,.
109. Karničnik, Mateja in Žunko Natalija. 2013. *Starostna raznolikost na delovnem mestu*. Maribor: eim, Center razvoja človeških virov.
110. Keršič, Irena, Klemenc Darinka, Berkopec Marjeta, Mihelič Zajec Andreja in Seničar Zdenka. 2017. *Negovanje dediščine skozi devet desetletij : organizirano delovanje medicinskih sester na Slovenskem*. Ur. Keršič Irena, Klemenc Darinka, Berkopec Marjeta, Mihelič Zajec Andreja in Seničar Zdenka. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
111. Knezevic, Bojana, Milosevic Milan, Golubic Rajna, Belosevic Ljiljana, Russo Andrea in Mustajbegovic Jadranka. 2011. Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery* 27: 146–153.
112. Kobentar, Radojka. 2008. Socialni odnosi v starosti/ Social relations in old age. *Socialna pedagogika*, XII (2): 145-160.
113. *Kodeks etike za babice Slovenije*. Ur. l. RS 71/2014.
114. *Kodeks etike zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi*. Ur. l. RS 13/2017.
115. *Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi*. Ur. l. RS 60/1998.
116. Kordi, Masoumeh, Mohamadirizi Soheila, Shakeri Mohamad Taghi, Modares Gharavi Morteza in Salehi Fadardi Javad. 2014. The Relationship between Occupational Stress and Work Ability among Midwives in Mashhad, Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2(3):188-194.
117. Korenčan, Andreja. 2009. *Življenje in delo Angele Boškin*. Gorica: Goriška Mohorjeva družba.
118. Kurnat-Thoma, Emma, El-Banna Majeda, Oakcrum Monica in Tyroler Jill. 2017. Nurses' health promoting lifestyle behaviors in a community hospital. *Applied Nursing Research* 35: 77-81.
119. Lee, Pai-Lin, Lan William in Yen Tung-Wen. 2011. Aging Successfully: A Four-Factor Model. *Educational Gerontology* 37: 219-227.
120. Leka, Stavroula, Hassard J. in Yanagida A. 2012. Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses' mental

- well-being in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19: 123-131.
121. Letvak, Susan, Ruhm Christopher in Gupta Sat. 2013. Differences in health, productivity and quality of care in younger and older nurses. *Journal of Nursing Management* 21: 914–921.
 122. Li, Hualiang, Liu Zhiting, Liu Runzhong, Li Li in Lin Aihua. 2016. The relationship between work stress and work ability among power supply workers in Guangdong, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 16:123: 1-8.
 123. Lian, Yulong, Xiao Jing, Zhang Chen, Guan Suzhen, Li Fuye, Ge Hua in Liu Jiwen. 2016. A comparison of the relationships between psychosocial factors, occupational strain, and work ability among 4 ethnic teacher groups in China. *Archives of Environmental & Occupational Health* 71(2): 74-84.
 124. Lin, Pay-Shin, Hsieh Chih-Chin, Cheng Huey-Shinn, Tseng Tsai-Jou in Su Shin-Chang. 2016. Association between Physical Fitness and Successful Aging in Taiwanese Older Adults. *PLoS ONE* 11(3): 1-12.
 125. Long, Christine in Griffiths Elizabeth. 2013. Britain's ageing NHS workforce. *Occupational Health* 65(7): 18-20.
 126. Lorber, Mateja. 2010. *Vodenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi : magistrska naloga*. Univerza na Primorskem: Fakulteta za management Koper.
 127. Maurits, Erica EM, de Veer Anke JE, van der Hoek Lucas S. in Francke Anneke L. 2015. Factors associated with the self-perceived ability of nursing staff to remain working until retirement: a questionnaire survey. *BMC Health Services Research* 15:356: 1-11.
 128. Maatouk, Imad, Müller Andreas, Angerer Peter, Schmook Renate, Nikendei Christoph, Herbst Kirsten, Gantner Melanie, Herzog Wolfgang in Gündel Harald. 2018. Healthy ageing at work— Efficacy of group interventions on the mental health of nurses aged 45 and older: Results of a randomised, controlled trial. *PLoS ONE* 13(1): e0191000. Dostopno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191000> (10. oktober 2019).
 129. Magnago, Tânia Solange Bosi de Souza, Lima Ana Cláudia Soares, Prochnow Andrea, Ceron Marinez Diniz da Silva, Tavares Juliana Petri in Urbanetto Janete de Souza. 2012. Intensity of musculoskeletal pain and (in) ability to work in nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 20(6): 1125-33.

130. Martin, Averria Sirkin, Distelberg Brian J. in Elahad Joana Abed. 2015. The Relationship Between Family Resilience and Aging Successfully. *The American Journal of Family Therapy* 43:163–179.
131. *Melatonin*. Dostopno na: http://isjfr.zrc-sazu.si/sl/terminologisce/slovarji/farmacevtski/_iskalnik?iztocnica=melatonin (5. junij 2017).
132. Milosevic, Milan, Golubic Rajna, Knezevic Bojana, Golubic Karlo, Bubas Marija in Mustajbegovic Jadranka. 2011. Work ability as a major determinant of clinical nurses' quality of life. *Journal of Clinical Nursing* 20: 2931–2938.
133. Ministrstvo za zdravje. 2015. *Smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu (verzija 1.0)*: 1-32. Dostopno na: www.mz.gov.si/...zdravje/zdravje_na_delovnem_mestu/smernice_za_promocijo_zdra...(4. april 2018).
134. Ministrstvo za zdravje. 2008. *Smernice zdravega prehranjevanja delavcev v delovnih organizacijah*. Ljubljana. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Smernice_zdravega_prehranjevanja_delevcev.pdf (8. junij 2018).
135. Mlakar, Tjaša. 2016. Prilagajanje podjetij na staranje zaposlenih. *Kakovostna starost* 19(2): 3-16.
136. Mohammadi, Saber, Ghaffari Mostafa, Abdi Alireza, Bahadori Baharak, Mirzamohammadi Elham in Attarchi Mirsaeed. 2015. Interaction of Lifestyle and Work Ability Index in Blue Collar Workers. *Global Journal of Health Science* 7(3): 90-97.
137. Mokarami, Hamidreza, Mortazavi Seyed Bagher, Asgari Ali in Choobineh Alireza. 2016. Work Ability Score (WAS) as a Suitable Instrument to Assess Work Ability Among Iranian Workers. *Health Scope. inpress(inpress):e42014*: 1-8.
138. Monteiro, Inês, de Santana Pi Chillida Manuela in Contrera Moreno Luciana. 2012. Work ability among nursing personnel in public hospitals and health centers in Campinas – Brazil. *Work* 41: 316-319.
139. Monteiro, Maria Silvia, Costa Alexandre Neusa Maria, Ilmarinen Juhani in Mendes Rodrigues Cíntia. 2009. Work Ability and Musculoskeletal Disorders Among Workers From a Public Health Institution. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* 15(3): 319–324.
140. Moseley, Amanda, Jeffers Lesley, in Paterson Jan. 2008. The retention of the older nursing workforce: A literature review exploring factors that influence the retention and turnover of older nurses. *Contemporary Nurse* 30: 46-56.

141. Mrak, Jana. 2014. Zdravje in dobro počutje zaposlenih. "V *Coaching za več zdravja in dobrega počutja zaposlenih : zbornik prispevkov 5. konference kariernih coachev*, 8-13. Ljubljana: Glotta Nova.
142. Müller, Andreas, Heiden Barbara, Herbig Britta, Poppe Franziska in Angerer Peter. 2015. Improving Well-Being at Work: A Randomized Controlled Intervention Based on Selection, Optimization, and Compensation. *Journal of Occupational Health Psychology. Advance online publication* 8: 1-13.
143. Müller, Andreas, Weigl Matthias, Heiden Barbara, Herbig Britta, Glaser Jürgen in Angerer Peter. 2013. Selection, optimization, and compensation in nursing: exploration of job-specific strategies, scale development, and age-specific associations to work ability. *Journal of Advanced Nursing* 69(7): 1630-1642.
144. Müller, Andreas, Weigl Matthias, Heiden Barbara, Glaser Jürgen in Angerer Peter. 2012. Promoting work ability and well-being in hospital nursing: The interplay of age, job control, and successful ageing strategies. *Work* 41: 5137-5144.
145. Nahm, Eun-Shim, Warren Joan, Zhu Shijun, An Minjeong in Brown Jeanine. 2012. Nurses' self-care behaviors related to weight and stress. *Nursing Outlook* 60(5): 23-31.
146. Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2018a. *Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2016*. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2016> (4. april 2018).
147. Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2018b. *Podatkovni portal*. Dostopno na: <http://www.nijz.si/podatki/bolniski-stalez> (4. april 2018).
148. Nimrod, Galit in Ben-Shem Idit. 2015. Successful Aging as a Lifelong Process. *Educational Gerontology* 41: 814–824.
149. Nowrouzi, Behdin, Lightfoot Nancy, Carter Lorraine, Larivière Michel, Rukholm Ellen in Belanger-Gardner Diane. 2015. Workplace System Factors of Obstetric Nurses in Northeastern Ontario, Canada: Using a Work Disability Prevention Approach. *Safety and Health at Work* 6: 305-311.
150. Nunes, Isabel L. 2017. Introduction to musculoskeletal disorders. *OSHWiki*, 27. februar. Dostopno na: https://oshwiki.eu/index.php?title=Introduction_to_musculoskeletal_disorders&oldid=247052 (28. januar 2018).
151. Ortopedska bolnišnica Valdoltra. 2017. *Letno poročilo za leto 2016*. Dostopno na: http://www.ob-valdoltra.si/sites/www.obvaldoltra.si/files/upload/files/letno_porocilo_2016.pdf (1. marec 2018).

