

**UNIVERZA V LJUBLJANI**  
**FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Andrej Starc**

**Identifikacija elementov profesionalizacije zdravstvene nege v**  
**Sloveniji**

**Doktorska disertacija**

**Ljubljana, 2011**

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Andrej Starc**

**Mentorica: izr. prof. dr. Majda Pahor**

**Somentor: doc. dr. Branko Ilič**

**Identifikacija elementov profesionalizacije zdravstvene nege v  
Sloveniji**

**Doktorska disertacija**

**Ljubljana, 2011**

## **Zahvala**

Celotno delo je namenjeno mojemu dragemu in pokojnemu očetu – tata Albin.

Iskreno se zahvaljujem moji mentorici izr. prof. dr. Majdi Pahor in somentorju doc. dr. Branku Iliču. Venomer sta mi stala ob strani in usmerjala moje korake. Hvala vama.

Iskrena hvala izr. prof. dr. Antonu Krambergerju. Hvala za vse namige pri obdelavi statističnih podatkov. Zahvaljujem se vam tudi za čas, ki je bil namenjen pogovoru.

Iskrena hvala red. prof. dr. Sonji Kump. Vsak nasvet šteje. Vsak se uči, tudi jaz!

Zahvala je naslovljena tudi ženi Katjuši in mojim otrokom Janu, Maji Ani, Eneju in Timoteju. Hvala za vašo strpnost.

Prav tako se zahvaljujem dr. Janku Seljaku in Mojci Berce za pomoč pri prikazovanju rezultatov raziskave.

Zahvaljujem se podjetju Cardiomedica d.o.o. – dr. Tomislavu Jukiću in Jasmini Gornik za finančno pomoč pri doktoratu.

Zahvaljujem se vsem, ki ste me prenašali na tej poti.

## **Izjava o avtorstvu**

## **POVZETEK**

### **Identifikacija elementov profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji**

Doktorska disertacija obravnava profesije kot decentralizirano družbeno obliko nadzora, kjer je delovanje članov profesionalne skupine utemeljeno na znanju, moči in etičnih vrednotah. V središču pozornosti smo postavili praktike zdravstvene nege in identifikacijo elementov profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji.

Praktiki zdravstvene nege v zdravstvenih organizacijah so delavci znanja, za katere je značilna kombinacija avtonomije in odgovornosti. Ti v zdravstvenih organizacijah predstavljajo tudi misleči kapital organizacije, saj se s procesom izobraževanja, učenja in vseživljenjskega učenja njihovo aktivno znanje redno nadgrajuje. Opredeljujemo jih kot nosilce in proizvajalce znanja.

V okviru doktorske disertacije je bila opravljena raziskava z namenom identifikacije elementov profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji iz zornega kota praktikov zdravstvene nege ter profesionalnega in krovnega menedžmenta zdravstvenih organizacij na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva. Zaradi heterogenosti koncepta profesionalizacije smo postavili tezo o upravičenosti dopolnilnih elementov v samem konceptu.

V raziskavi, ki je bila izvedena na mikro in mezo ravni analize, smo uporabili kombinacijo kvantitativnih in kvalitativnih metodoloških pristopov. Za kvantitativni pristop smo uporabili prilagojen anketni vprašalnik. Podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS. Za kvalitativni pristop smo uporabili odprta vprašanja anketnega vprašalnika in strukturiran intervju. V vzorec so bili vključeni praktiki zdravstvene nege na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva ter predstavniki profesionalnega in krovnega menedžmenta zdravstvenih organizacij. Velikost vzorca je bila 633. Realizacija vzorca je bila glede na populacijo 11,97 % in glede na odzivnost anketirancev 41,10 %. Zbiranje podatkov je potekalo od 4. marca do 29. avgusta 2008. Strukturiran intervju je bil opravljen s pripadniki krovnega in profesionalnega menedžmenta.

Na podlagi kvantitativne analize smo ugotovili, da so temeljne značilnosti profesionalizacije zdravstvene nege znanje, moč in etika. Nadalje smo ugotovili, da profesionalizacija zdravstvene nege predstavlja nadgradnjo človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege in da je njihovo učinkovito delovanje povezano s profesionalizacijo. Prav tako je bilo ugotovljeno, da so praktiki zdravstvene nege kot tiste oblike izobraževanja in učenja, ki so pripomogle k pridobivanju in nadgradnji znanja, najbolj ocenili učne delavnice, interna izobraževanja in strokovna srečanja. Večina praktikov zdravstvene nege je pritrčila, da pridobitev novega znanja predstavlja tudi pridobitev za njihovo zdravstveno organizacijo. Prav tako je večina naklonjena konceptu profesionalizacije, strokovne avtonomije in vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi. Na podlagi kvalitativne analize anketnega vprašalnika pa smo ugotovili, da praktiki zdravstvene nege v Sloveniji koncept profesionalizacije zdravstvene nege pojmujejo kot samostojnost zdravstvene nege, ki jo je možno opredeliti s pomočjo znanja, izobrazbe, izobraževanja, kompetenc in vseživljenjskega

učenja na področju zdravstvene nege. Na podlagi zakonske opredelitve pomeni tudi pridobitev monopola nad dejavnostjo za pridobivanje nadzorne funkcije. V nadaljevanju pa je kvalitativna analiza strukturiranega intervjuja pokazala, da v zdravstvenih organizacijah profesionalizacija zdravstvene nege ni jasno definirana.

Praktiki zdravstvene nege v procesu izobraževanja in učenja lastno znanje nadgrajujejo s pasivno in/ali aktivno udeležbo. Pridobljeno in nadgrajeno znanje (tj. znanstveni in strokovni človekov kapital) o zdravstveni negi omogoča sprejemanje samostojnih odločitev.

Na podlagi ugotovljenega so splošna priporočila za nadaljnja raziskovanja usmerjena k ugotavljanju dopolnilnih elementov profesionalizacije zdravstvene nege. Podane so prednosti vseživljenjskega učenja ter pozitivnih učinkov le-tega na osebno in strokovno rast ter ugotavljanju vplivov vseživljenjskega učenja na strokovnost izvedbe zdravstvene nege.

**Ključne besede:** profesionalizacija, zdravstvena nega, praktik zdravstvene nege, zdravstvene organizacije, vseživljenjsko učenje, znanje v zdravstveni negi.

## **SUMMARY**

### **Identification of nursing professionalization elements in Slovenia**

This doctoral thesis discusses professions as a decentralised social form of control, whereby the actions taken by members of professional group are based on knowledge, power and ethical values. It focuses on nursing practitioners and on identification of nursing professionalization elements in Slovenia.

Nursing practitioners in health care organizations are knowledge workers and their distinguishing feature is the combination of autonomy and responsibility. Those also represent the thinking capital of health care organisations, since, through education, learning and lifelong learning process, their knowledge is constantly enhanced. They are defined as holders and producers of knowledge.

For the purposes of this doctoral thesis, a study was carried out to identify elements of nursing professionalization in Slovenia from the perspective of nursing practitioners and members of professional and top management of health care organizations at primary, secondary and tertiary health care levels. Due to the heterogeneity of the concept of professionalization, a hypothesis on the eligibility of additional elements was introduced within the concept itself.

The study, which was carried out at micro and mezzo levels, included a combination of quantitative and qualitative methodologies. The quantitative approach consisted on a modified questionnaire. The data were analysed using SPSS software. The qualitative approach included the use of an open-question survey and a structured interview. The sample consisted of nursing practitioners with post-secondary education, members of professional and top management of health care organizations at primary, secondary and tertiary health care system. The size of the sample surveyed was 633. The sample realisation, according to the population was 11,97 % and according to respondents responsiveness was 41,10 %. Data collection was conducted between 4 March and 29 August 2008. A structured interview was carried out with members of top management of health care organizations.

Based on performed quantitative analysis, facts indicated that the primary characteristics of nursing professionalization are knowledge, power and ethics. In addition to this, it was established that nursing professionalization builds the human capital of nursing practitioners, and that their efficiency is connected to professionalization. It was also determined that nursing practitioners assessed the best forms of education and learning to contribute to gaining and enhancing knowledge through training workshops, internal education and professional meetings. Most nursing practitioners agreed that the acquisition of new knowledge, also represent an acquisition for their health care organisation. Most of them favoured the concept of professionalization, professional autonomy and lifelong learning in nursing. Based on qualitative analysis we demonstrated that Slovenian nursing practitioners consider the concept of nursing professionalization as autonomy of nursing which should be defined with knowledge, education, learning, competence and lifelong learning in nursing field. Based on legal definition, this also entails gaining a monopoly on function of control.

The qualitative analysis of structured interviews also indicated that concept of nursing professionalization in health care organisations is not clearly defined.

Within the scope of education and learning processes, nursing practitioners enhance their own knowledge through passive and/or active participation. The newly acquired and updated knowledge of nursing, (i.e. scientific and technical human capital) facilitates independent decision making.

Based on findings, the general recommendations for future research are focus on identifying the complementary elements on nursing professionalization, determining the benefits of lifelong learning and its positive effects on personal and professional growth, and establishing the impact of lifelong learning on professional implementation.

**Key words:** professionalization, nursing, nursing practitioner, health care organisations, lifelong learning, knowledge in nursing.



## KAZALO VSEBINE

<b>I</b>	<b>UVODNI DEL – TEZA IN METODE ARGUMENTACIJE .....</b>	<b>22</b>
<b>1</b>	<b>Uvod.....</b>	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>Raziskovalni problem in doktorska teza .....</b>	<b>28</b>
2.1	Profesionalizacija poklicev .....	28
2.2	Profesionalizacija zdravstvene nege .....	30
2.3	Ključni koncepti.....	32
2.4	Teza disertacije, osnovni konceptualni model .....	35
2.5	Izvedene hipoteze, razčlenjen konceptualni model .....	36
2.6	Omejitve raziskovalnega načrta.....	39
2.7	Metodološki instrumentarij po fazah raziskovanja .....	41
2.7.1	Faze empiričnega raziskovanja.....	41
2.7.2	Anketni vprašalnik med praktiki zdravstvene nege.....	43
2.7.3	Strukturirani intervjuji z menedžmentom .....	45
2.7.4	Tvorba indeksov profesionalizacije (numerični opis konceptov/konstruktov).....	46
2.7.5	Povezanost indeksov profesionalizacije in kontrolnih spremenljivk.....	47
2.7.6	Zaključni multivariatni regresijski model.....	48
2.8	Obdelava besedilnih sporočil.....	49
2.8.1	Atributivni podatki anketnega vprašalnika .....	49
2.8.2	Atributivni podatki strukturiranih intervjujev.....	50
2.8.3	Postopki analize besedil (kodiranje v kategorije).....	50
2.9	Operacionalizacija raziskovalnega modela za empirično analizo .....	51
<b>II</b>	<b>TEORETSKI DEL .....</b>	<b>53</b>
<b>3</b>	<b>Poklicna skupina zdravstvene nege in njen zgodovinski razvoj.....</b>	<b>53</b>
3.1	Mejniki zgodovinskega razvoja zdravstvene nege .....	53
3.2	Koncept nove profesionalizacije zdravstvene nege .....	60

<b>4 Konceptualizacija profesionalizacije poklicev .....</b>	<b>67</b>
4.1 Prepoznavnost profesionalizacije poklicev .....	73
4.2 Profesionalizacija v luči moči, znanja in etike .....	76
<b>5 Vseživljenjsko učenje proti vseživljenjskemu izobraževanju za profesionalizacijo zdravstvene nege .....</b>	<b>80</b>
5.1 Pojavnost vseživljenjskega izobraževanja in vseživljenjskega učenja v različnih okoljih .....	82
5.2 Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi .....	86
<b>6 Profesionalizacija zdravstvene nege kot organizacijski potencial .....</b>	<b>87</b>
6.1 Aplikacija teorije človekovega kapitala za proučevanje profesionalizacije zdravstvene nege .....	89
6.1.1 Vlaganja v človekov kapital za profesionalizacijo .....	94
6.1.2 Intelktualni kapital zdravstvenih organizacij .....	98
6.1.3 Strukturni, socialni in mrežni kapital .....	103
6.2 Analiza intelektualnega kapitala zdravstvenih organizacij .....	105
6.3 Akumulacija specifičnega znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala ter profesionalizacija zdravstvene nege .....	107
6.4 Potencial znanja praktikov zdravstvene nege kot osnova intelektualnega kapitala .....	108
<b>7 Menedžment znanja zdravstvenih organizacij .....</b>	<b>115</b>
7.1 Dejavnost menedžmenta znanja .....	117
7.2 Klasične in učeče se zdravstvene organizacije .....	122
7.3 Pomen učeče se organizacije za profesionalizacijo zdravstvene nege .....	125
7.4 Prenos znanja v organizaciji .....	129
7.5 Organizacijsko učenje in preoblikovanje znanja .....	131
7.6 Pomen zdravstvenega menedžmenta za akumulacijo človekovega in intelektualnega kapitala zdravstvenih organizacij .....	133
<b>8 Organizacija sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji .....</b>	<b>134</b>
8.1 Dolžnosti in pravice izobraževanja zdravstvenih delavcev .....	136

8.2 Dolžnosti in pravice menedžmenta zdravstvenih organizacij.....	137
<b>9 Specifičnosti izobraževanja in učenja praktikov zdravstvene nege .....</b>	<b>138</b>
9.1 Primerjava izobraževanja za zdravstveno nego v Sloveniji in Evropski uniji....	139
9.2 Študij zdravstvene nege v Sloveniji.....	142
<b>10 Preliminarne ugotovitve na osnovi analize literature.....</b>	<b>145</b>
<b>III EMPIRIČNI DEL .....</b>	<b>154</b>
<b>11 Vzorčni načrt in njegova realizacija .....</b>	<b>154</b>
11.1 Primerjava populacije in realiziranega vzorca.....	154
11.2 Reprezentativnost vzorca.....	154
<b>12 Demografske značilnosti vzorca .....</b>	<b>157</b>
12.1 Raven zdravstvene organizacije.....	157
12.1.1 Spol .....	158
12.1.2 Starost .....	159
12.1.3 Delovna doba .....	159
12.2 Značilnosti vzorca po zdravstvenih ravneh .....	160
12.2.1 Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe anketirancev .....	160
12.2.2 Delovno mesto/funkcija v zdravstveni organizaciji.....	161
12.3 Posploševanje na podlagi kakovosti realiziranega vzorca.....	162
<b>13 Vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege po ravneh .....</b>	<b>163</b>
13.1 Udeležba anketirancev v procesu izobraževanja in učenja.....	163
13.2 Aktivna udeležba anketirancev v procesu izobraževanja in učenja.....	164
13.3 Različne oblike izobraževanja in učenja.....	166
13.4 Pridobivanje znanja, ki pomeni pridobitev za zdravstveno organizacijo .....	167
<b>14 Indeksacije sestavin raziskovalnega modela in kontrolnih spremenljivk (ANOVA) .....</b>	<b>170</b>
14.1 Tvorba indeksov za numerični opis sestavin konceptualnega modela .....	170
14.2. Bivariatna povezava indeksov in kontrolnih spremenljivk.....	174

14.2.1 Spol .....	174
14.2.2 Starost .....	175
14.2.3 Leta delovne dobe .....	181
14.2.4 Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe .....	185
14.2.5 Raven zdravstvenega varstva .....	186
14.2.6 Delovno mesto/funkcija v zdravstveni organizaciji .....	192
14.2.7 Udeležba v procesu izobraževanja in učenja v letu 2007 .....	197
14.2.8 Aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja .....	204
14.2.9 Pridobivanje znanja, ki pomeni pridobitev za zdravstveno organizacijo .....	207
14.3 Ugotovitve povezave indeksov in kontrolnih spremenljivk .....	215
<b>15 Veljavnost in zanesljivost tvorbe indeksov (eksploratorna faktorska analiza) .....</b>	<b>219</b>
15.1 Model eksploratorne faktorske analize .....	220
15.2 Faktorska analiza šestih indeksov (sestavin raziskovalnega modela) .....	220
15.3 Faktorska analiza vseh 57 spremenljivk (za opis sestavin raziskovalnega modela) .....	223
<b>16 Oblikovanje in interpretacija linearne regresije indeksov .....</b>	<b>228</b>
16.1 Regresijski model profesionalizacije – samo z neodvisnimi spremenljivkami .....	230
16.2 Regresijski model s kontrolnimi spremenljivkami (test robustnosti) .....	233
<b>17 Kvalitativne analize besedilnih sporočil .....</b>	<b>236</b>
17.1 Sumarni rezultati kvalitativne analize in seznam kategorij .....	236
17.2 Strokovna avtonomija zdravstvene nege .....	240
17.3 Profesionalec zdravstvene nege .....	241
17.4 Profesionalec zdravstvene nege v zdravstvenem timu .....	243
17.5 Profesionalizacija zdravstvene nege .....	246
17.6 Vloga profesionalca v zdravstveni negi .....	247
17.7 Profesionalci zdravstvene nege in uresničevanje samostojne, soodvisne in sodelujoče obravnave .....	250
17.8 Vloga znanja izvajalcev zdravstvene nege v organizaciji .....	252