152. Padula, Rosimeire S., Comper Maria L. C., Moraes Suzana A., Sabbagh Catherine, Junior Wagner Pagliato in Perracini Monica R. 2013. The work ability index and functional capacity among older workers. *Braz J Phys Ther* 17(4): 382-391.
153. Parish, Abby, Kim Jennifer, Lewallen Kanah May; Miller Sally, Myers Janet, Panepinto Robbie in Maxwell Cathy A. 2019. Knowledge and perceptions about aging and frailty: An integrative review of the literature. *Geriatric Nursing* 40(1): 13-24. doi: 10.1016/j.gerinurse.2018.05.007
154. Peplonska, Beata, Bukowska Agnieszka in Sobala Wojciech. 2015. Association of Rotating Night Shift Work with BMI and Abdominal Obesity among Nurses and Midwives. *PLoS ONE* 10(7): 1-13.
155. Peršolja, Melita, Mišmaš Anamarija in Jurdana Mihaela. 2018. Povezava med neprespanostjo in delazmožnostjo zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege* 52(1): 8-17.
156. Petkovšek-Gregorin, Romana, Vidmar Veronika in Karan Ksenija. 2015. Ali telesne obremenitve pri izvajanju dejavnosti zdravstvene nege privedejo do poškodb lokomotornega sistema?/ Does workload in nursing lead to musculoskeletal injuries? *Rehabilitacija* XIV(1): 33-39.
157. Phiri, Lindokuhle P, Draper Catherine E, Lambert Estelle V in Kolbe-Alexander Tracy L. 2014. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing* 13:38: 1-11.
158. Polajnar, Andrej in Verhovnik Vekoslav. 2007. *Oblikovanje dela in delovnih mest*, 2. izd. Maribor: Fakulteta za strojništvo.
159. Poličnik, Rok in Belović Branislava. 2017. *Prehrana na delovnem mestu : zdrava prehrana na delovnem mestu vsak dan*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
160. *Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije*. Ur. l. RS, 4/2017.
161. *Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni*. Ur. l. RS 85/2003.
162. *Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen*. Ur. l. RS 73/2005.

163. *Preprečevanje in obvladovanje bolečine v križu pri zaposlenih v zdravstveni negi*. 2016. Ur. Brigita Skela Savič, Pesjak Katja in Hvalič Touzery Simona. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
164. *Prezentizem*. Dostopno na: <http://www.fran.si/132/sprotni-sprotni-slovar-slovenskega-jezika/4282320/prezentizem?View=1&Query=prezentizem> (29. junij 2017).
165. Prochnow, Andrea, Magnago Tânia Solange Bosi de Souza, Urbanetto Janete de Souza, Beck Carmem Lúcia Colomé, Lima Suzinara Beatriz Soares in Greco Patricia Bitencourt Toscani. 2013. Work ability in nursing: relationship with psychological demands and control over the work. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 21(6): 1298-305.
166. Pruchno, R. 2015. Successful Aging: Contentious Past, Productive Future. *Gerontologist* 55(1): 1-4.
167. Psihiatrična bolnišnica Idrija. 2017. *Letno poročilo za leto 2016*. Dostopno na: https://www.pb-idrija.si/static/docs/PDF/FINANCNI_N_LETNA_P/2016/POSLOVNO_POROCILO_2016_SPLETNA_STRAN.pdf (1. marec 2018).
168. Psihiatrična bolnišnica Ormož. 2017. *Letno poročilo za leto 2016*. Dostopno na: <https://www.pb-ormoz.si/PDF/letno-porocilo2016.pdf> (1. marec 2018).
169. *Psihofarmak*. Dostopno na: <http://www.fran.si/131/snb-slovar-novejsega-besedja/3623195/psihofarmak?View=1&Query=psihofarmaki&AllNoHeadword=psihofarmaki> (22. julij 2017).
170. Ramsey, Philip H. 1989. Critical Values for Spearman's Rank Order Correlation. *Journal of Educational Statistics*: 245-253.
171. Randolph, Susan A. 2013. Planning for Older Workers. *Workplace Health Saf* 61(12): 548.
172. Rauschenbach, Cornelia, Göritz Anja S in Hertel Guido. 2012. Age Stereotypes about Emotional Resilience at Work. *Educational Gerontology* 38: 511–519.
173. Reeuwijk, Kerstin G., Niessen Suzan J. W., Robroek Maurice A. J, Kraaijenhagen Roderik A., Vergouwe Yvonne in Alex Burdorf. 2015. The Prognostic Value of the Work Ability Index for Sickness Absence among Office Workers. *PLoS ONE* 10(5): e0126969. doi:10.1371/journal.pone.0126969: 1-13.
174. Roelen, Corné AM, van Rhenen Willem, Groothoff Johan W, Jac JL van der Klink, Twisk Jos WR in Heymans Martijn W. 2014. Work ability as prognostic risk marker

- of disability pension: single-item work ability score versus multi-item work ability index. *Scand J Work Environ Health* 40(4): 428–431.
175. Rongen, Anne, Robroek Suzan J.W., Van der Heijden Beatrice, I.J.M., Schouteten Roel, Hasselhorn Hans Martin in Burdorf Alex. 2014. Influence of work-related characteristics and work ability on changing employer or leaving the profession among nursing staff. *Journal of Nursing Management* 22: 1065–1075.
 176. Rostamabadi, Akbar, Zamanian Zahra in Sedaghat Zahra. 2017. Factors associated with work ability index (WAI) among intensive care units' (ICUs') nurses. *J Occup Health* 59: 147-155.
 177. Rotenberg, Lucia, Harter Griep Rosane, Fischer Frida Marina, de Jesus Mendes Fonseca Maria in Landsbergis Paul. 2008. Working at night and work ability among nursing personnel: when precarious employment makes the difference. *Int Arch Occup Environ Health*: 1-9.
 178. Rowe, John W. in Kahn Robert L. 1997. Successful Aging. *The Gerontologist* 37 (4): 433-44.
 179. Rožman, Maja in Tominc Polona. 2014. Upravljanje starostne raznolikosti na delovnih mestih/ Management of Age Diversity at the Workplace. *Naše gospodarstvo / Our Economy* 60 (5–6): 3-11.
 180. Rutanen, Reetta, Luoto Riitta, Raitanen Jani, Mansikkamäki Kirsi, Tomás Eija in Nygård Clas-Håkan. 2014. Short- and Long-term Effects of a Physical Exercise Intervention on Work Ability and Work Strain in Symptomatic Menopausal Women. *Safety and Health at Work* 5: 186-190.
 181. Sagadin, Janez. 2003. *Statistične metode za pedagoške*. Maribor: Obzorja.
 182. Sandeva, Gergana, in Krasimira Koleva. 2016. *Work ability and psychological well-being in hospital staff*. CBU International conference on innovations in science and education, Prague, Czech Republic (23.-25. marec): 750-755.
 183. Schouten, Lianne S., Bültmann Ute, Heymans Martijn W, Joling Catelijne I., Twisk Jos W.R. in Roelen Corne' A.M. 2016. Shortened version of the work ability index to identify workers at risk of long-term sickness absence. *European Journal of Public Health* 26(2): 301–305.
 184. Shang, Li, Riedel Natalie, Loerbroeks Adrian, Müller Andreas, Wege Natalia, Angerer Peter in Li Jian. 2015. The Association Between Effort-Reward Imbalance and Depressive Symptoms Is Modified by Selection, Optimization, and