17.9 Profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege .....	252
17.10 Vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege v organizaciji .....	253
17.11 Znanje v zdravstveni negi .....	254
17.12 Profesionalna moč v zdravstveni negi .....	254
<b>18 Ugotovitve preverjanja hipotez glede elementov profesionalizacije zdravstvene nege.....</b>	<b>255</b>
18.1 Verifikacija hipotez in teze ter odprti problemi.....	255
18.2 Verifikacija vplivov na profesionalizacijo zdravstvene nege (regresija) in učinkov .....	267
<b>IV ZAKLJUČNI DEL – SINTEZA UGOTOVITEV IN SKLEPNI PREMISLEK.....</b>	<b>269</b>
<b>19 Sinteza ugotovitev o elementih profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji.....</b>	<b>269</b>
19.1 Koncept profesionalizacije v zdravstveni negi .....	269
19.2 Koncept znanja v zdravstveni negi .....	273
19.3 Koncept strokovne avtonomije zdravstvene nege .....	274
19.4 Koncept vseživljenjskega učenja .....	275
19.5 Koncept moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi.....	277
19.6 Koncept etike v zdravstveni negi.....	278
<b>20 Ključne ugotovitve in sklepni razmislek.....</b>	<b>279</b>
20.1 Verifikacija temeljne doktorske teze in raziskovalnih vprašanj .....	279
20.2 Predlogi za izboljšave izobraževanja in učenja praktikov zdravstvene nege ...	282
20.3 Odprta področja nadaljnega preučevanja človekovega kapitala.....	283
20.4 Sklepne ugotovitve in priporočila za zdravstvene organizacije.....	284
<b>21 LITERATURA .....</b>	<b>287</b>
<b>22 IMENSKO KAZALO .....</b>	<b>314</b>
<b>23 STVARNO KAZALO .....</b>	<b>319</b>

<b>24 PRILOGE</b> .....	<b>321</b>
<i>PRILOGA A: Anketni vprašalnik</i> .....	321
<i>PRILOGA B: Pisno soglasje avtorjev Hampton in Hampton</i> .....	329
<i>PRILOGA C: Anketni vprašalnik avtorjev Hampton in Hampton</i> .....	330
<i>PRILOGA Č: Strukturiran intervju za menedžment zdravstvenih organizacij</i> .....	338
<i>PRILOGA D: Organizacijska struktura Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana</i> .....	340
<i>PRILOGA E.1: Demografske značilnosti vzorca in hi-kvadrat test kontrolnih spremenljivk glede na ravni zdravstvenega varstva</i> .....	342
<i>PPRILOGA E.2: Merska zanesljivost oziroma Cronbach alfa sestavljenih indeksov raziskovalnega modela</i> .....	350
<i>PRILOGA E.3: Faktorska analiza šestih indeksov raziskovalnega modela</i> .....	352
<i>PRILOGA E.4: Faktorska analiza vseh sedeminpetdesetih spremenljivk</i> .....	364
<i>PRILOGA E.5: Linearna regresija narejena iz indeksov</i> .....	377
<i>PEILOGA E.6: Regresijski model s kontrolnimi spremenljivkami (test robustnosti)</i> .....	379

## KAZALO SLIK

Slika 2.1: Osnovni konceptualni model teze disertacije.....	36
Slika 2.2: Razčlenjen konceptualni model za preverjanje teze in hipotez disertacije .....	39
Slika 2.3: Operacionalizacija raziskovalnega modela .....	52
Slika 4.1: Shema hierarhičnega delegiranja .....	70
Slika 4.2: Horizontalna timska shema .....	71
Slika 6.1: Shema otipljivega in neotipljivega kapitala v organizaciji .....	91
Slika 6.2: Delitev znanja v shemi intelektualnega kapitala .....	101
Slika 6.3: Kakovostna in količinska zaloga znanja v zdravstveni organizaciji.....	106
Slika 6.4a: Ciklični model procesa konverzije na osnovi vseživljenjskega učenja.....	109
Slika 6.4b: Model pridobivanja in nadgrajevanja znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala – konverzija znanstvenega in človekovega kapitala.....	110
Slika 6.5: Potek krivulje osnovnega potenciala ( $B_p$ ) in teoretična konverzija v aktivni potencial ( $A_p$ ).....	112
Slika 6.6: Aplikacija modela konverzije v shemi zdravstvene organizacije .....	114
Slika 7.1: Uspešen stil menedžmenta zdravstvene organizacije.....	117
Slika 7.2: Naravnost in cilji organizacije znanja .....	119
Slika 7.3: Ekspertni (strokovni) in distribuirani (porazdeljeni) model prenosa znanja.....	120
Slika 7.4: Komunicirajoči profesionalni timi v profesionalni birokratski zdravstveni organizaciji .....	123
Slika 7.5: Razsežnosti znanja .....	128
Slika 9.1: Pristop v zdravstveni negi za ugotavljanje, načrtovanje, izvajanje in evalviranje servisnih storitev .....	138
Slika 14.1: Ugotovitve sinteze indeksov .....	218
Slika 15.1 : Shematični prikaz interpretacije faktorске analize.....	228
Slika 16.1: Regresijski model z neodvisnimi spremenljivkami .....	233

Slika 16.2: Elementi profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji (levo) in vpliv kontrolnih spremenljivk (desno).....	234
Preglednica 17.2: Rezultati analize in seznam kategorij strukturiranega intervjuja.....	239
Slika 17.1: Strokovna avtonomija zdravstvene nege.....	241
Slika 17.2: Profesionalec(-ka) zdravstvene nege.....	243
Slika 17.3: Sodelovanje profesionalca(-ke) zdravstvene nege v zdravstvenem timu....	245
Slika 17.4: Profesionalizacija zdravstvene nege.....	247
Slika 17.5: Vloga profesionalca(-ke) v zdravstveni negi .....	249
Slika 17.6: Profesionalci zdravstvene nege in uresničevanje samostojne, soodvisne in sodelujoče obravnave .....	251
Slika 18.1: Regresijski model vzročnosti profesionalizacije zdravstvene nege .....	268



## KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 6.1: Teoretična replikacija $P = EK$ vseh stratifikacijskih razredov .....	96
Preglednica 6.2: Teoretična replikacija $P = EK$ posameznih stratifikacijskih razredov .....	97
Preglednica 7.1: Inhibitorji znanja in možne rešitve .....	131
Preglednica 11.1: Primerjava aktivne populacije zaposlenih v zdravstveni negi in realiziranega vzorca .....	155
Preglednica 11.2: Struktura zaposlenih v zdravstveni negi po zdravstvenih ravneh med letoma 2002 in 2008 .....	156
Preglednica 12.1: Frekvenčna porazdelitev anketirancev po zdravstvenih ravneh .....	157
Preglednica 12.2: Struktura zaposlenih po zdravstvenih ravneh za leto 2008 .....	158
Preglednica 12.3: Spolna struktura po zdravstvenih ravneh v % ( $n = 583$ ) .....	158
Preglednica 12.4: Starostna struktura po zdravstvenih ravneh v % ( $n = 572$ ) .....	159
Preglednica 12.5: Delovna doba po zdravstvenih ravneh v % ( $n = 572$ ) .....	160
Preglednica 12.6: Dosežena (najvišja) izobrazba po zdravstvenih ravneh v % ( $n = 572$ ) .....	161
Preglednica 12.7: Delovno mesto/funkcija po zdravstvenih ravneh v % ( $n = 575$ ) .....	162
Preglednica 13.1: Udeležba v procesu izobraževanja in učenja po zdravstvenih ravneh v 5 ( $n = 571$ ) .....	163
Preglednica 13.2: Aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja po zdravstvenih ravneh v % ( $n = 570$ ) .....	165
Preglednica 13.3: Primerjava udeležbe/neudeležbe v procesu izobraževanja in učenja v % ( $n = 570$ ) .....	165
Preglednica 13.4: Oblike izobraževanja in učenja za pridobivanje in nadgrajevanje znanja po zdravstvenih ravneh, v % .....	167
Preglednica 13.5: Pridobitev znanja kot pridobitev za zdravstveno organizacijo po zdravstvenih ravneh v % ( $n = 559$ ) .....	168
Preglednica: 13.6: Splošne demografske značilnosti vzorca v % .....	168

Preglednica 14.1: Cronbachov alfa koeficient za posamezni indeks sestavin raziskovalnega modela .....	171
Preglednica 14.2: Povezanost spola z indeksi sestavin raziskovalnega modela.....	174
Preglednica 14.3: Različnost aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede spola anketirancev.....	175
Preglednica 14.4: Povezanost starosti z indeksi sestavin raziskovalnega modela .....	178
Preglednica 14.5a: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na starost anketirancev.....	179
Preglednica 14.5b: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na starost anketirancev.....	180
Preglednica 14.6: Povezanost števila let delovne dobe z indeksi sestavin raziskovalnega modela .....	181
Preglednica 14.7: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na število let delovne dobe.....	184
Preglednica 14.8: Povezanost dosežene stopnje izobrazbe z indeksi raziskovalnega modela .....	185
Preglednica 14.9: Povezanost zdravstvene ravni organizacije z indeksi sestavin raziskovalnega modela .....	186
Preglednica 14.10a: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na raven zdravstvene organizacije.....	189
Preglednica 14.10b: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na raven zdravstvene organizacije.....	190
Preglednica 14.11: Povezanost delovnega mesta/funkcije z indeksi sestavin raziskovalnega modela .....	194
Preglednica 14.12: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na delovno mesto/funkcijo .....	196
Preglednica 14.13: Povezanost udeležbe v procesu izobraževanja in učenja z indeksi sestavin raziskovalnega modela .....	198
Preglednica 14.14a: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na udeležbo v procesu izobraževanja in učenja.....	202

Preglednica 14.14b: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na udeležbo v procesu izobraževanja in učenja.....	203
Preglednica 14.14c: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na udeležbo v procesu izobraževanja in učenja.....	204
Preglednica 14.15: Povezanost aktivne udeležbe v procesu izobraževanja in učenja z indeksi sestavin raziskovalnega modela .....	205
Preglednica 14.16: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede aktivne udeležbe v procesu izobraževanja in učenja v letu 2007 .....	206
Preglednica 14.17: Povezanost pridobitve novega znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo, z indeksi sestavin raziskovalnega modela .....	207
Preglednica 14.18a: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na pridobitev znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.....	212
Preglednica 14.18b: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na pridobitev znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.....	213
Preglednica 14.18c: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na pridobitev znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.....	214
Preglednica 14.18d: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na pridobitev znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.....	215
Preglednica 14.19: Ugotovitve sinteze indeksov.....	217
Preglednica 15.1: Rotatorna faktorska matrika (rotacija Varimax s Kaiserjevo normalizacijo) indeksacije sestavin raziskovalnega modela .....	222
Preglednica 15.2: Korelacije med faktorji pri poševni rotaciji.....	225
Preglednica 15.3: Rotirana transformirana faktorska matrika.....	225
Preglednica 15.4: Rezultati uteži pravokotne rotacije .....	226
Preglednica 16.1a: Linearna regresija odvisne spremenljivke indeksa profesionalizacije zdravstvene nege (metoda Stepwise).....	231
Preglednica 16.1b: Druga pripadajoča preglednica linearne regresije .....	232
Preglednica 17.1a: Sumarni rezultati kvalitativne analize in seznam kategorij anketnega vprašalnika.....	236

Preglednica 17.1b: Sumarni rezultati kvalitativne analize in seznam kategorij anketnega vprašalnika.....	236
Preglednica 17.1c: Sumarni rezultati kvalitativne analize in seznam kategorij anketnega vprašalnika.....	238
Preglednica 17.2: Rezultati analize in seznam kategorij strukturiranega intervjuja.....	239
Preglednica 19.1: Negativne trditve sklopa profesionalizacije in avtonomije zdravstvene nege v % (n = 632) .....	272
Preglednica 20.1: Frekvenčna distribucija strinjanja o doprinosu vseživljenjskega učenja k izboljšani izvedbi strokovnega dela.....	281

## **KAZALO GRAFOV**

Graf 9.1: Sestava zaposlenih v zdravstveni negi po kvalifikaciji in številu od leta 1999 do leta 2004 .....	144
Graf 15.1: Grafični prikaz števila večjih komponent/faktorjev.....	223

# I UVODNI DEL – TEZA IN METODE ARGUMENTACIJE

## 1 Uvod

Disertacija se ukvarja s problemom relativno nedognane ter zdaj šibko in polovično zaokrožene profesionalizacije poklica zdravstvene nege v Sloveniji. Izhodiščna teza doktorske disertacije postavlja trditev, da je (prihodnja) uspešnost poklicev zdravstvene nege pri nas odvisna od izboljšanja (že dosežene) stopnje profesionalizacije teh poklicev, zato je glavnina argumentacije usmerjena v identifikacijo elementov profesionalizacije zdravstvene nege, empirično proučevanje tovrstnih procesov v Republiki Sloveniji in v sklepno ocenjevanje, kateri faktorji zavirajo in kateri lahko pospešijo nadaljnjo profesionalizacijo te stroke.

V slovenskem prostoru je zdravstvena nega v sistemu zdravstvenega varstva zakonsko opredeljena kot zdravstveni poklic (Ur. l. 82/2004, 10008-10009), ki promovira zdravje in zdravstveno vzgojo, organizira, vodi ter nadzira zdravstveno nego, vodi negovalni tim, zdravstveno nego izvaja na podlagi negovalne anamneze, negovalne diagnoze in negovalnih ciljev, sodeluje v procesu zdravljenja in izvaja določene diagnostično-terapevtske programe, spremlja izide in učinke intervencij zdravstvene nege, na podlagi interdisciplinarne in multisektorske povezave skrbi za kakovostno obravnavo bolnika, izvaja zdravstveno nego v okviru prve pomoči ter pedagoško in raziskovalno delo. Posebnost zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva zasledimo v dveh perspektivah hierarhije. Prva je notranja/vertikalna hierarhija ali »notranja« stratifikacija. To pomeni, da poznamo znotraj zdravstvene nege več (zdravstvenih) poklicev, ki na podlagi dosežene stopnje izobrazbe opravljajo zdravstveno nego na določeni poklicni ravni. Druga hierarhija je sistemska, ki jo v primerjavi z zdravniki postavlja v subordiniran položaj (Ur. l. 72/2006, 1. člen).

Identifikacija elementov profesionalizacije zdravstvene nege se navezuje na sociološki pojem profesionalizacije poklicev. Kronološko so se na področju profesionalizacije uveljavili različni teoretični pristopi: teorije značilnosti, procesne teorije in za področje zdravstvene nege še teoretični pristop »nova profesionalizacija zdravstvene nege«. Profesionalizacija je proces, v katerem poklicna skupina pridobiva lastnosti profesije.

Hornby (1995) profesijo definira kot plačan poklic, zlasti tak, za katerega sta potrebni višji stopnji izobrazbe in usposobljenosti. Značilnost profesionalizacije sta tudi vzpostavitev nadzora nad lastnim delom in poudarek na etičnem vidiku. V slovenskem prostoru bomo profesionalizacijo zdravstvene nege koncipirali kot postopek pridobivanja višje ravni znanja za izboljšanje položaja v zdravstveni poklicni verigi in višjo stopnjo profesionalnosti.

Naša podlaga proučevanja je profesionalizacija v zdravstveni negi, kjer so na eni strani prisotni nosilci profesionalizacije, t. i. »praktiki zdravstvene nege«<sup>1</sup>, ki z rednim in učinkovitim strokovnim izobraževanjem ter izpopolnjevanjem in z vseživljenjskim učenjem vlagajo v lasten »človekov kapital«<sup>2</sup>. Na drugi strani so dejavniki profesionalizacije, ki v primeru zdravstvene nege predstavljajo »krovni/vrhnji menedžment«<sup>3</sup> zdravstvene organizacije.