- Compensation Strategy. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 57(11): 1222-1227.
185. Sheskin, David J. 2004. *Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures- 3.izd.* Chapman & HALL/CRC.
186. Sorić, Maša, Golubić Rajna, Milošević Milan, Juras Karin in Mustajbegović Jadranka. 2013. Shift Work, Quality of Life and Work Ability among Croatian Hospital Nurses. *Coll. Antropol.* 37(2): 379–384.
187. Splošna bolnišnica Brežice. 2017. *Letno poročilo za leto 2016*. Dostopno na: <https://www.sb-brezice.si/pdf/Porocilo-o-poslovanju-2016.pdf> (1. marec 2018).
188. Splošna bolnišnica Celje. 2017. *Letno poročilo za leto 2016*. Dostopno na: https://www.sb-celje.si/media/files/dokumenti/Letno_poro_ilo/Letno%20poro%C4%8Dilo%20za%20leto%202016.pdf (1. marec 2018).
189. Splošna bolnišnica Izola. 2017. *Letno poročilo za leto 2016*. Dostopno na: <https://sb-izola.si/wp-content/uploads/2017/03/Letno-porocilo-2016.pdf> (1. marec 2018).
190. Splošna bolnišnica Jesenice. 2017. *Letno poročilo za leto 2016*. Dostopno na: <http://www.sb-je.si/wp-content/uploads/2017/07/LETNO-POROCILO-2016.pdf> (13. julij 2017).
191. Splošna bolnišnica Murska Sobota. 2017. *Letno poročilo za leto 2016*. Dostopno na: http://www.sb-ms.si/upload/file/letno_porocilo_za_leto_2016.pdf (1. marec 2018).
192. Splošna bolnišnica Novo mesto. 2017. *Letno poročilo za leto 2016*. Dostopno na: <https://www.sb-nm.si/datoteke/katalogKategorija/ep4ktwf7-letno-porocilo-2016.compressed.pdf> (1. marec 2018).
193. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec. 2017. *Letno poročilo za leto 2016*. Dostopno na: http://www.sb-sg.si/UserFiles/File/Letno_porocilo_2016_SBSG.pdf (1. marec 2018).
194. Statistični urad Republike Slovenije. 2017a. *Boljši, slabši, povprečni - Statistični portret Slovenije v mednarodni skupnosti*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
195. Statistični urad Republike Slovenije. 2017b. *Statøpis – Statistični pregled Slovenije 2017*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

196. Statistični urad Republike Slovenije. 2018. *Zdravstveni statistični letopis 2016*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
197. Stein, Claudia in Moritz Inka. 1999. A life course perspective of maintaining independence in older age. Geneva: World Health Organization.
198. Storey, Claire, Cheater Francine, Ford Jackie in Leese Brenda. 2009. Retaining older nurses in primary care and the community. *Journal of Advanced Nursing* 65(7): 1400-1411.
199. Stričević, Jadranka. 2010. *Oblikovanje standardov v zdravstveni negi z upoštevanjem ergonomskih načel za zmanjševanje biomehaničnih obremenitev hrbtenice : doktorska disertacija*. Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede.
200. Stričević, Jadranka, Balantič Zvone, Turk Zmago, Čelan Dušan, Kegl Barbara in Pajnkihar Majda. 2012. Dejavniki tveganja za pojav bolečine v vratnem in ledvenem predelu hrbtenice pri negovalnem osebju v bolnišnici. *Obzor Zdrav Neg* 46(3): 195–207.
201. Šarotar Novak, Brigita in Zajc Peter. 2009. Stres in z njim povezane psihične motnje. V *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju : učbenik*, ur. Pregelj Peter in Kobentar Radojka, 245-248. Psihiatrična klinika Ljubljana. 1.izd. Ljubljana: Rokus Klett.
202. Škerjanc, Alenka in Dodič Fikfak Metoda. 2014. Sickness presence among disabled workers at the University medical centre Ljubljana. *Zdrav Var* 53(4): 277-282. doi:10.2478/sjph-2014-0030.
203. Tavakoli-Fard, Negah, Mortazavi Seyed-Alireza, Kuhpayehzadeh Jalil in Nojomi Marzieh. 2016. Quality of life, work ability and other important indicators of women's occupational health. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 29(1): 77-84.
204. Teržan, Metka. 2017. Risk factors for musculoskeletal disorders in manual handling of loads. *OSHWiki*, 16. februar. Dostopno na: https://oshwiki.eu/index.php?title=Risk_factors_for_musculoskeletal_disorders_in_manual_handling_of_loads&oldid=246837 (28. januar 2018).
205. Tkach, Rifky, Musich Shirley, MacLeod Stephanie, Kraemer Sandra, Hawkins Kevin, Wicker Ellen R. in Armstrong Douglas G. 2017. A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatric Nursing* 38: 485-490.

206. Thinschmidt, Marleen in Seibt Reingard. 2007. Work ability index - Comparison of the long and short version of illness diagnoses by means of a German random sample. *Zentralblatt fur Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie* 57: 212-221.
207. Tovel, Hava in Carmel Sara. 2014. Maintaining Successful Aging: The Role of Coping Patterns and Resources. *J Happiness Stud* 15: 255-270.
208. Tornstam, Lars. 2017. *Gerotranscendence : razvojna teorija o dobrem staranju*. Ljubljana: Opro, zavod za aplikativne študije.
209. Trybou, Jeroen, Germonpre Sofie, Janssens Heidi, Casini Annalisa, Braeckman Lutgart, De Bacquer Dirk in Clays Els. 2014. Job-Related Stress and Sickness Absence Among Belgian Nurses: A Prospective Study. *Journal of Nursing Scholarship* 46:4: 292-301.
210. Tuomi, Kaija, Ilmarinen Juhani, Jahkola Antti, Katajarinne Lea in Tulkki Arto. 1998. *Work Ability Index, 2nd revised edition*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
211. Tuomi, Kaija, Ilmarinen Juhani, Jahkola Antti, Katajarinne Lea in Tulkki Arto. 2005. *Indeks delovne zmožnosti*. Ljubljana: Inštitit Republike Slovenije za rehabilitacijo.
212. Tzenova, Bistra. 2015. Psychosocial Factors of Successful Aging in the Workplace - current Psychological Issue. *Fifth International Scientific Conference Education, Science, Innovations ESI'2015: 279-302*. Dostopno na: https://www.researchgate.net/profile/Bistra_Tzenova/publication/318679712_PSYCHOSOCIAL_FACTORS_OF_SUCCESSFUL_AGING_IN_THE_WORKPLACE_CURRENT_PSYCHOLOGICAL_ISSUE/links/597745450f7e9b4016c36d37/PSYCHOSOCIAL-FACTORS-OF-SUCCESSFUL-AGING-IN-THE-WORKPLACE-CURR (17. februar 2018).
213. Ule, Mirjana. 2005. *Socialna psihologija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
214. Ule, Mirjana. 2009. *Socialna psihologija: analitični pristop k življenju v družbi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV.
215. Uršič, Cveto in Fatur-Videtič, Andrejka. 2006. Razvijanje zaposljivosti in zaposlitvenih možnosti invalidov. *Delo in varnost* 51(5): 57-59.
216. van den Berg, Tilja, Elders Leo, de Zwart Bart in Burdorf Alex. 2008. The effects of work-related and individual factors on the work ability index: A systematic review. *Occup. Environ. Med*: 1-24.