V kontekstu globalizacije je pomen profesionalizacije zdravstvene nege povezan z razvojem družbe znanja. V družbi znanja je profesionalizacija zdravstvene nege v Sloveniji ob aktivni podpori krovnega menedžmenta zdravstvene organizacije usmerjena k doseganju večje učinkovitosti zdravstvene oskrbe in zagotavljanju optimalnih pogojev za zdravje (Strategija razvoja Slovenije 2005) v Sloveniji in celotni Evropski uniji.

V okviru doktorske disertacije je bila izvedena raziskava presečnega tipa. V vzorec so bili vključeni praktiki zdravstvene nege na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva ter predstavniki profesionalnega in krovnega menedžmenta zdravstvenih organizacij. Realizacija vzorca je bila glede na populacijo 11,97 % in glede na odzivnost anketirancev 41,10 %. Za praktike zdravstvene nege smo prilagojen anketni vprašalnik avtorjev Hampton in Hampton (2000) ter strukturirani intervju za krovni menedžment zdravstvenih organizacij. Populacijo smo primerjali z vzorcem na podlagi zbirke podatkov Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije.

---

<sup>1</sup> To so zdravstveni delavci, ki imajo zaključeno postsekundarno izobraževanje v zdravstveni negi: a) višješolsko izobraževanje: višje medicinske sestre/višji medicinski tehniki, b) visokostrokovno izobraževanje: diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, in c) univerzitetno izobraževanje: profesorji zdravstvene vzgoje.

<sup>2</sup> V doktorski disertaciji je angleški termin *human capital* prevajan kot človekov kapital. V tem delu se pojem človekov kapital nanaša izključno na posameznika in na njegov kapital znanja.

<sup>3</sup> Pojem se nanaša na vodje (nosilce) procesa upravljanja zdravstvenih organizacij.

Znanstvena relevantnost predlagane teme se kaže v sistematični (teoretski) identifikaciji in (empiričnem) proučevanju elementov profesionalizacije (Abbott 1988; McClelland 1990, 97–113; Parkin 1995, 561–567; Turner 1995, 137–138; Southon in Braithwaite 1998, 24–26; Neal in Morgan 2000, 9–26; Barton in Evans 2003, 415; Evetts 2003; Kittrell Chitty 2005, 164) zdravstvene nege v Sloveniji. Znanstveni prispevek na akademski ravni poudarja pomen vseživljenjskega učenja za razvoj posameznika in zdravstvene organizacije, za izmenjavo znanja v tej organizaciji ter za prenos »rezultatov« vseživljenjskega učenja v prakso, da se lahko dosežejo cilji družbe znanja (Farkas in Pannonius 1999, 132; Bryce 2004, 61–62; Jelenc Krašovec 2004, 17; Crowther 2004; Černelič 2006; Kump 2008, 77); izvorno rekonceptualizacijo človekovega kapitala profesionalcev v zdravstvu kot dela intelektualnega kapitala in ne nazadnje identifikacijo konkretnega prispevka individualnega znanja praktikov v zdravstvu kot kapital za zdravstveno organizacijo (Altschul 1982, 29–30; Frenkel in drugi 1995; Mohrman, Cohen, in Mohrman 1995; Jarvis 1987, 658; Cortada 1998; Drucker 1999; Dzinkowski 2000, 32–36; Preston in Dyer 2003, 431; Departement of Health 1998 v Gopee 2005, 761; Benson in Brown 2007, 121–125). Prispevek ponuja tudi izhodišča in možnosti nadaljnjih proučevanj specifičnega človekovega kapitala (Bozeman, Dietz in Gaughan 2001; Bozeman in Corleyb 2004) zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter proučevanj kohezivnosti delovanja v sistemu zdravstvenega varstva. Pregled literature je pokazal precejšnjo stopnjo raziskanosti pojava profesionalizacije in identifikacijo elementov profesionalizacije za različne poklicne skupine. Toda ta pojav v slovenskem prostoru na primeru praktikov zdravstvene nege še ni bil sistematično obravnavan.

Z vidika upravljanja človeških virov in teorije organizacije je znanstveni prispevek doktorske disertacije proučevanje in identifikacija vzročno-posledičnih zvez med krovnim ter profesionalnim menedžmentom in praktiki zdravstvene nege v zdravstvenih organizacijah. Proučevali bomo: (i) profesionalni menedžment in praktike zdravstvene nege glede načinov pridobivanja in nadgrajevanja specifičnega človekovega kapitala v procesu izobraževanja, učenja in vseživljenjskega učenja, (ii) vpliv krovnega menedžmenta zdravstvenih organizacij na izobraževanje, učenje in vseživljenjsko učenje v t. i. »profesionalni birokraciji« kot znanje v specifični organizacijski strukturi



oziroma strukturalni konfiguraciji po Mintzbergu (1979) za (iii) profesionalizacijo zdravstvene nege.

Doktorska disertacija je vsebinsko razdeljena na štiri zaokrožene dele, in sicer na uvodni del (teza in metode argumentacije), teoretični del, empirični del in zaključni del (ti deli so označeni z rimskimi številkami I, II, III in IV). Vsebinski deli so notranje razdeljeni po poglavjih (tekoče številčenje, od 1 do 19).

Poglavje 1. strnjeno opredeljuje raziskovalni problem in doktorsko tezo, pojasnjena je znanstvena relevantnost raziskovalnega vprašanja in same disertacije, razgrnjena je sestava disertacije po delih in poglavjih.

Poglavje 2. zariše teoretske pristope in ključne koncepte opisa procesa profesionalizacije poklicev zdravstvene nege, uvede osrednjo tezo in izvedene hipoteze disertacije ter na tej osnovi skicira tudi konceptualni model raziskovanja, doda izhodiščne omejitve raziskovalnega načrta in sistematično razgrne metodološki instrumentarij, uporabljen v različnih fazah raziskovanja, ločeno za numerične in atributivne spremenljivke, ter predstavi operacionalizacijo raziskovalnih modelov.

Poglavje 3. strnjeno opisuje poklicno skupino zdravstvene nege in njen zgodovinski razvoj ter koncept nove profesionalizacije zdravstvene nege.

Poglavje 4. opredeljuje konceptualizacijo profesionalizacije poklicev. V nadaljevanju tudi oriše prepoznavnost profesionalizacije poklicev in profesionalizacijo v luči moči, znanja ter etike.

Poglavje 5. strnjeno opisuje osnovne koncepte vseživljenjskega učenja in vseživljenjskega izobraževanja za profesionalizacijo zdravstvene nege.

Poglavje 6. obravnava profesionalizacijo zdravstvene nege kot organizacijski potencial. Sistematično opredeli aplikacijo teorije človekovega kapitala za proučevanje profesionalizacije zdravstvene nege, pri čemer obdela še naslednje vidike: vlaganja v človekov kapital za profesionalizacijo, intelektualni kapital zdravstvenih organizacij, strukturalni, socialni in mrežni kapital, analizo intelektualnega kapitala zdravstvenih

organizacij, akumulacijo specifičnega znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala ter potencial znanja praktikov zdravstvene nege kot osnovo intelektualnega kapitala.

Poglavje 7. obravnava menedžment znanja zdravstvenih organizacij, kjer na kratko predstavimo dejavnost menedžmenta znanja, klasične in učeče se zdravstvene organizacije ter značilnosti učeče se organizacije za profesionalizacijo zdravstvene nege, prenose znanja v organizaciji, organizacijsko učenje in preoblikovanje znanja ter pomen zdravstvenega menedžmenta za akumulacijo človekovega in intelektualnega kapitala zdravstvenih organizacij.

Poglavje 8. strnjeno obravnava organizacijo sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji s poudarkom na dolžnosti in pravicah tako zaposlenih kakor tudi menedžmenta zdravstvenih organizacij.

Poglavje 9. zariše specifičnost izobraževanja in učenja praktikov zdravstvene nege, primerjavo izobraževanja za zdravstveno nego v Sloveniji in Evropski uniji ter študij zdravstvene nege.

Poglavje 10. vsebuje preliminarne ugotovitve na osnovi analize literature in raziskovalni načrt za empirični del.

Poglavje 11. predstavlja vzorčni načrt in njegovo realizacijo s primerjavo populacije ter realiziranega vzorca.

Poglavje 12. predstavlja demografske značilnosti vzorca na ravni zdravstvene organizacije, spola, starosti in delovne dobe anketirancev. V nadaljevanju sledi predstavitev značilnosti vzorca po posameznih zdravstvenih ravneh z doseženo (najvišjo) stopnjo izobrazbe anketirancev in delovnim mestom/funkcijo anketirancev v zdravstveni organizaciji. Na osnovi kakovosti realiziranega vzorca smo izvedli posploševanje na populacijo.

Poglavje 13. obravnava rezultate udeležbe v procesa izobraževanja in učenja praktikov zdravstvene nege po zdravstvenih ravneh s pasivno in aktivno udeležbo anketirancev v procesu izobraževanja in učenja, različnimi oblikami izobraževanja in učenja ter s pridobivanjem znanja, ki predstavlja pridobitev za zdravstveno organizacijo.

Poglavje 14. analizira indeksacijo sestavin raziskovalnega modela in kontrolnih spremenljivk, kjer smo tvorili indekse za numerični opis sestavin konceptualnega modela. V nadaljevanju je bila izvedena bivariatna povezava indeksov in kontrolnih spremenljivk, kjer smo iskali statistično pomembne povezave s spolom, starostjo, leti delovne dobe, doseženo (najvišjo) stopnjo izobrazbe, ravno zdravstvene organizacije, delovnim mestom/funkcijo v zdravstveni organizaciji, (aktivno) udeležbo v procesu izobraževanja in učenja ter s pridobivanjem znanja, ki predstavlja pridobitev za zdravstveno organizacijo. Na podlagi zbranih podatkov smo predstavili ugotovitve povezav indeksov in kontrolnih spremenljivk.

Poglavje 15. se ukvarja z rezultati veljavnosti in zanesljivosti tvorbe indeksov. Predstavljen je model eksploratorne faktorске analize, faktorška analiza šestih indeksov ali sestavin raziskovalnega modela in faktorška analiza, izvedena z vsemi 57 spremenljivkami.

Poglavje 16. obravnava analizo linearne regresije in njeno interpretacijo, narejeno iz indeksov. Predstavljen je tudi regresijski model profesionalizacije, narejen z neodvisnimi in kontrolnimi spremenljivkami.

Poglavje 17. se ukvarja s sumarnimi rezultati kvalitativne analize besednih sporočil in seznam kategorij. Kvalitativno smo obdelali naslednje glavne teme: kaj je strokovna avtonomija zdravstvene nege, kdo je profesionalc zdravstvene nege, kako profesionalc zdravstvene nege v zdravstvenem timu enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja, kaj je profesionalizacija zdravstvene nege, kdo je profesionalc v zdravstveni negi in kdo izvaja zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter menedžmenta zdravstvenih sistemov in izobraževanje, kako profesionalci zdravstvene nege uresničujejo samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo ter sodelovanje

posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih ter zdravih v vseh okoljih, vloga znanja praktikov zdravstvene nege v organizaciji, profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege, vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege v organizaciji, znanje v zdravstveni negi in profesionalna moč v zdravstveni negi.

Poglavje 18. predstavlja ugotovitve hipotez in elementov profesionalizacije zdravstvene nege z verifikacijo hipotez, teze in odprtih problemov ter verifikacijo vplivov na profesionalizacijo zdravstvene nege.

Poglavje 19. se osredotoča na sintezo ugotovitev o elementih profesionalizacije zdravstvene nege. Opredelimo koncept profesionalizacije, znanja, strokovne avtonomije, vseživljenjskega učenja, moči za sprejemanje strokovnih odločitev in etike v zdravstveni negi.

Poglavje 20. obravnava povzetek ugotovitev in sklepni premislek disertacije, verifikacijo temeljne doktorske teze in raziskovalnih vprašanj, predloge za izboljšavo izobraževanja in učenja praktikov zdravstvene nege. Opredelili smo izhodišča za nadaljnja proučevanja človekovega kapitala in sklepne ugotovitve ter priporočila za zdravstvene organizacije.

## **2 Raziskovalni problem in doktorska teza**

### **2.1 Profesionalizacija poklicev**

Raziskave na področju profesionalizacije poklicev (Neal in Morgan 2000; Squires 2001; Sullivan 2000; Kitchener, Kirkpatrick in Whipp 2000; Leicht in Fennel 1997; McLaughlin 2001; Brunetto 2001; Burrell 2002; Cohen in drugi 2002; Dent 2002; Evetts 2002; Greenwood, Suddaby in Hinings 2002; Hallam 2002; Harris 2002; Hodgson 2002; Watson 2002) so proučevale njihovo družbeno zaprtost (angl. *social closure*), izključitev (angl. *exclusion*), mobilnost (angl. *mobility*), identiteto, kulturni kapital profesij, profesionalno moč, patriarhalnost in razrednost.

Le redki poklici dosežejo visoko raven poklicne profesionalizacije v omenjenih razsežnostih, predvsem zato, ker že profesionalizirani poklici zasedejo redke vire in s tem do določene mere onemogočijo sorodnim poklicem dostop do njih. Se pa veliko poklicev odpravi na to pot z namenom, da bi si okrepili lastno moč, ugled in vpliv. Kako daleč uspejo priti, je v bistvu empirično vprašanje. V literaturi tako pogosto zasledimo tudi pojmovanje zdravstvene nege kot polprofesije. Na primer, Hugman (1991) vidi socialno delo, zdravstveno nego in druge zdravstvene profesije kot polprofesije v glavnem zato, ker nimajo ločenega temelja znanstvenega znanja in bolj težijo k poudarjanju veščin kot znanja (Giddey 1995, 137; Coburn in Willis 2003). Tudi Gabe, Bury in Elston (2004) trdijo, da so zdravstveno nego na primer v 50. in 60. letih 20. stoletja označevali kot polprofesijo. Razlog je neustrezno teoretično znanje oziroma (pre)majhna moč samoregulacije, da bi upravičila naziv profesija. Te unilinearne oziroma evolucijske teorije profesionalizacije s prehitrim posploševanjem zanemarjajo specifične in odvisne zgodovinske kontekste, v okviru katerih se profesije razvijajo.

Turner (1995, 151) profesionalizacijo pojmuje kot poklicno strategijo, pri kateri družbene skupine poskušajo nadzorovati svoj prostor na trgu (Turner 1995, 139). Larsonova (1977) pravi, da je profesionalizacija poskus prevajanja ene vrste redkih virov, t. i. tihega znanja in veščin, v drugo, v t. i. družbene in ekonomske koristi/nagrade. V nadaljevanju Turner (1995) pravi, da je profesionalizacija prej poseben tip (kolektivne) poklicne kontrole na področju trga kot pa le seznam (individualnih) značilnosti, ki definirajo nespremenljive temelje določenih poklicev in poklicnih praktikov.

Turner (1995) poskuša teoretsko sintetizirati pretekle pozicije pri proučevanju profesij in profesionalizacije ter tako razviti stabilnejši in celovitejši pristop. Kot nujne dimenzije profesionalizacije izpostavlja znanje, moč (glej še Johnson 1980 v Coburn in Willis 2003) in etiko. Kramberger je podrobneje razčlenil kolektivne akcije, ki krepijo strateško družbeno moč poklicev, in jih poimenoval podporna struktura poklica. Znotraj poklica je prisotnost rasti podporne strukture običajno znamenje in posledica profesionalizacije tega poklica (Kramberger 2001).

## 2.2 Profesionalizacija zdravstvene nege

Po zmanjšanju državnih sredstev za javno financiranje profesij, kar je bila sistemska značilnost precejšnje deregulacije državnih služb in poklicev na Zahodu v 80. letih (tipična reakcija na ekonomsko krizo v 70. letih 20. stoletja), se je v številnih (državnih) profesijah okrepila vloga organizacijskega menedžmenta v primerjavi s strokovnim vodenjem. Tako se je iz kritike »stare« profesionalizacije razvila nova paradigma, t. i. ideja »nove profesionalizacije« v zdravstveni negi (Walby in drugi 1994). Predpostavke nove profesionalizacije so na teoretičnem znanju zasnovana avtonomija, holistični (celostni) pristop in spodbujanje bolnikovih lastnih potencialov v procesu zdravljenja.

Za razvoj profesionalizacije zdravstvene nege je kontinuiteta procesa izobraževanja, učenja in vseživljenjskega učenja v tesni povezavi z razvijanjem ter nadgradnjo človekovega kapitala. Praktika zdravstvene nege razumemo kot profesionalca.<sup>4</sup> Houle (1980) v svoji definiciji profesionalizacije našteva povezave, ki jih imajo sodobne profesije: povezave z znanjem, visokim statusom, univerzami, visokim družbenim slojem, dejavnostmi, ki jim mnogi ljudje pripisujejo visoko vrednost, s prepričanji in postopki ter z vzvodi moči.