217. van den Heuvel, Swenneke. 2017. Psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders (MSDs). *OSHWiki*, 13. februar. Dostopno na: [https://oshwiki.eu/wiki/Psychosocial_risk_factors_for_musculoskeletal_disorders_\(MSDs\)](https://oshwiki.eu/wiki/Psychosocial_risk_factors_for_musculoskeletal_disorders_(MSDs)) (13. avgust 2019).
218. *Velnes*. 2017. Dostopno na: <https://fran.si/iskanje?View=1&Query=VELNES> (31.maj 2017).
219. von Bonsdorff, Monika, von Bonsdorff, Mikela, Zhou, Zhiqing E., Kauppinen, Markku, Miettinen, Merja, Rantanen, Taina in Vanhala, Sinikka. 2014. Organizational Justice, Selection, Optimization With Compensation, and Nurses' Work Ability. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*: 326-330.
220. Vrabič Kek, Brigita, Šter Darja in Žnidaršič Tina. 2016. *Kako sva si različna [Elektronski vir] : ženske in moški od otroštva do starosti*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/publikacije> (17. julij 2017).
221. *WAI-Netzwerk Deutschland*. Dostopno na: <http://wai-netzwerk.uni-wuppertal.de/index.php?wai-netzwerk> (10. december 2016).
222. *WAI-Netzwerk Deutschland*. 2016. *WAI Online Questionnaire (short version)*. Dostopno na: <http://wai-netzwerk.uni-wuppertal.de/index.php?wai-online-en> (10. december 2016).
223. *WAI-Netzwerk Deutschland*. 2015a. *WAI-Fragebogen & Auswertung (Kurzversion)*. Dostopno na: http://wai-netzwerk.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/WAI-Kurzversion_mit%20Auswertung_2015.pdf (18. februar 2018).
224. *WAI-Netzwerk Deutschland*. 2015b. *WAI-Fragebogen (Berechnungsmethode)*. Dostopno na: http://wai-netzwerk.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/WAI_Berechnungsmethode_2015.pdf (18. februar 2018).
225. Wargo-Sugleris, Michele, Robbins Wendie, Lane Christianne Joy in Phillips Linda R. 2018. Job satisfaction, work environment and successful ageing: Determinants of delaying retirement among acute care nurses. *Journal of Advanced Nursing* 74(4): 900-913. <https://doi.org/10.1111/jan.13504>
226. Whiteley, Jennifer, DiBonaventura Marco daCosta, Wagner Jan-Samuel, Alvir Jose in Shah Sonali. 2013. The Impact of Menopausal Symptoms on Quality of Life, Productivity, and Economic Outcomes. *Journal of Women's Health* 22(11): 983-990.
227. Wikipedia. 2017a. *Baby boomers*. Dostopno na:

- https://en.wikipedia.org/wiki/Baby_boomers (14. maj 2017).
228. Wikipedija. 2017b. *Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu*. Dostopno na: https://sl.wikipedia.org/wiki/Evropska_agencija_za_varnost_in_zdravje_pri_delu (13. april 2017).
229. Wikipedija. 2017c. *Evropsko združenje za prosto trgovino*. Dostopno na: https://sl.wikipedia.org/wiki/Evropsko_zdruzenje_za_prosto_trgovino (1. junij 2017).
230. Wikipedija. 2017d. *Mednarodna agencija za raziskave raka*. Dostopno na: https://sl.wikipedia.org/wiki/Mednarodna_agencija_za_raziskave_raka (5. junij 2017).
231. Wikipedija. 2018a. *Spearmanov koeficient korelacije*. Dostopno na: https://sl.wikipedia.org/wiki/Spearmanov_koeficient_korelacije (27. april 2018).
232. Wikipedija. 2018b. *Socialna gerontologija*. Dostopno na: https://sl.wikipedia.org/wiki/Socialna_gerontologija#cite_note-Dennefer-8 (28. avgust 2019).
233. Winwood, Peter C, Antony H. Winefield in Kurt Lushington. 2006. Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *Journal of Advanced Nursing* 56(4): 438–449.
234. World Health Organization. 2015. *European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals*. WHO Regional Office for Europe.
235. World Health Organization. 2017. *Nursing and midwifery*. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery> (13. avgust 2017).
236. Yazdi, Zohreh, Khosro Sadeghniaat-Haghighi, Ali Reza Haj Seid Javadi in Ghasem Rikhtegar. 2014. Sleep quality and insomnia in nurses with different circadian chronotypes: Morningness and eveningness orientation. *Work* 47: 561-567.
237. Ybema, Jan Fekke in Giesen Femke. 2017. Older workers. *OSHWiki*. Dostopno na: https://oshwiki.eu/index.php?title=Older_workers&oldid=246820 (28. februar 2017).
238. *Zako o delovnih razmerjih (ZDR-1)*. Ur. l. RS 21/2013.
239. *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2)*. Ur. l. RS 96/2012.
240. *Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1)*. Ur. l. RS 43/2011.

241. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ- UPB3)*. Ur. l. RS 72/2006.
242. *Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej-UPB2)*. Ur. l. RS 23/2005 (s poznejšimi spremembami in dopolnitvami).
243. Zander, Britta, Linda H. Aiken, Reinhard Busse, Anne Marie Rafferty, Walter Sermeus in Luk Bruyneel. 2016. The state of nursing in the European union. *Eurohealth* 22(1): 3-6.
244. Zar, Jerrold H. 1996. *Biostatistical analysis, 3.ed.* Prentice Hall.
245. Zbornica-Zveza. 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
246. Zbornica-Zveza. 2017a. Predstavitev podobe medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege. Dostopno na: <https://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu> (25. marec 2017).
247. Zbornica - Zveza. 2017b. *Pripombe Zbornice – Zveze k predlogu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 17. marec*. Dostopno na: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/pripombe_zbornice_-_zveze_k_predlogu_zzvzz_17_3_2017_-_posredovano_na_splet_drustvom.pdf (4. april 2017).
248. Zbornica-Zveza. 2017c. *Prošnja za posredovanje podatkov o članstvu*. Elektronska pošta (Prelec, Anita).
249. Zbornica - Zveza. 2018a. *Predstavitev Zbornice - Zveze*. Dostopno na: <https://www.zbornica-zveza.si/sl/predstavitev-zbornice-zveze> (8. februar 2018).
250. Zbornica - Zveza. 2018b. *Naslovi fakultet in visokih šol za zdravstvo*. Dostopno na: <https://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu/sole> (8. februar 2018).
251. Žmauc, Tanja, Železnik Danica in Težak Oto. 2019a. Relationship between Selection, Optimization and Compensation and the Work Ability of Nurses over Fifty Years of Age. *Organizacija* 4(52): 253-270.
252. Žmauc, Tanja, Železnik Danica in Težak Oto. 2019b. Work ability index in Slovenian hospital nurses aged over fifty years. *Arh Hig Rada Toksikol* 70: 265-272.

253. Zorc, Joca. 2012. Povezave med gibalno aktivnostjo in pojavnostjo bolečine v križu pri zdravstvenem osebju. *Zdrav Var* 51: 207-222.
254. Živković, Slaven. 2015. *Analiza podataka u SPSS-u : priručnik iz statistike*. Podgorica: De Facto Consultancy.

PRILOGE

Priloga A: Anketni vprašalnik_1

Spoštovani, sem študentka študijskega programa Socialna gerontologija na ECM – Alma Mater Europaea. Za potrebe doktorske naloge izvajam raziskavo, katere glavni namen je ugotoviti, kako se starajo zaposleni v zdravstveni negi, stari 50 let in več, v bolnišnični dejavnosti, v Sloveniji. Vprašalnik je namenjen srednjemu managementu v zdravstveni negi. Anketa je anonimna. Prosim vas za sodelovanje v raziskavi.

Tanja Žmauc

1 DEMOGRAFSKI PODATKI

1.1 Stopnja izobrazbe

- srednješolska
- višješolska
- visoka strokovna (1. bolonjska stopnja)
- univerzitetna ali strokovni magisterij (2. bolonjska stopnja)
- magisterij znanosti
- doktorat znanosti

1.2 Skupna delovna doba v letih (prosim zaokrožite na celo število)	1.3 Skupaj čas na vodstvenem položaju (prosim zaokrožite na celo število)

1.4 Na katerem področju zdravstvene nege ste vodja delovne enote:

- dispanzerska dejavnost
- specialistično ambulantna dejavnost
- hospitalna dejavnost. Navedite oddelek: _____
- zdravstvena nega v intenzivni negi in terapiji
- obporodna zdravstvena nega
- zdravstvena nega v urgentni dejavnosti
- zdravstvena nega v operacijski dejavnosti
- zdravstvena nega v neakutni obravnavi
- sterilizacijska dejavnost
- management zdravstvene nege
- drugo področje zdravstvene nege: _____

2 STRUKTURA ZAPOSLENIH V VAŠI DELOVNI ENOTI GLEDE NA SPOL IN STAROST

V levi stolpec vpišite **število vseh zaposlenih** v vaši delovni enoti, ki so vam podrejeni, ločeno po spolu. V desni stolpec vpišite število zaposlenih, ki so stari 50 let in več, ločeno po spolu. Upoštevajte tudi tiste zaposlene, ki bodo v letu 2016 dopolnili starost 50 let.