Koncept profesionalca zdravstvene nege lahko povežemo s konceptom vseživljenjskega učenja. Vseživljenjsko učenje pripomore k nadgradnji človekovega kapitala, kar posamezniku omogoča participacijo in integracijo (Crowther 2004, 132) ter preživetje (Bryce 2004, 61–62) v družbi znanja. Candy (1995) domneva, da lahko v življenjskem ciklu znanje vzdržujemo samo z vseživljenjskim učenjem. Pojem znanja je pogosto povezan z uspešno ekonomsko produkcijo in vzdrževanjem družbene prosperitete (Cullen 1997 v Cornford 2002, 358), vendar ima v procesu vseživljenjskega učenja znanje tudi osrednjo vlogo pri izoblikovanju človekovega in socialnega kapitala (Preston in Dyer 2003, 431) ter pri izoblikovanju intelektualnega kapitala<sup>5</sup> (Drucker 1999, 273; Dzinkowski 2000, 32–36).

---

<sup>4</sup> Profesionalci zdravstvene nege (visokošolsko izobraženi) so tisti zaposleni, ki svoje storitve opravljajo na podlagi temeljnega znanja zdravstvene nege, pridobljenega v času visokošolskega študija.

<sup>5</sup> V doktorski disertaciji bomo uporabljali pojem intelektualni kapital, in ne intelektualna lastnina. Intelektualna lastnina je nekoliko ožji pojem in v osnovi pravni koncept, s pravnimi vidiki tega koncepta pa se doktorska disertacija ne bo ukvarjala. Poleg tega je uporabljeni pojem uveljavljen tudi v strokovni in znanstveni literaturi (Bontis 1998, 2004; OECD 1996).

Na ravni (zdravstvenih) organizacij je v literaturi zaslediti razprave o pomenu (organizacijskega) znanja v povezavi z menedžmentom znanja (angl. *knowledge management*). Simon (1991, 130) definira organizacijsko sposobnost ustvarjanja in izmenjave novega znanja kot funkcijo zaposlenih učiti se drug od drugega. Nonaka in Takeuchi (1995) argumentirata, da naj bi zaposleni v organizaciji sledili priložnostim pridobivanja novega znanja od sodelavcev. Prav tako Nonaka (1994, 18) dokazuje, da bi bile organizacije sposobnejše ustvarjanja novega znanja, kadar se zaposleni v organizaciji razvijajo in hkrati učijo. Znanje prispeva k večji prilagodljivosti in inovativnosti organizacij<sup>6</sup> (Wong in Aspinwall 2004a, 44–57). Civi (2000, 168) meni, da je specifična konkurenčna prednost organizacij prav znanje in uporaba znanja (v poslovnih procesih).

Znana je razlika med eksplicitnim (objektivnim) in tihim (subjektivnim, implicitnim) znanjem (Alavi in Leidner 1999, 6). Prenos eksplicitnega znanja lahko dosežemo s formalnim izobraževanjem, branjem strokovne literature in z učenjem. Nonaka in Takeuchi (1995) dokazujeta, da je tudi tiho znanje, ko je kodirano in v formalnem jeziku, prenosljivo. A zanj je značilna težka artikulacija. Ista avtorja argumentirata, da tiho znanje hkrati vsebuje kognitivne in tehnične elemente. Kognitivni elementi so mentalne sheme (paradigme), ki posamezniku omogočajo zaznati in definirati zunanji svet. Tehnični elementi so »znanje o postopkih« (angl. *know-how*), spretnosti in veščine. Pridobivanje tihega znanja lahko dosežemo z opazovanjem, izkušnjami, sodelovanjem itd. Ustvarjanje znanja je spiralni proces vzajemnega delovanja eksplicitnega in tihega znanja (Gottschalk 1999); Nonaka in Konno (1998, 40 – 41) sta mnenja, da je spiralni proces gradnje znanja sestavljen iz specializacij, eksternalizacij, kombinacij in internalizacij.

Razširjenost procesa globalizacije in uveljavitev koncepta družbe znanja (Drucker 1993; Tilak 2002, 307; Magalhaes in Steer 2003, 43–56; Salmi 2003) postavljata pod drobnogled tudi vlogo praktika zdravstvene nege. Ti (ne)posredno vplivajo na izvajanje številnih organizacijskih procesov, na primer kadrovskega procesa, in na izgradnjo sistema razvoja kadrov v zdravstveni ustanovi; (ne)posredno sodelujejo pri vrednotenju

---

<sup>6</sup> Inovativnost organizacij razumemo v smislu, da organizacije nenehno vlagajo v znanje in izobraževanje zaposlenih, so usmerjene k ideji o sprotne reševanju problemov in ciljev, učenje ter znanje pa sta ključ do uspeha (Premović 2010, 161 – 63).

oziroma določanju zahtevnosti dela in spodbujajo razvojni napredek organizacije (Kejžar 2005, 51–56). Pridobljeno eksplicitno in implicitno znanje, izobraževanje ter učenje se uspešno integrirajo kot ključni dejavniki uspešnosti posameznika (rast in razvoj specifičnega človekovega kapitala) ter uspešnosti celotne organizacije (rast in razvoj intelektualnega kapitala, zlasti strukturnega). Skrbno in celovito pridobivanje ustreznega strokovnega znanja, pravočasno obvladovanje potrebnih veščin ter različne vrste usposabljanja, izobraževanja in učenja vplivajo na učinkovitost dela posameznika in delovnih skupin (Žontar Vukasović 2005, 158–164). Vsebine izobraževanj zaposlenih naj bi sledile predvsem potrebam po rasti in razvoju organizacije ter potrebam po novih znanjih in določenih veščinah, ki se pozneje usklajujejo z željami ter pričakovanji posameznikov.

O povezavi rasti in razvoja specifičnega človekovega kapitala zaposlenih v kontekstu razvoja intelektualnega kapitala organizacije govori tudi Maze (2005, 183–185). Avtorica dokazuje, da so strokovno izobraženi in usposobljeni kadri temeljni dejavnik rasti, kakovosti in uspešnosti vsake organizacije, ne glede na to, ali je njena temeljna dejavnost proizvodnja ali opravljanje storitev. Zato je razumljivo pričakovati, da tako v svetu kot pri nas organizacije posvečajo izobraževanju zaposlenih vse večjo pozornost.

V okviru doktorske disertacije bo izvedena raziskava na mikro in mezo ravni analize, ki bo ugotavljala elemente za profesionalizacijo zdravstvene nege s strani: (a) članov profesionalnega menedžmenta in praktikov zdravstvene nege ter (b) krovnega menedžmenta zdravstvenih organizacij: na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji.

### **2.3 Ključni koncepti**

V doktorski disertaciji smo za izgradnjo oziroma izdelavo osrednjega konceptualnega modela uporabili naslednje teoretične koncepte (za poimenovanje obravnavanih glavnih struktur oziroma procesov):



- **Poklic.** Standardna klasifikacija poklicev<sup>7</sup> definira poklic kot statistično enoto, v katero se kategorizirajo dela, ki so po vsebini in zahtevnosti podobna. V državah članicah EU je poklic opredeljen s t. i. poklicnimi standardi. Omenjeni standardi ustvarjajo osnovo za priznavanje formalne in poklicne kvalifikacije (EC 2005a).
- **Profesionalizacija poklicev.** Nanaša se na individualizacijo dela, socializacijo posameznika, samoregulacijo, nadzor nad lastnim delom, dopolnilno silo v družbenih spremembah, etične vrednote, samoevalvacijo, specialni sistem znanja, altruistično orientacijo, družbeni položaj, ugled, moč, znanje, institucionalno razporeditev, normativne vrednote sistema, in sicer kot ideologija ter družbena mobilnost. Zaradi heterogenosti koncepta se zdi primernejša Abbottova (1988) definicija. Avtor je razpravljal o jurisdikciji (pristojnosti) profesije s kompetencami (znanje), ki so potrebne za legitimacijo monopolne prakse (moč); zadovoljevanjem družbenih potreb in odnosom moči (etika). Temelj njegove razprave je medsebojno povezovanje članov profesionalne skupine in njihovega dela. V doktorski disertaciji smo na podlagi teorije značilnosti definicijo izostrili in profesionalizacijo zdravstvene nege utemeljili kot sestavo temeljnih elementov, in sicer znanja, moči in etike.
- **Zdravstvena nega.** Opredelitev koncepta zdravstvene nege izhaja iz predpostavke, da je zdravstvena nega avtonomna profesija, ki vključuje zagovorništvo praktikov zdravstvene nege, promocijo varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike pri upravljanju zdravstvenih sistemov in izobraževanja. Zdravstvena nega predstavlja pomoč pri izvajanju »temeljnih življenjskih aktivnosti« (Henderson 1997; Železnik in drugi 2008), ki so bistvene za izide zdravljenja. Namenjena je posamezniku, družinam ter skupnostim; vključuje načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege med boleznijo in rehabilitacijo ter obsega fizične, duševne in socialne vidike življenja (zdravje, bolezen, invalidnosti in umiranje) in ne nazadnje zagotavlja skrb v vseh obdobjih življenjskega cikla – od spočetja do smrti (King 1981; WHO 1991).
- **Znanstveni in strokovni človekov kapital.** Omenjeni koncept pomeni zalogo vsega znanstvenega in strokovnega znanja, veščin ter virov, ki so utelešeni v

---

<sup>7</sup> Uredba o uvedbi Standardne klasifikacije poklicev 1997: člen 2.

profesionalcu, oziroma niz virov, ki jih praktiki zdravstvene nege združujejo pri svojem delu (Bozeman in drugi 2001; Bozeman in Corleyb 2004).

- **Menedžment znanja.** V doktorski disertaciji je opredeljen kot proces, ki pomaga zdravstvenim organizacijam najti, selekcionirati, organizirati, porazdeliti ter prenesti pomembne informacije in ekspertize; kot proces ravnanja z znanjem zaposlenih in njihovega vključevanja v menedžment organizacije; kot upravljanje, ustvarjanje, preoblikovanje, nadgrajevanje, obnavljanje in uporaba znanja (Gupta in drugi 2000; Možina in drugi 2002).
- **Organizacijsko znanje.** Tukaj ga opredeljujemo kot rezultat učenja posameznikov; koncept se deli na kognitivno in socialno perspektivo ter na perspektivo posameznikovega vseživljenjskega učenja. Je proces vzajemnega delovanja notranjega razvoja, znanja in asociacij med preteklimi akcijami ter pomeni osnovo inovacijske dejavnosti zdravstvene organizacije in praktikov zdravstvene nege (Fiol in Lyles 1985; Levitt in March 1988; Lyles 1988; Senge 1990; Simon 1991; Cyert in March 1992; Chiva in Alegre 2005).
- **Izobraževanje.** Koncept izobraževanje definiramo kot proces, v katerem je mogoče izpeljati proces učenja. Proces izobraževanja je praviloma uraden, organizacijsko strukturiran s poukom in učiteljem, v katerem ima učenje namen pridobivanja znanja, spretnosti in navad. Razlikujemo formalno izobraževanje, ki privede do formalno potrjenih izobraževalnih rezultatov, in neformalno, ki ni namenjeno pridobivanju formalnega izkaza, temveč zadovoljevanju drugih izobraževalnih potreb in/ali interesov posameznika (Jereb 1998; Jelenc 2008).
- **Učenje.** V doktorski disertaciji je opredeljen kot akter, ki v procesu izobraževanja stremi k pridobitvi znanja, spretnosti in navad. Razlikujemo formalno (formalno potrjeni izobraževalni rezultati), neformalno (zadovoljevanje drugih izobraževalnih potreb in/ali interesov posameznika) in naključno (priložnostno) ali aformalno učenje, pri katerem si posameznik ne prizadeva nečesa naučiti. Aformalno učenje je po svojih značilnostih podobno priložnostnemu, ne poteka formalizirano, od njega pa se razlikuje po tem, da je vsaj deloma namembno (Jelenc 2008). Učenje posamezniku omogoča večjo dejavnost in avtonomnost. Na tej podlagi delimo organiziranost in aktivno vlogo posameznika na organizirano samostojno učenje (posameznik in/ali skupina prevzema odgovornost za načrtovanje, izpeljavo in ovrednotenje učenja ali

izobraževanja); če učenje poteka organizirano, ga označujemo kot organizirano samostojno učenje ali vodeno samoizobraževanje, če učenje izpelje posameznik, ga imenujemo organizirano samostojno učenje.

- **Vseživljenjsko izobraževanje.** Pojem poskuša združevati in vnesti izbor interesov ter idej, ki so se opirale na izbrane politične in moralne značilnosti o družbi znanja. Vseživljenjsko izobraževanje ni izobraževalni sistem, temveč načelo organiziranosti (Crowther 2004; Kodelja 2005).
- **Vseživljenjsko učenje.** Koncept vseživljenjskega učenja opredeljujemo kot celovito in je več kot le natančno poznavanje posameznih področij izobraževanja otrok in mladostnikov ter izobraževanja odraslih. Je širši pojem in zajema vse strategije vseživljenjskega učenja (od zibelke do groba) in tudi vsebinske razsežnosti (v vseh vlogah, ki jih ljudje povzemamo, vključuje življenjske potrebe). Vseživljenjsko učenje ponuja razvoj znanja in spretnosti ne glede na starost in poudarja potrebo po pripravi ter motiviranju za učenje pri otrocih, v zgodnji mladosti in skozi vse življenje. Omogočal naj bi izobraževanje za osebni razvoj in kakovostno življenje ter delo za samostojnejši, kritični in čim dejavnejši osebni razvoj (Jelenc Krašovec in Muršak 2005; Jelenc Krašovec in Kump 2005).

## **2.4 Teza disertacije, osnovni konceptualni model**

V doktorski disertaciji se osredotočamo na proučevanje naslednje temeljne teze:

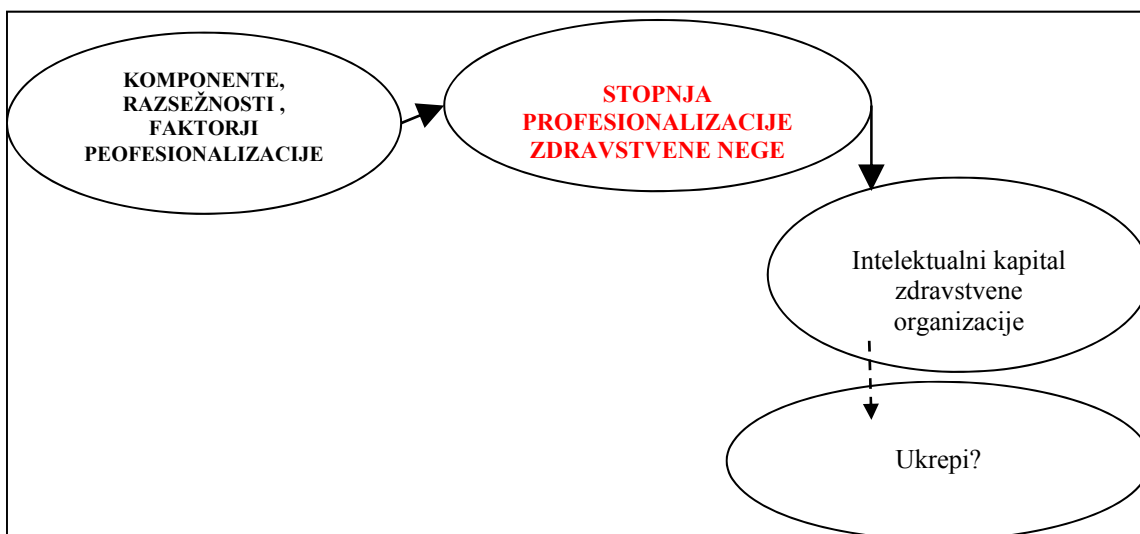
*Učinkovito delovanje praktikov zdravstvene nege je povezano s profesionalizacijo. Profesionalizacija zdravstvene nege predpostavlja nadgradnjo človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege in podporno vlogo krovnega menedžmenta zdravstvene organizacije pri omogočanju vseživljenjskega učenja.*

Doktorska teza je usmerjena na področje izobraževanja kot enega izmed pomembnih vidikov profesionalizacije zdravstvene nege. Teza poskuša odgovoriti na naslednji raziskovalni vprašanji:

- Ali je vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege usmerjeno tudi k praktični uporabi novega znanja, veščin pri delu?
- Ali krovni menedžment zdravstvenih organizacij podpira in vlaga v vseživljenjsko učenje članov profesionalne skupnosti, tj. profesionalnega menedžmenta in praktikov zdravstvene nege?