SPOL	VSI ZAPOSLENI	ZAPOSLENI, STARI 50+
ženske		
moški		
SKUPAJ		

3 STAREJŠI ZAPOSLENI V ZDRAVSTVENI NEGI

3.1 Kako verjetno je, da bo v letu 2020 na vašem delovnem mestu zaposlen večji delež ljudi, starejši od 60 let?

- zelo verjetno
 dokaj verjetno
 dokaj neverjetno
 zelo malo verjetno
 ne vem
 trenutno nimamo zaposlenih starejših od 60 let in jih ne pričakujemo v 2020.

3.2 Koliko mora biti izvajalec zdravstvene nege star, da ga umeščate v kategorijo starejšega delavca?

Prosim, napišite starost: _____

3.3 Starejši zaposleni (50+) v primerjavi z mlajšimi zaposlenimi v zdravstveni negi

Kakšni so po vašem mnenju starejši zaposleni (50+) v primerjavi z mlajšimi zaposlenimi?

Starejši zaposleni	da	ne	ni razlik	ne vem
so dlje časa na bolniški	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
imajo več nezgod pri delu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
so v službi manj produktivni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se težje prilagajajo spremembam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bolj trpijo zaradi stresa v službi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
imajo več zdravstvenih težav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.4 Lastnosti starejših zaposlenih

Opreделите, v kolikšni meri navedene lastnosti in pojave povezuje s starejšimi zaposlenimi.

Lastnosti starejših zaposlenih	Sploh ne velja	Ne velja	Niti, niti	Velja	Povsem velja
strateško razmišljanje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sposobnost presoje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
izkušnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
modrost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
strokovnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zanesljivost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
natančnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ustvarjalnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
produktivnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fleksibilnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hitra odzivnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lojalnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
absentizem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fluktuacija	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4 DELOVNO OKOLJE IN ORGANIZACIJA DELA V ZDRAVSTVENI NEGI

4.1 Opredelite, v kolikšni meri vključujete navedene možnosti v organizacijo dela.

Moji podrejeni zaposleni imajo	Sploh ne velja	Ne velja	Niti, niti	Velja	Povsem velja
možnost zdravega načina prehranjevanja in odmora za malico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dovolj časa za pripravo na delovni proces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dovolj počitka med posameznimi delovnimi dnevi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost izbire oz. soodločanja pri razporeditvi na delovne naloge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost vplivati na koriščenje dopusta po lastni izbiri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost vplivati na mesečni raspored dela (želje)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost prilagajanja službe družinskim obveznostim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost prilagajanja službe prostočasnim aktivnostim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnosti nekajminutne rekreacije med delovnim časom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avtonomijo pri delu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5 DEJAVNIKI TVEGANJA, POVEZANI Z DELOVNIM MESTOM V ZDRAVSTVENI NEGI

5.1 V kolikšni meri so prisotni poklicni dejavniki tveganja v vaši delovni enoti, ki potencialno vplivajo na zdravje zaposlenih?

Za delovno mesto, na katerem sem vodja je značilno	Zelo pogosto	Pogosto	Nevtralno	Redko	Zelo redko
dvigovanje/potiskanje bremen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dolgotrajna prisilna drža, enostranske obremenitve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoja/stoječe delo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
časovni pritiski	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
da so stresne situacije na dnevnem redu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
da v delovno rutino pogosto vpadajo nepredvidljivi dogodki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
delo v umetni svetlobi, svetlobe premalo/preveč	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
delo v posebnih mikroklimatskih pogojih (npr.: visoka ali nizka temperatura in vlaga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Za delovno mesto, na katerem sem vodja je značilno	Zelo pogosto	Pogosto	Nevtralno	Redko	Zelo redko
delo preko polnega delovnega časa (turnus, dežurstva, nadure, pripravljenost)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
da so pogoji dela ergonomsko neustrezni (npr.: visoke police, nefunkcionalni prostori, pomanjkanje pripomočkov ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
da obstaja nevarnost zdrsa, spotika ali padca (npr.: mokra/spolzka tla, ovire na tleh ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.2 Rizične poklicne skupine v zdravstveni negi

Katera starostna kategorija znotraj posameznega poklica v zdravstveni negi po vašem mnenju spada v rizično skupino za poklicna tveganja?

Poklic	do 30 let	od 31 do 40 let	od 41 do 50 let	od 51 do 60 let	več kot 60 let
bolničar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMS/TZN/ZT/babica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VMS/dipl. m. s./dipl. zt./dipl. babica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
medicinska sestra v managementu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 IZBOLJŠAVE ORGANIZACIJE DELA IN DELOVNIH POGOJEV V ZDRAVSTVENI NEGI

6.1 Predlogi za reorganizacijo delovnega okolja v zdravstveni negi

V kolikšni meri bi posamezni predlog prispeval k temu, da bi bilo delovno mesto bolj prilagojeno starejšim zaposlenim v zdravstveni negi?

Predlogi za reorganizacijo delovnega okolja	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti – niti	Se strinjam	Povsem se strinjam
ponovno načrtovanje delovnih mest (pregled obstoječih sistemizacij in ocena primernosti posameznega delovnega mesta za starejše zaposlene)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kroženje na različno zahtevnih delovnih mestih (izbira primerne delovnega mesta, glede na delovne sposobnosti starejšega zaposlenega)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ponovna ocena tveganja delovnega mesta (odkrivanje potencialnih nevarnosti delovnega mesta, ki so jim izpostavljeni starejši zaposleni)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ustvarjanje delovnega okolja, ki zmanjšuje verjetnost padca, zdrsa, spotika, poškodb in drugih zdravstvenih tveganj	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
omejevanje dvigovanja težkih bremen in fizično zahtevnih nalog (uravnoveženje fizičnih obremenitev)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
odobritev počitka med delovnim časom (npr.: kratki in pogostejši odmori)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
organizacija dela v izmenah s »sistemom hitrega kroženja pri delu v izmenah« (2- do 3-dnevne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Predlogi za reorganizacijo delovnega okolja	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti – niti	Se strinjam	Povsem se strinjam
fleksibilni delovni čas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
uporaba opreme in druge podporne tehnologije za varno in zdravo delo (npr.: pripomočki za dvigovanje in prelaganje pacientov)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oblikovanje ergonomskega delovnega okolja, vključno s pripomočki, opremo in prostori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
usposabljanje zaposlenih glede ustreznih tehnik dvigovanja in nošenja bremen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
uvredba nekajminutne rekreacije med delovnim časom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.2 Ali menite, da bi predlagane rešitve iz predhodnega vprašanja lahko brez težav vpeljali v vaši delovni enoti?

- da
 ne
 ne vem

6.3 Težavnost izvedbe posameznih ukrepov za reorganizacijo delovnega okolja

Kakšna je po vašem mnenju možnost (težavnost) izvedbe navedenih ukrepov v okviru vaše organizacijske sheme?

Ocena možnosti izvedbe predlaganih ukrepov	Sploh ni izvedljivo	Ni izvedljivo	Niti – niti	Izvedljivo	V celoti izvedljivo
ponovno načrtovanje delovnih mest (pregled obstoječih sistemizacij in ocena primernosti posameznega delovnega mesta za starejše zaposlene)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kroženje na različno zahtevnih delovnih mestih (izbira primerne delovnega mesta, glede na delovne sposobnosti starejšega zaposlenega)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ponovna ocena tveganja delovnega mesta (odkrievanje potencialnih nevarnosti delovnega mesta, katerim so izpostavljeni starejši zaposleni)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ustvarjanje delovnega okolja, ki zmanjšuje verjetnost padca, zdrsa, spotika, poškodb in drugih zdravstvenih tveganj	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
omejevanje dvigovanja težkih bremen in fizično zahtevnih nalog (uravnoteženje fizičnih obremenitev)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
odobritev počitka med delovnim časom (npr.: kratki in pogostejši odmori)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
organizacija dela v izmenah, s »sistemom hitrega kroženja pri delu v izmenah« (2- do 3-dnevnega)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fleksibilni delovni čas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
uporaba opreme in druge podporne tehnologije za	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ocena možnosti izvedbe predlaganih ukrepov	Sploh ni izvedljivo	Ni izvedljivo	Niti – niti	Izvedljivo	V celoti izvedljivo
varno in zdravo delo (npr.: pripomočki za dvigovanje in prelaganje pacientov)					
oblikovanje ergonomskega delovnega okolja, vključno s pripomočki, opremo in prostori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
usposabljanje zaposlenih glede ustreznih tehnik dvigovanja in nošenja bremen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
uvedba nekajminutne rekreacije med delovnim časom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7 ZDRAVSTVENO STANJE ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI

7.1 Kako pogosto zaznavate spodaj navedene zdravstvene težave pri svojih zaposlenih 50+?

Ocena zdravstvenih težav svojih podrejenih	Zelo pogosto	Pogosto	Nevtralno	Redko	Zelo redko
pojav poklicnih bolezni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pojav delovnih poškodb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pojav kroničnih bolezni (diabetes, hipertenzija)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pojav bolezni kostno-mišičnega sistema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psihične bolezni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
povečanje telesne teže	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hormonske težave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maligna obolenja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pojav poklicne izgorelosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pojav stresa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.2 Ali so zaposleni v vaši delovni enoti po dopoljenem 50. letu starosti pogosteje odsotni zaradi zdravstvenih težav kot pred tem?