Teza pojmuje prakse zdravstvene nege kot nosilce specifičnega človekovega kapitala, ki v procesu vseživljenjskega učenja svoj osnovni človekov kapital preoblikujejo v nadgrajeno obliko izhodiščnega človekovega kapitala, s čimer se krepi njihov profesionalni položaj. Predpostavlja, da akumulirani intelektualni kapital stroke (zdravstvene nege) že omogoča prevajanje dosedanjih institucionalnih rešitev, ki izkazujejo doseženo raven profesionalizacije, na višjo raven institucionalizacije (Slika 2.1).

Slika 2.1: Osnovni konceptualni model teze disertacije



Vir: Starc 2011a

## 2.5 Izvedene hipoteze, razčlenjen konceptualni model

S hipotezami želimo pridobiti vpogled v stopnjo dejansko dosežene profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji. Izbrane komponente (sestavine, faktorji, determinante) dosežene stopnje profesionalizacije so podrobneje opisane v posebnih poglavjih

(poglavja od 3 do 7), tu jih navajamo le shematsko zaradi ponazoritve bolj elaboriranega konceptualnega modela. Zanima nas, kako praktiki tega področja pojmujejo doseženo profesionalizacijo svojega poklica, kakšno vlogo imata pri tem znanje in vseživljenjsko učenje (oblike izobraževanja, pridobljene veščine, kompetence v vsakdanjem delu, potenciali), koliko so praktiki udeleženi v procesih moči (zlasti v strokovnem odločanju) in s kakšno avtonomijo pri tem razpolagajo, kako pojmujejo etične razsežnosti svojega dela, kakšen je odnos krovnega menedžmenta stroke do navedenih procesov. Za empirično raziskavo smo postavili deset hipotez:

*H<sub>1</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo profesionalizacijo zdravstvene nege glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procesih izobraževanja ter učenja.*

*H<sub>2</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo avtonomijo zdravstvene nege glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procesih izobraževanja ter učenja.*

*H<sub>3</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procesih izobraževanja ter učenja.*

*H<sub>4</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo znanje v zdravstveni negi glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procesih izobraževanja ter učenja.*

*H<sub>5</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo moč za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procesih izobraževanja ter učenja.*

*H<sub>6</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo etiko v zdravstveni negi glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procesih izobraževanja ter učenja.*

*H<sub>7</sub>: Vlaganje krovnega menedžmenta zdravstvenih organizacij v vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege prispeva k profesionalizaciji zdravstvene nege.*

*H<sub>8</sub>: V zdravstvenih organizacijah pomeni vsota specifičnega človekovega kapitala zaposlenih osnovni potencial za intelektualni kapital zdravstvenih organizacij. V procesu vseživljenjskega učenja se s t. i. procesom konverzije (pretvorbe) osnovni potencial preoblikuje v aktivni potencial – vsota vsega novega in nadgrajenega znanja (Coleman 1971, 1990) za intelektualni kapital zdravstvenih organizacij.*

*H<sub>9</sub>: Na ravni zdravstvene organizacije obstaja pozitivna povezanost med vseživljenjskim učenjem praktikov zdravstvene nege (formalno, neformalno in priložnostno učenje/izobraževanje, aktivna in pasivna udeležba na seminarjih, kongresih, internih izobraževanjih, učnih delavnicah, konferencah, tečajih, strokovnih srečanjih) in pretvorbo osnovnega potenciala znanja v aktivni potencial (motivacijo na delovnem mestu, prilagajanje na spremenjene pogoje dela, izboljšano izvedbo strokovnega dela, nadgradnjo znanja s področja zdravstvene nege, prilagodljivost na delovnem mestu in večjo inovativnost na delovnem mestu).*

*H<sub>10</sub>: Nadgradnja specifičnega človekovega kapitala omogoča vpeljavo novega člana v organizacijsko shemo, tj. t. i. kapitala znanja, sestavljenega iz kompetenc (znanja, veščine, spretnosti).*

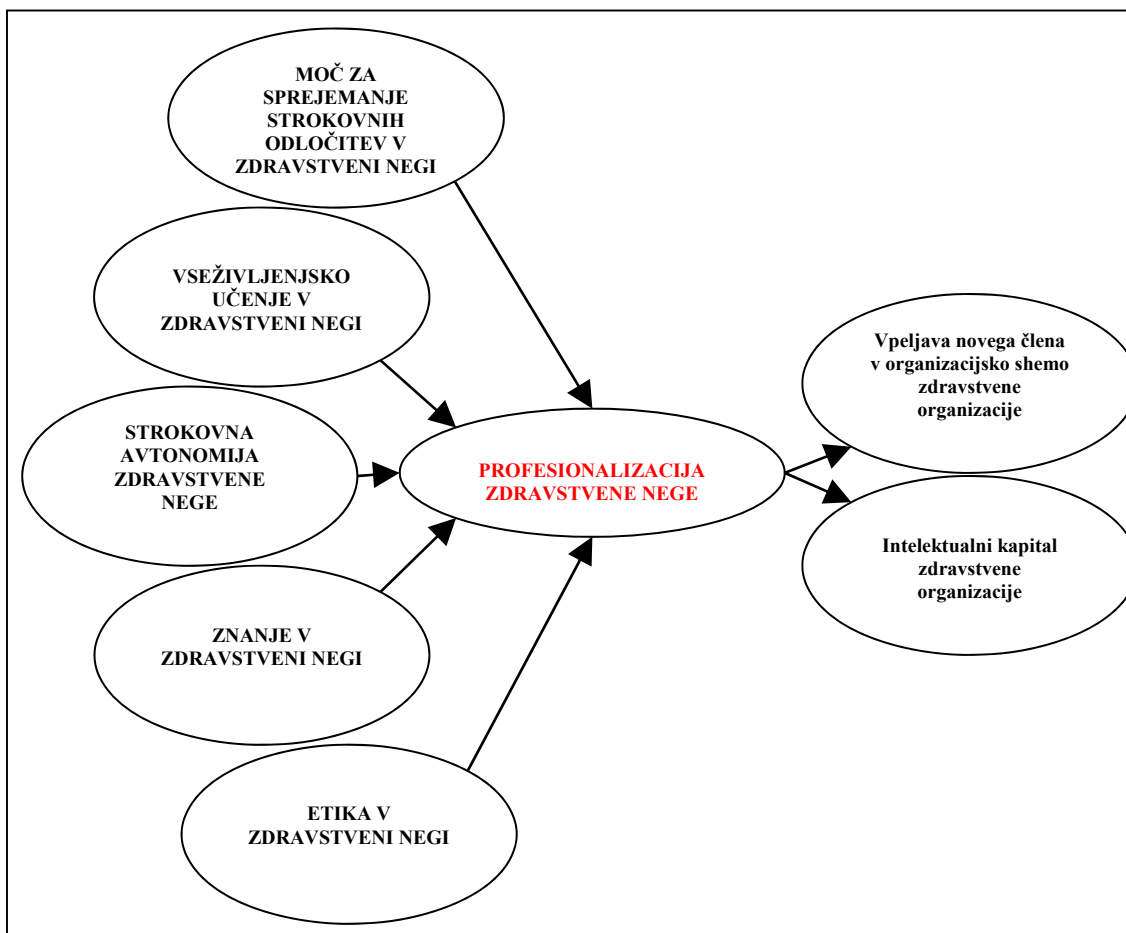
Hipoteze, ki jih bomo preverjali v empirični analizi, so oprte na bolj elaboriran konceptualni raziskovalni model (Slika 2.2); model uvaja glavne sestavine, za katere teoretično predpostavljamo, da so najbolj povezane s (a) profesionalizacijo zdravstvene nege v Sloveniji in posledično vplivajo tudi na (b) akumulirani intelektualni kapital zdravstvene organizacije.

## 2.6 Omejitve raziskovalnega načrta

V argumentativnih poglavjih doktorske disertacije sta prisotni dve vrsti omejitev, in sicer teoretske in metodološke omejitve.

**Teoretska omejitev.** V sociologiji profesij je opredelitev koncepta profesionalizacije poklicev zelo razpršena in heterogena. To je opazno pri mnogih avtorjih in raziskovalcih, ki v svojih delih predstavljajo profesionalizacijo z drugimi »dopolnilnimi« elementi. Zato lahko postavimo tezo, da so dopolnilni elementi v konceptu profesionalizacije lahko tudi upravičeni, saj obstajajo v razmerju družbe do profesij t. i. *povratna zanka*. Družbene spremembe se namreč (ne)posredno odražajo tudi v delovanju profesij, obenem pa družbo in družbene odnose sestavljajo posamezniki, ki so (lahko) tudi člani profesionalnih skupin.

Slika 2.2: Razčlenjen konceptualni model za preverjanje teze in hipotez disertacije



Vir: Starc 2011b

Spremembe v intraprofesionalnih razmerjih vplivajo na: (i) delovanje članov profesionalne skupine oziroma na delovanje profesije, kar lahko hkrati pogojuje (ii) spremembe družbenih odnosov. Dodaten zaplet je še dejstvo, da v Sloveniji še »ne obstaja jasna teoretična opredelitev koncepta poklica« (Kramberger 1999, 42), kar pogosto privede tudi do diverzifikacije razumevanja profesionalizacije. Omejili smo se na koncepte:

- **Znanje.** S teorijo produkcije organizacijskega učenja smo analizirali uporabno znanje, ki ga praktiki zdravstvene nege uporabljajo v vsakodnevnem poklicnem življenju.
- **Profesionalizacija poklica.** Sistematično smo opisali vpliv znanja na profesionalizacijo poklica zdravstvene nege z vidika praktikov in profesionalnega menedžmenta zdravstvene nege ter krovnega menedžmenta zdravstvene organizacije. Na tem teoretičnem odseku smo s teorijo značilnosti posebej izpostavili profesionalne značilnosti zdravstvene nege, in sicer znanje, moč in etiko. Druge teoretične opredelitve profesionalizacije poklicev smo samo na kratko omenili oziroma abstrahirali (do ravni ujemanja s koncepti, ali pa smo jih v operacionalizaciji opustili).
- **Profesionalni in kadrovski menedžment zdravstvenih organizacij.** Zdravstvene organizacije bomo analizirali kot organizacije z birokratsko strukturo. Tukaj bomo poskušali integrirati koncepte učeče se organizacije in organizacije znanja, ki služijo kot promotorji uspešnega preoblikovanja zdravstvenih organizacij.

**Metodološka omejitev.** V doktorski disertaciji bomo proučevali poklic zdravstvene nege v zdravstvenih organizacijah na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji. V poklicni strukturi zdravstvene nege in na vseh ravneh zdravstvenega varstva je v slovenskem prostoru sicer prisotnih šest poklicnih profilov<sup>8</sup>, od katerih pa bomo s strategijo stratificiranega kvotnega vzorca izbrali le ožje, profesionalno naj značilnejšo jedro praktikov, tj. osebe z višješolsko, visokostrokovno in univerzitetno kvalifikacijo (višje medicinske sestre/višje medicinske tehnike in

---

<sup>8</sup> Ur. l. RS 82/2004, 10006. Poklicni profili v zdravstveni negi: bolničar/-ka, srednja medicinska sestra/medicinski tehnik, zdravstveni tehnik/-ca, višji medicinski tehnik/višja medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra, profesor/-ica zdravstvene vzgoje.



diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike, profesorji zdravstvene vzgoje).

## **2.7 Metodološki instrumentarij po fazah raziskovanja**

Teoretični del argumentacije teze smo izvedli s primerjalno analizo domačih in tujih pisnih virov, s poudarkom na že opravljenih raziskavah s področja (upravljanja) človekovega kapitala in intelektualnega kapitala v organizacijah (kombinacija induktivne analize metode, metode abstrakcije, teoretskega raziskovanja in razlage ter primerjalne metode). V empiričnem delu smo uporabili podatke iz lastnih empiričnih poizvedb in kombinacijo različnih metodoloških pristopov. V empiričnem delu bomo tako lahko preverjali prisotnost/odsotnost in jakost opredeljenih determinant ter faktorjev, nakazanih v konceptualnem modelu raziskovanja (Slika 2.1 in Slika 2.2), ki v slovenskem kontekstu vplivajo na aktualno doseženo stopnjo profesionalizacije poklica zdravstvene nege.

### **2.7.1 Faze empiričnega raziskovanja**

V grobem lahko izvedene faze empiričnega raziskovanja razčlenimo v naslednje korake:

- priprava merskega instrumentarija in vzorčnih načrtov za zbiranje podatkov med pripadniki opazovanih segmentov populacije (praktiki, menedžment),
- anketiranje vzorca praktikov zdravstvene nege,
- intervjuji z menedžmentom zdravstvene nege,
- urejanje zbirk podatkov (ankete, intervjuji),
- računanje numeričnih indeksov v anketni raziskavi (za konstrukte na osnovi konceptov raziskovalnega modela),
- zgoščevanje besedilnih informacij (atributivnih spremenljivk), pridobljenih iz intervjujev z menedžmentom,
- opisna (uni- in bivariatna) analiza odgovorov na anketo med praktiki zdravstvene nege,

- opredelitev kontrolnih spremenljivk, bivariatna povezava indeksov profesionalizacije s kontrolnimi spremenljivkami,
- preverjanje zanesljivosti in veljavnosti merjenja konceptov na dva načina: neposredno (Cronbachov alfa, apriorno določene sestavine indeksov) in posredno (eksploratorna faktorjska analiza vseh v analizo vključenih spremenljivk),
- preverjanje veljavnosti končnega regresijskega modela glede statistične značilnosti povezav faktorjev profesionalizacije z doseženo stopnjo profesionalizacije zdravstvene nege,
- primerjava delnih ugotovitev, interpretacija, priporočila.

V ciljno populacijo raziskovanja so bile vključene tri skupine zaposlenih v zdravstveni negi: najprej zaposleni na področju zdravstvene nege s postsekundarno izobrazbo, ki tvorijo jedro dejavne poklicne skupnosti zdravstvene nege v Sloveniji; nato člani profesionalnega menedžmenta zdravstvene nege in, končno, krovni menedžment zdravstvenih organizacij. Za zbiranje informacij smo razvili posebne merske inštrumente, ki smo jih uporabili v različnih fazah empiričnega raziskovanja. Z njimi smo, prvič, anketirali vzorec praktikov zdravstvene nege (praktike in člane profesionalnega menedžmenta zdravstvene nege – mikro raven sistema) in nato, drugič, po informacijah z višjih ravni organizacijskega odločanja (strukturirani intervju z menedžerji zdravstvenih organizacij – mezo raven sistema) lahko prešli, tretjič, na primerjalno analizo statističnih in dinamičnih specifik poklicne skupine oziroma profesije (mezo raven) v zdravstveni poklicni verigi v Sloveniji. Empirični del doktorske disertacije, katerega namen je preverjanje doktorske teze, se osredotoča na mikro in mezo raven analize.

V raziskovanju smo razpolagali z dvema instrumentoma za zbiranje podatkov in empiričnih gradiv s terena: pri zaposlenih v zdravstvenih organizacijah (populacija na področju zdravstvene nege s postsekundarno izobrazbo in za člane profesionalnega menedžmenta zdravstvene nege) smo uporabili *anketni vprašalnik*, za krovni menedžment zdravstvenih organizacij pa smo uporabili *strukturirani intervju*. Oba instrumenta podrobneje opisujemo v nadaljevanju.