- da
 ne

Hvala za sodelovanje.

Priloga B: Anketni vprašalnik_2

Spoštovani sodelavci, sem študentka študijskega programa Socialna gerontologija na ECM – Alma Mater Europaea. Za potrebe doktorske naloge izvajam raziskavo, katere glavni namen je ugotoviti, kako se starajo zaposleni v zdravstveni negi, v bolnišnični dejavnosti, v Sloveniji. Vprašalnik je namenjen zaposlenim v zdravstveni negi, ki so stari 50 let in več. Anketa je anonimna. Prosim vas za sodelovanje v raziskavi.

Tanja Žmauc

1 DEMOGRAFSKI PODATKI

1.1 Spol	1.2 Dopolnjena leta starosti	1.3 Skupna delovna doba
Označite spol: <input type="radio"/> ženski <input type="radio"/> moški	Vpišite dopolnjena leta starosti _____	Vpišite skupno delovno dobo v letih _____

1.4 Označite stopnjo izobrazbe

- poklicna
- srednješolska
- višješolska
- visoka strokovna (1. bolonjska stopnja)
- univerzitetna ali strokovni magisterij (2. bolonjska stopnja)
- magisterij znanosti
- doktorat znanosti

1.5 Zakonski stan

- samski(a)
- poročen(a) oz. izvenzakonska skupnost
- ovdovel(a)
- razvezan(a)

2 PODATKI O POKLICU IN PODROČJU DELA

2.1 Opravljam dela in naloge

- bolničarja
- srednje medicinske sestre/zdravstvenega tehnika/tehnika zdravstvene nege
- višje medicinske sestre/diplomirane medicinske sestre
- babice
- drugo: _____

2.2 Označite, na katerem področju zdravstvene nege ste trenutno zaposleni.

- dispanzerska dejavnost
- specialistično ambulantna dejavnost
- hospitalna dejavnost. Navedite oddelek _____
- zdravstvena nega v intenzivni negi in terapiji
- obporodna zdravstvena nega
- zdravstvena nega v urgentni dejavnosti
- zdravstvena nega v operacijski dejavnosti

- zdravstvena nega v neakutni obravnavi
- sterilizacijska dejavnost
- management zdravstvene nege
- drugo področje zdravstvene nege: _____

2.3 Delovni čas	2.4 Oblika dela	
Zaposlen(a) sem za: <input type="radio"/> polni delovni čas <input type="radio"/> skrajšan delovni čas	Razporejen(a) sem v: <input type="radio"/> enoizmenski turnus <input type="radio"/> dvoizmenski turnus <input type="radio"/> triizmenski turnus	Dodatno sem razporejen(a) še: <input type="radio"/> v dežurstva <input type="radio"/> v nadurno delo <input type="radio"/> v druge oblike dela preko polnega delovnega časa (npr.: pripravljenost)

3 OCENA DELOVNEGA MESTA

3.1 Zahtevnost delovnega mesta na katerem ste trenutno zaposleni	3.2 Prilagojenost delovnega mesta starejšim zaposlenim
Ali je vaše delovno mesto? (izberite en odgovor) <input type="radio"/> psihično zahtevno <input type="radio"/> fizično zahtevno <input type="radio"/> psihično in fizično zahtevno	Ali je vaše delovno mesto prilagojeno za starejše delavce? <input type="radio"/> da <input type="radio"/> delno <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ne vem

4 OCENA SPLOŠNEGA ZADOVOLJSTVA

Opreделите oceno svojega splošnega zadovoljstva.

Na splošno sem zadovoljen(a) s/z:	Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Niti – niti	Zadovoljen	Zelo zadovoljen
fizičnim zdravjem in počutjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psihičnim zdravjem in počutjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
poklicnim življenjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zasebnim življenjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prostočasnimi aktivnostmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5 OCENA DELOVNE SPOSOBNOSTI

5.1 Trenutna delovna sposobnost

Ocenite svojo trenutno delovno sposobnost v primerjavi s svojo najvišjo delovno sposobnostjo doslej. Predpostavimo, da je vaša najvišja delovna sposobnost vredna 10 točk. Koliko točk bi torej dali svoji trenutni delovni sposobnosti (0 pomeni, da trenutno ne delate)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trenutno ne delam	Popolnoma nezmožen za delo									Delovna sposobnost je najboljša

5.2 Delovna sposobnost glede na zahteve dela

Ocenite svojo delovno sposobnost glede na zahteve dela.

Ocena vaših trenutnih delovnih sposobnosti, glede na	Zelo slabo	Precej slabo	Zmerno	Precej dobro	Zelo dobro
fizične zahteve vašega dela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psihične zahteve vašega dela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 ZDRAVSTVENE IN DRUGE TEŽAVE

6.1 Trenutne zdravstvene težave

V kolikor vas spremlja posamezna bolezen oziroma težava, navedite, ali gre za lastno oceno zdravstvenega stanja ali je diagnozo postavil zdravnik.

Trenutne bolezni ali poškodbe	Da, lastna ocena	Da, diagnoza zdravnika	Ne, nimam težav
poškodbe zaradi nesreče	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bolezni kostno mišičnega sistema (npr.: hrbta, okončin, ponavljajoče se bolečine v sklepih mišicah ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kardiovaskularne bolezni (npr.: hipertenzija, koronarna srčna bolezen ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
respiratorne bolezni (npr.: ponavljajoče infekcije respiratornega trakta, bronhialna astma ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
duševne motnje (npr.: depresija, sindrom izgorevanja, tesnoba, nespečnost ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nevrološke in senzorne bolezni (npr.: bolezni sluha in vida, epilepsija, migrena ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bolezni prebavnega trakta (npr.: gastritis, žolčni kamni, bolezni jeter in trebušne slinavke, zaprtost ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ginekološko-urološke bolezni (npr.: okužbe sečil, ginekološke bolezni, bolezni prostate ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kožne bolezni (npr.: alergije in drugi izpuščaji, krčne žile ...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tumor ali rak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
endokrine ali metabolne bolezni (npr.: diabetes, debelost, težave s ščitnico ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krvne bolezni (npr.: anemija, druge krvne motnje in okvare)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prirojene motnje in okvare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
druge motnje in bolezni. Navedite: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.2 Prisotnost morebitnih z zdravjem, načinom dela in načinom življenja povezanih težav.

Označite prisotnost z zdravjem, načinom dela in načinom življenja povezanih težav. Odgovori se nanašajo na zadnjih 12 mesecev.

V zadnjem letu (v zadnjih 12 mesecih)	Da	Ne
kadim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
imam težave z nespečnostjo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
imam povečano telesno težo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
imam hormonske težave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
občutim simptome izgorelosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sem kronično utrujen(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
doživljam stres na delovnem mestu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
čutim bolečine v mišicah in sklepih	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
imam težave z usklajevanjem poklicnega in zasebnega življenja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.3 Ali predstavlja vaše trenutno zdravstveno stanje oviro za opravljanje dela na vašem delovnem mestu oz. vpliva vaša delovna sposobnost?

- ni ovira/nimam nobenih bolezni
- sposoben(na) sem opravljati svoje delo, čeprav so prisotni nekateri zdravstveni simptomi
- včasih** moram upočasniti svoj tempo dela ali spremeniti (prilagoditi) svoj način dela
- pogosto** moram upočasniti svoj tempo dela ali spremeniti (prilagoditi) svoj način dela
- zaradi svojega zdravstvenega stanja imam občutek, da zmorem le skrajšan delovni čas
- menim, da sem popolnoma nezmožen(a) za delo

6.4 Koliko dni ste bili odsotni iz dela zaradi bolezni v zadnjih 12 mesecih?

- nič dni
- največ 9 dni
- 10 do 24 dni
- 25 do 99 dni
- 100 do 354 dni

6.5 Ali ste po dopolnjenem 50. letu starosti več odsotni od dela zaradi zdravstvenih razlogov kot pred tem?

- da
- ne

6.6 Ali verjamete, da boste glede na vaše zdravstveno stanje zmogli opravljati svoje trenutno delo še naslednji dve leti?