### 2.7.2 Anketni vprašalnik med praktiki zdravstvene nege

Za zbiranje podatkov med praktiki zdravstvene nege smo uporabili prilagojen anketni vprašalnik (Priloga A) avtorjev Hampton in Hampton (2000). Avtorja sta leta 1998 v ZDA izvedla eksplorativno raziskavo na področju profesionalizacije babištv, v kateri je sodelovalo 685 anketirancev. Na podlagi pisnega soglasja vodilnega avtorja (Priloga B) smo v eksploratorni raziskavi uporabili njun anketni vprašalnik (Priloga C) z večino izvornih trditvev, nekatere pa smo prilagodili slovenskim razmeram. Nekatere trditve smo izločili in nekatere dodali zaradi prilagoditve slovenskim razmeram, da bi povečali vsebinsko veljavnost. Zaradi eksplorativne raziskave identifikacije elementov profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji namreč nekatere postavke, ki se nanašajo na nagrajevanje, odnose in zadovoljstvo na delovnem mestu (glej Priloga C), ne predstavljajo vsebin eksplorativne raziskave. Postavke profesionalizacija in avtonomija, vseživljenjsko učenje, znanje, profesionalna moč in etika v zdravstveni negi so nujne za celovito sliko o slovenskih razmerah. Ocenjevalno lestvico smo iz sedemstopenjske preoblikovali v štiristopenjsko, da bi skrajšali in poenostavili odgovarjanje ter s tem povečali odziv, tako v smislu nižjega deleža neizpolnjenih anket kot v smislu nižjega deleža neodgovorjenih posameznih postavk. Hkrati smo se s štiristopenjsko lestvico, ki zaradi odsotnosti nevtralne vrednosti sicer ni več Likertovega tipa, kakršna je izvorna, želeli izogniti napaki sredine (Kahneman in Tversky 1973, 237–251; Tversky in Kahneman 1974, 1124–1131; Marentič Požarnik 2003, 259–279), do katere pogosto pride pri ocenjevalnih in stališčnih lestvicah, kadar anketiranci do predmeta ocenjevanja nimajo jasno oblikovanega mnenja oziroma stališč. S štiristopenjsko lestvico po mnenju Garlanda (1991, 66) so anketiranci »primorani« definirati izbiro. Avtor tudi navaja, da ne vpliva na zanesljivost rezultatov. V nadaljevanju Adelson in McCoach (2010, 797) tudi navajata, da se pri petstopenjski lestvici anketiranci pogosteje odločajo za vmesno/nevtralno stopnjo in izbire ne definirajo. Matell in Jacoby (1972) sta tudi dokazala, da se z večanjem števila merskih stopenj lestvice pri anketirancih zmanjšuje uporaba izbire vmesne/nevtralne stopnje. Sestava merske lestvice pa je tudi odvisna od reakcij anketirancev na psihološki objekt (Arul 2010).

Raziskava je presečnega tipa, torej smo podatke zbrali v eni časovni točki, kar ne omogoča spremljanja dinamike pojava profesionalizacije (časovnih sprememb). Podatke smo zbirali s preverjenim anketnim vprašalnikom. Vprašalnik vsebuje vprašanja zaprtega in odprtega tipa ter seznam trditev s poenoteno lestvico strinjanja.<sup>9</sup>

Anketni vprašalnik vsebuje 69 vprašanj (66 zaprtih in 3 odprta vprašanja). Poleg demografskih značilnosti vzorca in procesa izobraževanja ter učenja je anketni vprašalnik vseboval pet lestvic, ki merijo profesionalizacijo, avtonomijo zdravstvene nege, vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi, znanje v zdravstveni negi, profesionalno moč v zdravstveni negi (v raziskovalnem modelu smo jo poimenovali kot moč za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi) in etiko v zdravstveni negi.

Vzorčni načrt anketne raziskave je bil naslednji: vključeni so bili posamezniki iz zdravstvenih organizacij na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva. Vzorec zdravstvenih organizacij je (na podlagi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ZZZS<sup>10</sup>) sledil razdelitvi na območne enote (v nadaljevanju OE). V vsaki OE smo z žrebanjem izbrali po dve zdravstveni organizaciji, eno na primarni in drugo na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Izjema je bila OE Ljubljana, kjer smo za primarno raven nenaključno izbrali Zdravstveni dom Ljubljana, za sekundarno raven Bolnišnico dr. Petra Držaja in za terciarno raven Univerzitetni klinični center Ljubljana ter Onkološki inštitut. Zbiranje podatkov je potekalo od 4. marca do 29. avgusta 2008.

Od poslanih 1540 anketnih vprašalnikov smo jih prejeli 633. Od teh je bilo pomanjkljivo izpolnjenih 43 anketnih vprašalnikov. V analizo je bilo sicer vključenih tudi 43 pomanjkljivo izpolnjenih anketnih vprašalnikov, pri katerih pa smo upoštevali samo popolne odgovore. Velikost realiziranega (anketiranega) vzorca je bila torej 633. Stopnja realizacije vzorca je bila glede na populacijo 11,97 %, glede na odzivnost anketirancev pa 41,10 %.

---

<sup>9</sup> Analiza podatkov iz vprašalnika je izvedena s programskim orodjem SPSS 13.0 (Priloga E 1 – E 8).

<sup>10</sup> Območne enote (OE) in izpostave ZZZS: Celje, Koper, Krško, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo Mesto, Ravne na Koroškem.

Posploševanje iz vzorca na populacijo zaposlenih v zdravstveni negi smo izvedli na podlagi podatkov Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Zaradi podobne strukture zaposlenih in zaradi (vertikalne) organizacijske členitve sistema zdravstva v Sloveniji na tri ravni je bila proučevana populacija (zdravstvene organizacije in pripadajoči posamezniki) razdeljena v naslednje tri skupine:

skupina A = zdravstvene organizacije in posamezniki na primarni ravni zdravstvenega varstva (zdravstveni domovi),

skupina B = zdravstvene organizacije in posamezniki na sekundarni ravni zdravstvenega varstva (splošne bolnišnice in specialistične ambulante),

skupina C = zdravstvene organizacije in posamezniki na terciarni ravni zdravstvenega varstva, to so univerzitetne klinične ustanove (Univerzitetni klinični center) in univerzitetni inštituti (npr. Onkološki inštitut).

Pri vseh skupinah anketiranih oseb smo proučevali iste spremenljivke, za katere pa domnevamo, da se med skupinami po kvantiteti in kvaliteti razlikujejo, tudi njihove medsebojne povezave naj bi bile (sistematično) različne.

### **2.7.3 Strukturirani intervjuji z menedžmentom**

V drugem sklopu smo opravili kvalitativne vpoglede v proučevani pojav (stopnja dosežene profesionalizacije, faktorji in determinante). Uporabili smo strukturirani intervju z vodilnimi osebami v zdravstvenih organizacijah (Priloga Č). Opravili smo intervjuje s predstavniki krovnega in profesionalnega menedžmenta. Strukturirani intervju je bil opravljen na ravni krovnega (dva intervjuja) in profesionalnega menedžmenta (en intervju). Intervju je bil usmerjen predvsem na področje ugotavljanja podpore menedžmenta pri vseživljenjskem učenju zaposlenih in ugotavljanja intenzitete vlaganj v izobraževanje kot osnovo oblikovanja intelektualnega kapitala zdravstvenih organizacij (raziskovalna in razlagalna analiza). Strukturirani intervju je vseboval dvanajst odprtih vprašanj, in sicer vprašanja od 1 do 3 o vlogi znanja izvajalcev zdravstvene nege v organizaciji, vprašanja od 4 do 6 o profesionalizaciji in avtonomiji zdravstvene nege, vprašanja od 7 do 9 o vseživljenjskem učenju praktikov zdravstvene

nege v organizaciji, vprašanji 10 in 11 o znanju v zdravstveni negi in vprašanji 12 ter 13 o moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi.

#### **2.7.4 Tvorba indeksov profesionalizacije (numerični opis konceptov/konstruktov)**

Sklopi trditev iz anketnega vprašalnika predstavljajo podatkovno osnovo za oblikovanje kazalnikov, ki opisujejo posamezne sestave razčlenjenega raziskovalnega modela. Svoja strinjanja s trditvami so anketiranci lahko ocenili s štiristopenjsko lestvico. Za vsako sestavino/konstrukto konceptualnega modela je bil iz ustreznih trditev oblikovan numerični indikator oziroma indeks tega raziskovalnega konstrukta/koncepta (Stare in Seljak 2006). Na primer, v anketnem vprašalniku (II. del: profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege) smo na podlagi podanih definicij profesionalizacije (Abbott 1988) in avtonomije (Giddey 1995) razvrstili trditve v dve skupini. Na podlagi Abbottove definicije profesionalizacije smo v prvo skupino (profesionalizacija v zdravstveni negi) razvrstili naslednje trditve:

- Redno berem strokovne revije s področja zdravstvene nege.
- V zdravstveni negi se zavedamo lastnih kompetenc.
- Zdravstvena nega je nujno potreben poklic.
- Večina pripadnikov(-ic) zdravstvene nege bi ostala v poklicu, čeprav bi se znižali osebni dohodki.
- Pri svojem delu sem strokovnjak(-inja).
- Pripadniki(-ce) zdravstvene nege imajo interes spodbujati napredek stroke.

Na podlagi Giddeyevе (1995) definicije avtonomije smo v drugo skupino (strokovna avtonomija v zdravstveni negi) razvrstili naslednje trditve:

- Imam priložnost presoјati o delu kolegov in kolegic.
- Pri svojem delu sprejemam samostojne odločitve.
- Moje odločitve v zvezi z delom niso pod vplivom kritik kolegov(-ic).
- Samostojno lahko ugotavljam vse bolnikove potrebe.

Indeksi so bili izračunani kot aritmetične sredine vrednosti upoštevanih trditev. Zanesljivost posameznih indeksov smo izračunali na osnovi metode faktorske analize (Stare in Seljak 2006, 226). V prvi fazi smo preverili, kakšne merske karakteristike

imajo trditve znotraj posameznih sestavin raziskovalnega modela in kako dobro predstavljajo področje, ki ga preučujemo. Test notranje konsistence opredeljenih indeksov smo izvedli s Cronbachovim alfa koeficientom. Vrednost za Cronbachov alfa koeficient za odvisno spremenljivko, tj. indeks profesionalizacije zdravstvene nege, je bil sprejemljiv ( $\alpha = 0,75$ ). Razen za indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege ( $\alpha = 0,52$ ), ostale izračunane vrednosti kažejo na razmeroma visoko stopnjo zanesljivosti merjenja neodvisnih spremenljivk: indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi ( $\alpha = 0,88$ ), indeks znanja v zdravstveni negi ( $\alpha = 0,87$ ). Profesionalno moč v zdravstveni negi smo poimenovali kot indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi ( $\alpha = 0,88$ ) in indeks etike v zdravstveni negi ( $\alpha = 0,64$ ).

Veljavnost indeksov je bila preverjena tudi drugače, z eksploratorno faktorsko analizo vseh 57 trditev iz anketnega vprašalnika (Priloga E.4). Preverjeno je bilo, kako se na ta način dobljeni faktorji ujemajo z apriorno (vnaprejšnjo) opredelitvijo sestavin profesionalizacije na osnovi združevanja vnaprej definiranih skupin trditev v indekse (postopek indeksacije). Rezultati so pokazali, da je uporabljen merski instrumentarij dovolj veljaven (da torej meri pojav, ki ga želimo meriti) in da so posamezni koncepti tudi izmerjeni dovolj zanesljivo.

### **2.7.5 Povezanost indeksov profesionalizacije in kontrolnih spremenljivk**

Ugotavljali smo povezanosti faktorjev oziroma determinant profesionalizacije s kontrolnimi spremenljivkami. Uporabljene so bile naslednje kontrolne spremenljivke, ki opisujejo lastnosti anketiranega posameznika in delovno okolje, v katerem ta deluje:

- spol,
- starost,
- število let delovne dobe,
- dosežena stopnja izobrazbe,
- delovno mesto v zdravstveni organizaciji,
- raven zdravstvene organizacije,
- oblike izobraževanja in učenja,
- udeležba v procesu izobraževanja in učenja,

- aktivnost udeležbe v procesu izobraževanja in učenja,
- vlaganje krovnega menedžmenta zdravstvene organizacije v zaposlenega.

Povezanost posameznih sestavin (faktorjev) profesionalizacije s skupno stopnjo profesionalizacije zdravstvene nege lahko spremljamo na dveh ravneh: na ravni posameznih kazalnikov/trditev (57) in na ravni indeksov sestavin raziskovalnega modela (6). Kot opisna statistika pri izračunavanju indeksov je bila uporabljena navadna aritmetična sredina.

### **2.7.6 Zaključni multivariatni regresijski model**

V sklepnem koraku empirične faze raziskovanja smo opredelili multivariatni regresijski model, s katerim preverjamo povezanost sestavin oziroma faktorjev profesionalizacije (neodvisne spremenljivke) in subjektivno ocenjene stopnje dosežene profesionalizacije zdravstvene nege (odvisna spremenljivka). V modelu so opredeljeni in ocenjeni samo učinki glavnih faktorjev; interakcij med faktorji samimi v modeliranju nismo opredelili in ocenjevali.

Za vse korake empirične analize in za obdelavo zbranih numeričnih podatkov (spremenljivk) so bile torej izračunane oziroma uporabljene naslednje tehnike:

- Izračunane so bile mere centralne tendence in mere razpršenosti (univariatna analiza).
- Porazdelitve vrednosti dveh spremenljivk so opisane z dvorazsežnimi frekvenčnimi preglednicami (bivariatna analiza, hi-kvadrat statistika).
- Uporabljena je bila metoda ugotavljanja notranje konsistentnosti (Cronbachov alfa) za oceno zanesljivosti merjenja indeksov (faktorska analiza).
- Ugotavljanje povezanosti med predlaganimi kontrolnimi spremenljivkami in indeksi je temeljilo na indeksaciji, F-testu, linearni regresiji.
- Za druge spremenljivke, ki so bile pomembne za realizacijo raziskovalnega modela, smo uporabili faktorsko analizo, hi-kvadrat in linearno regresijo na osnovi indeksov.



## 2.8 Obdelava besedilnih sporočil

Pri zbiranju empiričnega gradiva je bilo postavljenih tudi nekaj odprtih vprašanj, za katere smo zbrali odgovore v obliki besedil. To gradivo je bilo obdelano z metodami za analizo atributivnih spremenljivk (preurejanje, kodiranje odgovorov v nekaj kategorij, razvrščanje).

### 2.8.1 Atributivni podatki anketnega vprašalnika

Za analizo atributivnih podatkov anketnega vprašalnika smo uporabili:

- Pri analizi odgovorov na odprta vprašanja v anketnem vprašalniku je bil pri metodi analize vsebine uporabljen kvalitativni pristop (Strauss 1995; Bowling 2002). Dobesedne transkripcije odgovorov so bile osnova za identifikacijo glavnih tem in kategorij. Na tej osnovi je bila izdelana shema za kodiranje odgovorov.
- Na osnovi prve trditve: *Profesionalec(-ka) zdravstvene nege je avtonomni(-a) strokovnjak(-inja), ki v zdravstvenem timu enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja*, so bili transkripti odgovorov na prvo vprašanje razdeljeni v tri glavne kategorije: *KAJ (Kaj je strokovna avtonomija zdravstvene nege?)*, *KDO (Kdo je profesionalc zdravstvene nege?)* in *KAKO (Kako profesionalc zdravstvene nege v zdravstvenem timu enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja?)*. Za vsako kategorijo je sledilo kodiranje.
- Na osnovi drugega vprašanja: *Profesionalizacija zdravstvene nege je:* so bili transkripti odgovorov razdeljeni v tri glavne kategorije. Glavne kategorije izhajajo iz prevzete skrajšane definicije:<sup>11</sup> »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. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi

---

<sup>11</sup> Zbornica zdravstvene in babiške nege. Skrajšana definicija zdravstvene nege po ICN (2002).

*zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter menedžmenta zdravstvenih sistemov in izobraževanje*«.

- Osnova za prvo glavno kategorijo: *KAJ (Kaj je profesionalizacija zdravstvene nege?)* izhaja iz prvega dela definicije, ki se glasi: *Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih.*
- Osnova za drugo glavno kategorijo je drugi del definicije: *KDO (Kdo je profesionalec v zdravstveni negi: kdo izvaja zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter menedžmenta zdravstvenih sistemov in izobraževanje?)*.
- Osnova za tretjo glavno kategorijo je tretji del definicije: *KAKO (Kako profesionalci zdravstvene nege uresničujejo samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih?)*.
- Za vsako kategorijo je sledilo kodiranje.

## **2.8.2 Atributivni podatki strukturiranih intervjujev**

Pri analizi odgovorov strukturiranega intervjuja je bil po analizi uporabljen kvalitativni pristop (Strauss 1995; Bowling 2002). Dobesedne transkripcije odgovorov so bile osnova za identifikacijo glavnih tem in kategorij. Na tej osnovi je bila izdelana shema za kodiranje odgovorov.