- malo verjetno, da bom lahko
- nisem prepričan(a), da bom lahko
- zelo verjetno, da bom lahko

6.7 Ocena mentalnih sposobnosti

Ocenite svoje mentalno počutje v zadnjih treh mesecih.

V zadnjih treh mesecih ste ...	Nikoli	Skoraj nikoli	Včasih	Precej pogosto	Vedno
...bili sposobni uživati pri svojih rednih delovnih obveznostih	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bili aktivni in razpoloženi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...optimistični glede svoje prihodnosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ORGANIZACIJA DELA

7.1 Ocena organiziranosti delovnega procesa

Ocenite, ali vam organizacija dela v vaši delovni enoti omogoča spodaj navedene možnosti.

Na delovnem mestu imam ...	Sploh ne velja	Ne velja	Niti – niti	Velja	Povsem velja
možnost zdravega načina prehranjevanja in odmora za malico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dovolj časa za pripravo na delovni proces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dovolj počitka med posameznimi delovnimi dnevi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost izbire oz. soodločanja pri razporeditvi na delovne naloge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost vplivati na koriščenje dopusta po lastni izbiri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost vplivati na mesečni raspored dela (želje)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost prilagajanja službe družinskim obveznostim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost prilagajanja službe prostočasnim aktivnostim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnosti nekajminutne rekreacije med delovnim časom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dovolj avtonomije pri delu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.2 Ocena lastnega ravnanja za uspešno doseganje ciljev na delovnem mestu

Ocenite, v kolikšni meri imate pri svojem delu možnost izbire spodaj navedenih ukrepov.

Ocena lastnega ravnanja	Sploh ne velja	Ne velja	Niti – niti	Velja	Povsem velja
pri svojem delu vedno opravi najprej najpomembnejšo nalogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tudi v stresnih situacijah opravi eno nalogo v celoti, nato nadaljujem z drugo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pri izvedbi delovne naloge se koncentriram na najpomembnejše opravilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ocena lastnega ravnanja	Sploh ne velja	Ne velja	Niti – niti	Velja	Povsem velja
redno telovadim, da sem kos fizičnim zahtevam delovnega mesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
permanentno se izobražujem na področju zdravstvene nege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pri delu zavestno uporabljam prijazne delovne tehnike, ki varujejo hrbtenico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prosim za pomoč pri izvajanju težkih fizičnih opravil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
za izvajanje težkih fizičnih nalog se poslužujem pripomočkov za delo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
svoje delo si organiziram na način, da fizične obremenitve enakomerno porazdelim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. POGOJI DELA

Ocenite, v kolikšni meri so v vaši delovni enoti prisotni dejavniki tveganja, ki izhajajo iz pogojev dela.

Za delovno mesto na katerem sem trenutno zaposlen(a) je značilno ...	Zelo pogosto	Pogosto	Nevtralno	Redko	Zelo redko
dvigovanje/potiskanje bremen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dolgotrajna prisilna drža, enostranske obremenitve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoja/stoječe delo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
časovni pritiski	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
da so stresne situacije na dnevnem redu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
da v delovno rutino pogosto vpadajo nepredvidljivi dogodki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
delo v umetni svetlobi, svetlobe premalo/preveč	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
delo v posebnih mikroklimatskih pogojih (npr.: visoka ali nizka temperatura in vlaga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
delo preko polnega delovnega časa (turnus, dežurstva, nadure, pripravljenost)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
da so pogoji dela ergonomsko neustrezni (npr.: visoke police, nefunkcionalni prostori, pomanjkanje pripomočkov...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
da obstaja nevarnost zdrsa, spotika ali padca (npr.: mokra/spolzka tla, ovire na tleh ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9 VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU

V sledečem sklopu vprašanj želimo izvedeti, kakšno tveganje za vaše zdravje predstavlja vaše trenutno delovno mesto.

Tveganje, ki izhaja iz delovnega mesta	Zelo veliko	Veliko	Nevtralno	Malo	Zelo malo
možnost poškodb pri delu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost poklicnih bolezni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost poklicne izgorelosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost stresa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10 POGLED V PRIHODNOST

Zanima nas vaše mnenje.

Ocenite spodnje trditve	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti – niti	Se strinjam	Povsem se strinjam
ko več ne bom zmogel pričakovanih obremenitev, pričakujem, da me prerazporedijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v naši delovni organizaciji je dovolj delovnih mest, prilagojenih starejšim zaposlenim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zaradi starejših zaposlenih bo potrebno prilagoditi poti za doseg ciljev organizacije	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
na povečano število starejših zaposlenih v naši delovni organizaciji še nismo pripravljene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11 REORGANIZACIJA DELOVNIH POGOJEV

11.1 Predlogi za reorganizacijo delovnega okolja.

V kolikšni meri bi posamezni predlog po vašem mnenju prispeval k temu, da bi bilo delovno mesto bolj prilagojeno starejšim zaposlenim v zdravstveni negi?

Predlogi za reorganizacijo delovnega okolja	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti – niti	Se strinjam	Povsem se strinjam
ponovno načrtovanje delovnih mest (pregled obstoječih sistemizacij in ocena primernosti posameznega delovnega mesta za starejše zaposlene)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kroženje na različno zahtevnih delovnih mestih (izbira primernega delovnega mesta glede na delovne sposobnosti starejšega zaposlenega)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ponovna ocena tveganja delovnega mesta (odkrivanje potencialnih nevarnosti delovnega mesta, ki so jim izpostavljeni starejši zaposleni)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ustvarjanje delovnega okolja, ki zmanjšuje verjetnost padca, zdrsa, spotika, poškodb in drugih zdravstvenih tveganj	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
omejevanje dvigovanja težkih bremen in fizično zahtevnih nalog (uravnoveženje fizičnih obremenitev)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
odobritev počitka med delovnim časom (npr.: kratkimi in pogostejšimi odmori)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

organizacija dela v izmenah, s »sistemom hitrega kroženja pri delu v izmenah« (2- do 3-dnevnega)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fleksibilni delovni čas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
uporaba opreme in druge podporne tehnologije za varno in zdravo delo (npr.: pripomočki za dvigovanje in prelaganje pacientov)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oblikovanje ergonomskega delovnega okolja, vključno s pripomočki, opremo in prostori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
usposabljanje zaposlenih glede ustreznih tehnik dvigovanja in nošenja bremen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
uvedba nekajminutne rekreacije med delovnim časom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.2 Ali menite, da obstajajo pogoji za implementacijo predlaganih ukrepov iz predhodnega vprašanja v vašo delovno enoto?

- da
 ne
 ne vem

11.3 Ste mnenja, da management prilagaja organizacijo dela potrebam starejših zaposlenih?

- da
 mogoče kdaj
 ne
 ne vem

11.4 Ali bi ostali delovno aktivni tudi, ko dosežete upokojitveno starost?

- da, absolutno
 ne, nikakor
 mogoče, pod določenimi pogoji
 bi razmislil(a)
 ne vem

Navedite, v kateri delovni organizaciji ste zaposleni **Splošna bolnišnica** _____

Hvala za sodelovanje.

Priloga C: Odzivnost nagovorjenih ciljnih skupin na sodelovanje v raziskavi

Tabela 68: Odzivnost na anketni vprašalnik_1

Zap. št.	Ustanova	Razdeljeni	Vrnjeni	Vrnjeni %
1	Splošna bolnišnica Murska Sobota	20	15	75,0
2	Psihiatrična bolnišnica Idrija	6	5	83,5
3	Splošna bolnišnica Brežice	10	6	60,0
4	Splošna bolnišnica Celje	25	12	48,0
5	Splošna bolnišnica Izola	18	3	16,6
6	Bolnišnica Topolšica	10	5	50,0
7	Splošna bolnišnica Ptuj	13	9	69,2
8	Splošna bolnišnica Novo mesto	26	10	38,4
9	Splošna bolnišnica Jesenice	20	2	10,0
10	Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	20	6	30,0
11	Bolnišnica za gin. in porodn. Kranj	6	3	50,0
12	Ortopedska bolnišnica Valdoltra	10	6	60,0
13	Psihiatrična bolnišnica Ormož	7	7	100,0
	skupaj	191	89	
	delež vrnjenih (%)			46,6

Vir: Lastna raziskava 2016.