## **2.8.3 Postopki analize besedil (kodiranje v kategorije)**

Predmet kvalitativne analize so bili transkripti besedilnih odgovorov iz anketnega vprašalnika oziroma transkripti komentarjev trditev:

1. Profesionalec(-ka) zdravstvene nege je avtonomni(-a) strokovnjak(-inja), ki v zdravstvenem timu enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja.
  - KAJ (219 odgovorov, 10 strani transkriptov),
  - KDO (98 odgovorov, 6 strani transkriptov),
  - KAKO (29 odgovorov, 2 strani transkriptov).
2. Profesionalizacija zdravstvene nege je:
  - KAJ (137 odgovorov, 7 strani transkriptov),
  - KDO (28 odgovorov, 2 strani transkriptov),
  - KAKO (153 odgovorov, 9 strani transkriptov).

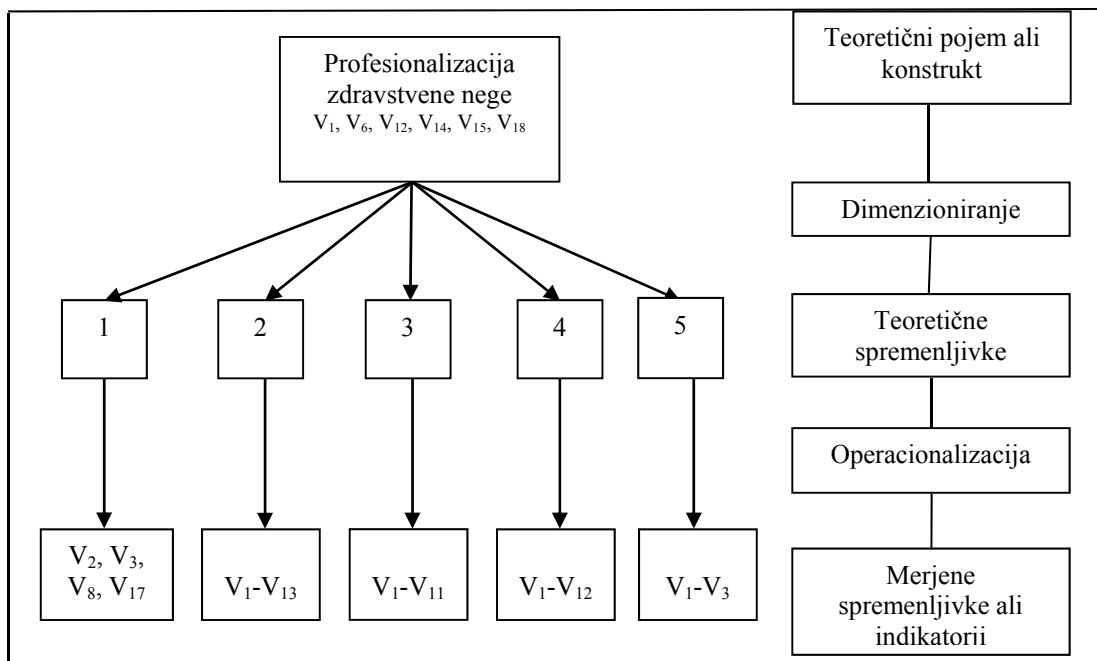
Predmet kvalitativne analize besedil so bili tudi transkripti odgovorov iz strukturiranih intervjujev glede naslednjih tematik:

1. vloga znanja izvajalcev zdravstvene nege v organizaciji (3 odgovori, 3 strani transkriptov),
2. profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege (3 odgovori, 3 strani transkriptov),
3. vseživljenjsko učenje izvajalcev zdravstvene nege v organizaciji (3 odgovori, 3 strani transkriptov),
4. znanje v zdravstveni negi (3 odgovori, 3 strani transkriptov),
5. profesionalna moč v zdravstveni negi (3 odgovori, 3 strani transkriptov).

## **2.9 Operacionalizacija raziskovalnega modela za empirično analizo**

V doktorski disertaciji smo za empirično analizo uporabili raziskovalni model (Slika 2.3), ki je sestavljen iz sestavin, za katere teoretično predpostavljamo, da so povezane s (a) profesionalizacijo zdravstvene nege in posledično vplivajo na (b) intelektualni kapital zdravstvene organizacije.

Slika 2.3: Operacionalizacija raziskovalnega modela



Vir: Povzeto po Ferligoj, Leskovšek in Kogovšek 1995, 6.

Legenda: V<sub>n</sub> = trditve v anketnem vprašalniku; 1 – Moč sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi; 2 – Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi; 3 – Strokovna avtonomija v zdravstveni negi; 4 – Znanje v zdravstveni negi; 5 – Etika v zdravstveni negi.

## II TEORETSKI DEL

### 3 Poklicna skupina zdravstvene nege in njen zgodovinski razvoj

Laična interpretacija pomena zdravstvene nege je zgodovinsko pogosto v povezavi s skrbjo (v splošnem) (angl. *caring*). Nekateri jo povezujejo z identiteto žensk ali s človeško identiteto, ki je ločena od kulturnih in strukturnih značilnosti (Reverby 2005, 236–239). V nadaljevanju bodo tako v strnjeni obliki predstavljeni mejniki razvoja zdravstvene nege.

#### 3.1 Mejniki zgodovinskega razvoja zdravstvene nege

Zgodovinski razvoj poklica zdravstvene nege je opredeljen s štirimi mejniki. To so t. i. intuitivno-empirična doba (do 6. st. n. št.), doba organiziranega priučevanja (od leta 500 do leta 1860), doba modernega sestristva (med letoma 1860 in 1945) in doba sodobne zdravstvene nege (od leta 1945) (Štebe 1996).

V »intuitivno empirični« dobi je negovanje bolnikov potekalo z zelo preprostimi postopki (npr. božanje, gnetenje, uporaba toplote, mraza in zelišč), temeljilo je na osebnih izkušnjah (na bolnikovem domu, v ustanovah, podobnim bolnišnicam) ter v obliki priložnostnega in stalnega dela. Skrb za bolnike je bila prepuščena svečnikom in svečenicam (v polreligioznih redovih pa vdovam, neporočenim ženskam, služinčadi, učencem zdravnikov in najetim delavcem). Sledila je doba organiziranega priučevanja. Negovanje je bilo v skrbi redovnic, prostovoljk, služabnikov in najetih delavcev. Negovanje bolnikov je potekalo v samostanskih bolnišnicah, hospitalih (gostišča in zavetišča za popotnike, ranjene ter bolne) in mestnih bolnišnicah (gostišča s prenočišči in oskrbo). Negovanje kot delo se je pojavljalo v obliki priložnostnega in stalnega dela. V obdobju od leta 1000 pa do leta 1700 je bilo zaslediti zametke organiziranega priučevanja, porasta medicine in leta 1633 zametke formalnega izobraževanja za poklic negovalke (program usposabljanja je trajal dva meseca in s petletno prakso, ki vsebinsko ni bila določena). Med letoma 1700 in 1860 napredni francoski in angleški zdravniki začnejo pisati učbenike o negi in negovanje postane del obveznega ženskega

dela. Leta 1753 je bila v Ljubljani ustanovljena babiška šola. Program šolanja je zagotavljal usposabljanje za pomoč pri porodu, za nego otročnice in novorojenca. Program usposabljanja je trajal dva meseca (Baly 1995, 13–118; Štebe 1996).

Zgodovinski pregled prikazuje zdravstveno nego kot plačano dejavnost, ki je svojo institucionalno dejavnost pridobila z nastankom mestnih bolnišnic. Sčasoma se je pojavila potreba po »izobraženem« opazovalcu bolnikovega stanja. Opazovanje bolnikovega stanja je bilo v domeni zdravnikov, ki so se učili, in negovalk/služkinj. »Lahko govorimo o pričetkih organizirane zdravstvene nege, ki je nastala zaradi potreb zdravnikov po določeni kategoriji pomožnih delavcev.« (Pahor 2006, 22).

Za dobo »modernega sestriinstva« je bilo značilno, da ima zdravnik nadzor nad priučevanjem, iz česar izhaja subordinacija te specifične delovne skupine. Eden izmed vzrokov subordinacije je tudi spolna in slojna diskriminacija, ki je vplivala na ugled tega poklica v družbi. V tem obdobju srečamo Florence Nightingale,<sup>12</sup> izobraženo aristokratinjo, ki je na podlagi osebne negovalne izkušnje spoznala, da sta za lajšanje bolnikovih težav in trpljenja potrebna tudi obsežno znanje ter spretnost.

Od leta 1945 smo priča dobi sodobne zdravstvene nege. Štebe (1996, 19) tako predstavlja letnice, ki simbolizirajo napredek zdravstvene nege:

- 1948: Šola za medicinske sestre v Ljubljani (leta 1949 postane štiriletna),
- 1951: sprejem kandidatk, ki imajo končano srednjo šolo,
- 1954: Višja šola za medicinske sestre,
- 1962: Višja šola za zdravstvene delavce,
- 1993: Visoka šola za zdravstvo,
- 1993: Univerzitetni študij zdravstvene vzgoje v sodelovanju s Pedagoško fakulteto v Ljubljani (ibid., 19).

Leta 2009 se je Visoka šola za zdravstvo preoblikovala v Zdravstveno fakulteto.

Začetnica sodobne profesionalizacije zdravstvene nege je bila Ethel Bedford-Fenwick,<sup>13</sup> ki je bila po konceptu dela nasprotnica Florence Nightingale. Za zdravstveno nego je kot osnovo za poklicno delo želela doseči registracijo z državnim izpitom. Pomemben

---

<sup>12</sup> Florence Nightingale (1820–1910) je bila začetnica moderne zdravstvene nege.

<sup>13</sup> Ethel Bedford-Fenwick (1856–1947).

korak k profesionalizaciji zdravstvene nege je bil storjen leta 1919 v Angliji s sprejetjem zakona o registraciji medicinskih sester. Z zakonsko podlago je zdravstvena nega pridobila nekatere značilnosti profesije: specializirano izobraževanje, profesionalno organizacijo ter državno registracijo. Toda začetki profesionalizacije zdravstvene nege so le nekoliko povečali avtonomijo pri delu in nagrade za opravljeno delo. Učinkovit profesionalni projekt zdravstvene nege zasledimo v Angliji od leta 1888 do leta 1919 (povzeto po Pahor 2006). To obdobje zaznamuje začetek demarkacije (označevanja) teritorija in družbenega zapiranja ter uspešno pojmovanje zdravstvene nege kot profesije. Angleški »profesionalni projekt zdravstvene nege« je vodila sama poklicna skupina zdravstvene nege, ki si je s sistemom državne registracije (Witz 1992) uspešno pridobila formalni status profesije.

Kronološki pregled težavnega uveljavljanja profesionalizacije zdravstvene nege lahko navežemo na Florence Nightingale. Nightingalova je uveljavila popolno subordinacijo zdravstvene nege zdravniški profesiji in v zgodovinskem okviru tudi zagotovila javno priznано ter plačano delo za ženske (kar je tedaj pomenilo tudi vstop žensk v zdravstveni sistem). Pahorjeva (2006) pravi, da je Florence Nightingale s preoblikovanjem zdravstvene nege iz obrti v profesijo razvila strategijo podrejenosti zdravstvene nege navzven (zdravnikom) in s tem ohranila samostojnost navznoter (notranja poklicna hierarhija).

Prisotnost in privolitev k nenehnemu pritisku v podrejenost lahko na področju zdravstvene nege zasledimo že pri njeni ustanoviteljici Florence Nightingale. Razloge takratne privolitve k podrejenosti je treba poiskati v tedanjih družbenih razmerah, prepričanjih in prevladujoči družbeni ideologiji. Toda z vstopom v industrijsko družbo z družbeno delitvijo dela, nadalje z vstopom v postindustrijsko družbo in nato v družbo znanja se je za zdravstveno nego nenehni pritisk k podrejenosti kvečjemu stopnjeval. V omenjenih obdobjih se je nadaljevala in hkrati stopnjevala »kulturna tradicija« zanemarjanja zdravstvene nege kot integralne in avtonomne enote v zdravstveni poklicni verigi.

Treba je izpostaviti dejstvo, da je med pripadniki zdravstvene nege prevladovala relativno nizka stopnja izobraženosti<sup>14</sup> (do V. stopnje izobrazbe), kar je pripadnikom zdravstvene nege omogočalo oziroma dovoljevalo opravljanje le določenih in razmeroma skromnih (zdravstveno)negovalnih opravil/posegov (po naročilu zdravnika). Omenjeni nizko izobraženi kadrovski strukturi sta podrejena vloga in posledično zanikanje integracije pravzaprav omogočila obiti profesionalno odgovornost. Pripadniki tedanje zdravstvene nege so izvajali le zdravnikova naročila.

Opredelitev zdravstvene nege zajema posebno področje. Nekateri avtorji definirajo ali nakazujejo določene značilnosti zdravstvene nege. Fawcettova (2000a) je zdravstveno nego definirala precej metapragmatično kot »dejanje s strani praktika zdravstvene nege na podlagi prepričanja ali v povezavi z osebo in cilji dejanja« (ibid., 5). King (1981) zdravstveno nego ocenjuje kot dejanja, reakcije in interakcije (ibid., 2). Delo praktikov zdravstvene nege je mogoče opredeliti »kot znanje za človekovo dobrobit« (Rogers 1994, 34). Rizzo Parse (1997) razpravlja o zdravstveni negi kot disciplini, praksi, ki je pravzaprav »umetnost«, Manhart Barrett (2002) pa trdi, da je zdravstvena nega ena temeljnih vrst uporabe znanja. Podrobnejše opredelitve zdravstvene nege navajajo Bohinc in Cibic (1993) ter Cibic in drugi (1999).

Iz navedenega lahko povzamemo, da je zdravstvena nega opredeljena kot zdravstvena disciplina, ki obravnava posameznika, družino in družbeno skupnost s ciljem doseči čim višjo stopnjo zdravja. Naloga zdravstvene nege je bolnikom in zdravim ljudem omogočati neodvisnost pri **opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti**, krepiti in ohranjati zdravje, izvajati zdravstveno nego ter sodelovati v procesu zdravljenja in rehabilitacije. Kot integralni del zdravstvenega sistema obsega promocijo zdravja,

---

<sup>14</sup> Leta 1962 je bila z zakonom ustanovljena Višja šola za zdravstvene delavce (kratica VŠZD) s programi za višje medicinske sestre, višje fizioterapevte in višje rentgenske tehnike, dve leti pozneje se priključijo še drugi programi, in sicer sanitarni inženirji in delovni terapevti. Leta 1975 postane Višja šola za zdravstvene delavce (VŠZD) integralni del Univerze v Ljubljani. Leta 1993 sledi Zakon o ustanovitvi Visoke šole za zdravstvo v Ljubljani (Ur. l. 32/1993; številka: 602-04/92-11/2-1), ki je članica Univerze v Ljubljani. Na Visoki šoli za zdravstvo (VŠZ) izvajajo sedem visokošolskih strokovnih študijskih programov. Od leta 1983 se zavzemajo za fakultetni študij, leta 1993 organizirajo univerzitetni študijski program zdravstvene vzgoje (idejno mišljen zdravstvene nege) skupaj s Pedagoško fakulteto. Leta 2009 se Visoka šola za zdravstvo preoblikuje v Zdravstveno fakulteto.



preprečevanje obolenja ter zdravstveno nego telesno in duševno bolnih ter invalidov vseh starosti v zdravstvenih ustanovah in lokalnih skupnostih.

Zveza vodstvenih delavcev v zdravstveni negi (angl. American Organization of Nurse Executives; Healthcare Leadership Alliance – HLA; Stefi 2008) govori tudi o profesionalnih kompetencah (angl. *professionalism competency*) zdravstvene nege. To je sposobnost združitve osebnostnega in organizacijskega upravljanja z etičnimi ter profesionalnimi standardi. HLA je za profesionalne skupine postavila osemnajst kriterijev/zahtev kompetentne profesionalizacije, ki so jih avtorji (Garman in drugi 2006, 219–220) združili v štiri sklope: *razumevanje profesionalnih pravil in norm* (razumevanje formalnih in neformalnih pričakovanj menedžmenta organizacije), *timsko delo* (vzdrževanje in ohranjanje dobrih povezav z drugimi, vzdrževanje in ohranjanje kolegijskih povezav), *upravljanje samega sebe* (upravljanje lastnih virov, kultiviranje etičnih in profesionalnih standardov, osebna odgovornost ter vseživljenjsko učenje) in *sodelovanje* (mentorstvo, poučevanje in raziskovanje).