Tabela 69: Odzivnost na anketni vprašalnik_2

Zap. št.	Ustanova	Razdeljeni	Vrnjeni	Vrnjeni %
1	Splošna bolnišnica Murska Sobota	120	86	71,6
2	Psihiatrična bolnišnica Idrija	35	19	54,3
3	Splošna bolnišnica Brežice	20	14	70,0
4	Splošna bolnišnica Celje	196	98	50,0
5	Splošna bolnišnica Izola	50	9	18,0
6	Bolnišnica Topolšica	23	10	43,5
7	Splošna bolnišnica Ptuj	76	44	57,9
8	Splošna bolnišnica Novo mesto	167	55	32,9

Zap. št.	Ustanova	Razdeljeni	Vrnjeni	Vrnjeni %
9	Splošna bolnišnica Jesenice	40	16	40,0
10	Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	100	37	37,0
11	Bolnišnica za gin. in porodn. Kranj	25	9	36,0
12	Ortopedska bolnišnica Valdoltra	40	19	47,5
13	Psihiatrična bolnišnica Ormož	18	17	94,4
	skupaj	910	433	
	delež vrnjenih (%)			47,6

Vir: Lastna raziskava 2016.

Priloga D: Podatki o članstvu iz registra Zbornice-Zveze

Anita Prleec <zivna.direktorica@zbornica-zveza.si>
 Za: Tanja Zrnica <tazrnica@gmail.com>

17. Februar 2017 13:39

Pozdravljena

po dogovoru vam pošiljam Želene podatke. In sicer, to so vsi izvajalci ZDN

Izobrazba / spol	ženski spol	moški spol
srednješolska izobrazba		
medicinska sestra		
zdravstveni tehnik	12.422	1.833
tehnik zdravstvene nege		
medicinska sestra - babica	428	
višješolska izobrazba		
višja medicinska sestra	1.402	
višji medicinski tehnik		47
visokošolska izobrazba		
diplomirana medicinska sestra	4.999	
diplomirani zdravstvenik		582
diplomirana babica	352	
diplomirani babičar		0

pošiljam še spodnjo preglednico. Zajeti so podatki vseh le so bili rojeni do vključno 31.01.1987 (so že dopolnili 60 let) in je razvrstila po posameznem profilu izobrazbe...

Izobrazba / spol	ženski spol (rojstni datum do 31.01.1987)	moški spol (rojstni datum do 31.01.1987)
srednješolska izobrazba		
medicinska sestra		
zdravstveni tehnik	5.179	237
tehnik zdravstvene nege		
medicinska sestra - babica	2	
višješolska izobrazba		
višja medicinska sestra	1.113	
višji medicinski tehnik		32
visokošolska izobrazba		
diplomirana medicinska sestra	1.019	
diplomirani zdravstvenik		54
diplomirana babica	1	
diplomirani babičar		0

Lp, Urša

Urša Boha, dipl. ekon. / BSc (Econ)



Zbornica zdravstvene in babiške nege - 21 stoletnih strokovnih medicinskih sester, tehnikov in zdravstvenih tehnikov Slovenije
 Slovenska zdravstvena inštitucija - 11. stolnica je pravna oseba, ki predstavlja najvišjega stopnja organizacijo v zdravstvu, v kateri na področju 11
 različnih strokovnih področij na vseh stopnjah izvajajo vse dejavnosti v zdravstvu in vseh strokovnih dejavnostih.
 Obširno: 304, 1000 Ljubljana, Slovenija/Slovenien

Tel: (+386) 0 248 24 82 / Fax: (+386) 0 248 24 81
 www: http://www.zbornica-zveza.si, e-mail: register@zbornica-zveza.si

Priloga E: Statistične analize, ki niso prikazane v poglavju rezultati

Tabela 70: Aritmetična srednja vrednost WAI in WAS pri izvajalcih zdravstvene nege 50+ glede na področje dela

Področje dela	f	f (%)	M WAS	SD WAS	M WAI	SD WAI	p za WAI
perioperativna ZN	39	9.01	8.23	1.72	39.26	7.06	0.036121*
dializa	10	2.31	8.40	1.07	40.20	3.94	0.029331*
hospitalna ZN – gin. – por.	34	7.85	8.03	1.34	37.24	4.37	0.723872
hospitalna ZN – internist.	55	12.70	7.69	1.50	36.75	5.50	0.811493
hospitalna ZN – kirurgija	56	12.93	7.84	1.51	36.69	6.45	0.777967
hospitalna ZN – pediatrija	28	6.47	7.25	2.07	33.80	8.46	0.063532
hospitalna ZN – psihiatrija	34	7.85	8.18	0.94	38.37	5.00	0.127004
hospitalna ZN – drugo	41	9.47	7.27	1.98	34.56	7.05	0.042621*
management	4	0.92	7.75	1.89	34.75	7.85	0.615245
obporodna ZN	15	3.46	8.33	1.18	39.07	6.26	0.217349
spec. amb. dejavnost	46	10.62	7.59	1.71	34.00	6.35	0.004184*
sterilizacijska dejavnost	14	3.23	7.00	1.88	33.00	5.67	0.022947*
ZN v intenz. negi in terap.	42	9.70	8.40	1.50	40.43	5.57	0.000371*
ZN v urgentni dejavnosti	9	2.08	8.00	1.22	41.00	3.43	0.007321*
drugo	6	1.39	8.67	0.52	39.50	4.55	0.224701
skupaj	433	100.00					

Vir: Lastna raziskava 2016.

Tabela 71: Uporaba strategij modela SOC glede na starost izvajalcev zdravstvene nege 50+

Starost/leta	M soc	SD soc	M _s	SD _s	M _o	SD _o	M _c	SD _c
50	3.51	0.44	3.86	0.57	3.49	0.68	3.17	0.58
51	3.60	0.54	4.00	0.64	3.51	0.66	3.29	0.84
52	3.52	0.49	4.13	0.59	3.39	0.65	3.03	0.78
53	3.58	0.45	4.23	0.49	3.36	0.60	3.16	0.70
54	3.50	0.48	4.03	0.61	3.34	0.61	3.13	0.60
55	3.57	0.48	4.15	0.61	3.39	0.63	3.16	0.68
56	3.48	0.45	3.98	0.63	3.35	0.66	3.13	0.70
57	3.56	0.38	4.01	0.57	3.40	0.48	3.27	0.48
58	3.80	0.42	4.31	0.49	3.65	0.63	3.40	0.51
59	3.74	0.35	4.25	0.56	3.75	0.61	3.21	0.75
60	4.00	0.55	4.17	0.33	3.92	0.96	3.92	0.50
Skupaj	3.62	0.47	4.10	0.59	3.50	0.63	3.26	0.68

Legend: M - aritmetična srednja vrednost odgovorov, SD – standardni odklon; S – izbira; O – optimizacija; C – kompenzacija.

Vir: Žmauc idr. 2019a, 261.

IZJAVA O AVTORSTVU



ALMA MATER
EUROPAEA
— E C M —

07

IZJAVA O AVTORSKEM DELU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIJE ZAKLJUČNEGA DELA

Priimek in ime študenta	Tanja ŽMAUC
Vpisna številka	31133041
Študijski program	SOCIALNA GERONTOLOGIJA
Naslov zaključnega dela:	Model uspešnega staranja zaposlenih na področju zdravstvene nege
Naslov v angleščini:	The Model for successful aging of employees in nursing
Mentor:	Prof. dr. Danica ŽELEZNIK
Somentor:	
Mentor iz podjetja:	

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom MODEL USPEŠNEGA STARANJA ZAPOSLENIH NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE 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 Tanja ŽMAUC 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:

Ormož, 10.10.2019

Podpis študent/ke:

IZJAVA LEKTORJA



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

06

POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisana

JASMINA MUHIČ

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

UNIV. DIPL. SKL. JEŽ.

potrjujem, da sem lektorirala zaključno delo študenta(ke)

TANJE ŽMAUC

z naslovom:

MODEL USPEŠNEGA STARANJA ZAPOSLENIH V ZAKAVSTVENI
NEGI

Kraj: MURSKA SOBOTA

Datum: 26. 9. 2019

Podpis:

Novinarstvo in lektoriranje
NOLEKTA, Jasmina Muhič s. p.
Lendavska ul. 8, M. Sobota
GSM: 040 472 808