Pahorjeva (2006, 19) pravi, da je opredelitev zdravstvene nege po definicijah ICN in WHO zelo široka ter ne definira posebnega prispevka te poklicne skupine; je nerealistična, saj ne upošteva zelo različne in v splošnem relativno nizke stopnje izobraženosti članov zdravstvene nege ter razlik med posameznimi državami. Z višanjem izobrazbe se načeloma dviga tudi kakovost dela, hkrati pa profesionalizacija povečuje stroške na tem področju. Ob visoki kvalifikaciji zdravstvenih delavcev je kot jamstvo za kakovost potrebna tudi etika. Za sodobno obliko organizacije dela je značilna nujnost timskega dela, ki povzroča delni razpad profesionalne identitete in spremembo odnosov med profesionalci.

Zdravstveno nego lahko koncipiramo tudi s teorijo praktičnosti (angl. *practice theory*), ki temelji na predpostavki, da ima posameznik (praktik) ustrezne kognitivne veščine in spretnosti, da je sposoben razlikovati med bolniki/posamezniki s podobno simptomatiko in zna uporabiti pravi pristop, ki je v danem trenutku naj primernejši (Marrs in Lowry 2006, 44–45).

Morrell (2004, 16–20) ponuja drugačen pogled na profesionalizacijo zdravstvene nege. Avtor je proučeval profesionalizacijo na treh dimenzijah, in sicer po dolžnostih, pravilih na delovnem mestu in družbenih pravilih. Ključna predpostavka profesionalizacije zdravstvene nege je znanje. Avtor pojmuje znanje praktikov kot razpolaganje in dostop do temeljnega znanja, prenovo ekspertiz, porazdelitev moči na podlagi znanja, kot znanje praktikov zdravstvene nege v povezavi s ponovno oceno zdravstvene nege kot vrednote, kot borbo profesionalcev za koherentno profesionalno identiteto.

Družbene potrebe in zahteve narekujejo progresivno (postopno) poudarjanje pravic uporabnikov in dolžnosti profesionalcev, da skupaj z uporabniki vpeljujejo dialog in načrtujejo delo (Svensson 2006, 581–582). V zvezi s poklicno strategijo se morajo praktiki zdravstvene nege soočiti z »logiko« trga dela, kar pomeni tudi o(ne)mogočen razvoj profesij (Fournier 2000). Na trgu dela se kaže naslednje: (1.) neodvisno profesionalno znanje poudarja kompleksnost in medsebojno odvisnost družbenih problemov, (2.) notranja pravila delovanja so nadomeščena z zunanjimi pravili (npr. zadovoljstvo uporabnikov) (ibid., 80) in (3.) uporabniki si samostojno izbirajo ponudnika servisnih storitev.

V zdravstveni poklicni verigi se poklici funkcijsko razlikujejo glede na položaj v procesu zdravljenja. Skupno prizadevanje vseh akterjev v zdravstveni poklicni verigi je zagotavljanje učinkovitega in kakovostnega delovanja celotnega sistema zdravstvenega varstva. Po definiciji Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN<sup>15</sup>) obsega zdravstvena nega avtonomno in sodelovalno/timsko skrb. Ključne naloge so zagovorništvo bolnika, promocija varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike, pri upravljanju zdravstvenih sistemov in izobraževanja. Ključne naloge zdravstvene nege prenašajo vso odgovornost na praktike zdravstvene nege, in sicer za samostojno izvedbo zdravstvenonegovalnih storitev, vseživljenjsko učenje in izobraževanje v menedžmentu, pedagogiki, andragogiki, praksi in raziskovanju (WHO 1991).

Freidson (1994) za profesionalizacijo poklicev, še zlasti za profesijo zdravstvene nege, poudarja etični vidik, kjer praktiki zdravstvene nege postavljajo interese uporabnika

---

<sup>15</sup> ICN: International Council of Nurses.

pred lastne. Nadalje ugotavlja, da je etika tudi moralno znanje, ki vsebuje oblikovanje sodb o tem, kaj je v kakšni situaciji prav in kaj narobe (ibid. 1994). Univerzalnih pravil ni, vendar ima vsako ravnanje tudi moralno komponento (Robinson in Vaughan 1993, 116). V povezavi z interesi uporabnika in interesi profesionalca je treba omeniti empirične raziskave Freidsona (1994). Avtor je v empiričnih raziskavah ugotovil, da v nekaterih realnih situacijah profesionalci zanikajo etični vidik. Člani določene profesionalne skupine uporabljajo etiko kot ideologijo, ki prispeva k pozitivni samopodobi in uveljavljanju lastnih interesov. Samoregulativnost profesije, ki naj bi zagotavljala neoporečne storitve, je uporabljena samo za zaščito lastnih članov.

Nosilci postopnega prizadevanja za profesionalizacijo zdravstvene nege so družbeni razvoj in družbene zahteve ter želje in zahteve praktikov zdravstvene nege. Vendar se med člani poklicne skupine zdravstvene nege za profesionalizacijo zavzema le ozka voditeljska elita (Pahor 2006, 35), ki pa sama zdravstvene nege ne izvaja, ampak jo vodi, raziskuje ali poučuje.

V kontekstu teorije značilnosti lahko zavzetost, prijaznost in sočustvovanje zdravstveno nego opredeli kot polprofesijo.<sup>16</sup> Pahorjeva (2006) argumentira veliko oddaljenost zdravstvene nege od idealne podobe profesije: delo opravljajo pretežno ženske, ki imajo v družbi nižji status kot moški, imajo nizko izobrazbo, slabe plače, nizek ugled, osebe je med seboj zamenljivo, delovni čas je dolg, pri delu niso avtonomne, možnosti za poklicno napredovanje so majhne. Klasično pojmovanje profesionalizacije poudarja elitizem, moč in, zanesljivost. Avtorica pravi, da bi imela profesionalizacija dejavnosti negativne posledice v sistemu zdravstvene poklicne verige, saj bi profesionalizacija lahko vzpostavila novo elito, uniformen pogled, potrebe praktikov zdravstvene nege niso več na prvem mestu, temveč je to bolnik.

Elemente zaostanka zdravstvene nege kot profesije zasledimo tako v neuspešni teritorialnosti kot posledici njene subordinacije in kontinuiranega nadzora s strani zdravniške profesije (Witz 1992). Turner (1995, 138–145) je ocenil, da subordinacija in nenehni nadzor povzročata počasen razvoj ter delni neuspeh profesionalnega projekta zdravstvene nege. O popolnem neuspehu profesionalnega projekta zdravstvene nege je

---

<sup>16</sup> Polprofesijo opredeljujemo kot koncept, v katerem določen poklic ne vsebuje vseh značilnosti, ki jih teorija značilnosti opredeljuje kot pomembne za razvoj poklica v profesijo.

pisal Freidson (1988, 652). Ta je mnenja, da zdravstvena nega ne bo mogla nikoli pridobiti položaja profesije. Avtor se je opiral na stališče, da je položaj zdravstvene nege kot »prave« profesije odvisen izključno od definiranja teritorialnosti storitev, ki pa ne smejo biti predmet subordiniranosti zdravnikom. Na tej točki se zastavijo vprašanja: ali je interes zdravniške profesije prepustiti, dovoliti ali tolerirati osamosvajanje zdravstvene nege? Prepustiti prevzem polnopravnega položaja zdravstvene nege v zdravstveni poklicni verigi? Prepustiti zdravstveni negi uveljavitev avtonomije dela s političnim konsenzom delitve dela?

Razlogi relativnega neuspeha profesionalizacije zdravstvene nege so po mnenju Dingwalla (1991 v Pahor 2006, 34) naslednji:

- neposredovanje sistematičnega znanja, ki bi bilo ločeno od drugih disciplin, glede teoretičnih osnov se znanje navezuje na medicino ter delno na humanistiko in družboslovje,
- nekoliko nejasne opredelitve pri izvajanju zdravstvene nege, kar omogoča zaposlovanje manj kvalificirane delovne sile in posledično večanje antiintelektualizma.

### **3.2 Koncept nove profesionalizacije zdravstvene nege**

Rast in razvoj znanja, uporaba nove tehnologije, družbene spremembe, proces globalizacije, višanje izobrazbene strukture prebivalstva in povečan vpliv uporabnikov zdravstvene nege prispevajo k uveljavljanju zdravstvene nege na nov način in s tem vpeljavi novega pojma, t. i. »nove profesionalizacije zdravstvene nege«.

Značilnost »nove zdravstvene nege« je individualizacija skrbi in profesionalno opravljanje zdravstvene nege. Izhodišče nove zdravstvene nege ponuja tudi poskus demarkacije področja poklicne avtonomije in redefiniranje zdravstvene nege kot intelektualnega dela (Carpenter 1993, 122–123; Walby in drugi 1994, 77; Pahor 2006). V zdravstvenih organizacijah je tudi za praktike zdravstvene nege značilna teritorialnost. Pripadniki poklicne skupine namreč demarkirajo (označujejo) obseg in odgovornost zdravstvene nege. Toda zdravniška profesija in krovni menedžment

zdravstvenih organizacij imata vpliv na teritorialno osamosvajanje zdravstvene nege. Krovni menedžment in zdravniška profesija sta naravnana k upravljanju cenejše in hkrati zamenljive delovne sile. Pahorjeva (2006, 34) navaja, da demarkacijo teritorija v zdravstveni poklicni verigi zasledimo tudi pri drugih zdravstvenih poklicih, ki jih je zdravstvena nega tradicionalno nadzorovala (npr. negovalke, čistilke, pomožni delavci). Radikalnejši pogled na profesionalni projekt ima Freidson (1983), ki meni, da je za profesionalni projekt nujna vključenost zgodovinskih elementov, političnih dogovarjanj in oblikovana strategija poklica za demarkacijo teritorija, avtonomijo profesije in vzpostavitev samoregulacije. Profesionalizacija je tudi politični proces (Parkin 1995) prizadevanj članov profesionalne skupine za nadzor nad lastnimi storitvami ter posledično samoregulacije. Profesionalni projekt ima torej širše dimenzije, ki poleg avtonomnosti, samoregulativnosti in nadzora vsebuje še kolektivna prizadevanja pripadnikov poklicne skupine za izboljšanje svojega položaja ter ekonomskih možnosti (Gabe, Bury in Elston 2004, 165–166). Podobno razmišljanje zasledimo tudi pri Larsonovi (1977), ki pravi, da je profesionalni projekt harmoničen in celosten proces, ki povzroči družbeno mobilnost in nadzor nad trgom. Larsonova govori o znanju kot relativno redkem viru (npr. specialno znanje, veščine); pravi, da ohranjanje njegove relativne redkosti predstavlja težnjo k monopolu znanja na trgu in v stratifikacijskem sistemu. Kontrola trga profesijam omogoča utrjevanje socialnega položaja in profesionalne moči.

Sklepamo, da bi terciarno izobraževanje med člani zdravstvene nege postopoma pripomoglo k uveljavitvi temeljnih znanj. Ta bodo služila kot »pripomoček« pri nadzoru nad lastnimi storitvami in s tem tudi pri nadzoru trga in družbene mobilnosti. Demarkacija teritorija bi zdravstveni negi zagotovila profesionalno moč. Teoretično to lahko potrdimo še z mnenjem Macdonalda (1995, 10–14), ki pravi, da je usmerjenost profesionalnega projekta osredotočena na legalno zapiranje profesije in monopolizacijo trga, izobraževanje ter pridobivanje znanja članov skupine. Walby in drugi (1994, 63) proces zapiranja (angl. *closure*) definirajo kot proces, s katerim profesija nadzoruje vstopanje na poklicno področje. S procesom družbenega zapiranja bi lahko zdravstvena nega učinkovito začela postopke, s katerimi profesija ustvarja monopol nad svojim znanjem in veščinami, in sicer z nadziranjem vstopa v izobraževanje in nadziranje opravljanja poklica – tistim, ki za delo niso ustrezno kvalificirani (ki niso pridobili

legalnega članstva skupine), se delo preprečuje. V zdravstveni poklicni verigi ponovno omenjamo položaj zdravniške profesije, ki s samoregulacijo ni zagotovila le avtonomije, temveč tudi edinstveno avtoriteto in moč za odločanje ter določanje nalog in meja drugih poklicev. Nenazadnje ima v procesu profesionalnega projekta tudi zaupanje (Macdonald 1995) pomembno vlogo. Članom določene profesionalne skupine je zaupanje družbeno podeljeno. Zagotovilo družbeno podeljenega zaupanja se osredotoča na družbeno sprejete standarde.

Koncept teorije značilnosti postavlja profesionalni projekt zdravstvene nege v neugoden položaj. Teorija značilnosti namreč na podlagi skupnih značilnosti s t. i. »paraprofesionalnimi skupinami« konceptualizira zdravstveno nego kot polprofesijo. Vzročna povezava zdravstvene nege s paraprofesionalnimi skupinami je lahko posledica razvoja profesionalnega projekta zdravstvene nege v splošno veljavno ideologijo. Hugman (1991) je na podlagi teorije značilnosti koncipiral zdravstveno nego kot polprofesijo in praktika zdravstvene nege kot polprofesionalca. In če predpostavimo znanje kot eno temeljnih značilnosti profesije, lahko ugotovimo, da je odsotnost ali pomanjkljivost profesionalnega znanja razlog za pomanjkljivo samoregulacijo.

Zaradi hitrega razvoja zdravstvenega področja in zaradi zahtev ter potreb družbe znanja se na zdravstvenem področju pričakuje primerno usposobljenega in izobraženega praktika zdravstvene nege, ki si v času terciarnega izobraževanja (Bezenšek 2007, 216–219) pridobi ustrezne kompetence za učinkovito izvajanje zdravstvene nege. Zdravstvena nega ima z obstoječo in svojevrstno zasnovo znanja v zdravstveni poklicni verigi svojevrsten in edinstven položaj. Konceptualizacija znanja v zdravstveni negi je z etičnim vidikom osredotočena na celostno obravnavo posameznika, družine in skupnosti v vseh njihovih življenjskih aktivnostih. Praktiki zdravstvene nege pri svojem delu uporabljajo znanja, spretnosti in veščine ali t. i. profesionalne kompetence. Prepoznavnost zdravstvene nege kot profesije lahko povzamemo ne samo na podlagi »kompetenčnega profila« (Trunk Širca in drugi 2005, 167), temveč tudi iz definicije medicinskih sester/zdravstvenikov na osnovi skupnih meril vseh članov zdravstvene nege: oblikovano ogrodje znanj, usmerjenost k storitveni dejavnosti, prepoznavna avtoriteta, etični kodeks, profesionalna organiziranost s predpisanimi standardi dela, raziskovanje in avtonomija.

Za zdravstveno nego je dostop do terciarnega izobraževanja ključna sprememba na profesionalnem in družbenem področju. Oblikovanje in vzpostavitev terciarnega izobraževanja predstavlja enega izmed temeljev za odpravo »antiintelektualizma v zdravstveni negi« (Pahor 2006), kar na podlagi teorije značilnosti pripomore k uveljavitvi polnopravnega položaja zdravstvene nege kot profesije. Prav tako dostop do terciarnega izobraževanja med praktiki zdravstvene nege pripomore k uveljavitvi vseživljenjskega učenja. Terciarno izobraževanje in vseživljenjsko učenje pripomoreta k novemu konceptu oziroma predpostavki »nove profesionalizacije zdravstvene nege«, ki vključuje:

- večjo avtonomijo profesije, zasnovano na teoretičnem znanju,
- premik od biomedicinskega k biopsihosocialnem pristopu,
- spodbujanje bolnikovih lastnih potencialov v procesu zdravljenja.

Profesionalizacija zdravstvene nege zahteva ustanovitev in uveljavitev lastnega ter novega temeljnega znanja z vsebinami specifičnega človekovega kapitala (tj. znanstveni in strokovni človekov kapital). Kompleksnost zdravstvene nege zahteva praktika, ki je v vsakodnevni praksi sposoben združevati »pojave in teorijo«, in raziskovalca, ki uporablja »nove povezave med koncepti« (Marrs in Lowry 2006, 45). Govorimo o »novi zdravstveni negi«, ki po mnenju Walbyja in drugih (1994) ter Pahorjeve (2006) temelji na:

- opuščanju organiziranja zdravstvene nege na osnovi nalog,
- vpeljavi večje vloge bolnikov,
- demarkaciji teritorija,
- delovanju profesije na osnovi lastnega raziskovalnega dela.

Macdonald (1995, 134) je na podlagi teorije značilnosti uvrstil zdravstveno nego v skrbstvene poklice predvsem zaradi razvrednotenja vidika znanja in s tem neuspešne demarkacije lastnih storitev. Znanje je namreč tudi instrument, ki ga profesije uporabljajo za demarkacijo in osamosvajanje na določenem področju.

Pahorjeva (2006) pravi, da zdravstvena nega tudi sama razvija svojo (notranjo) hierarhijo. Zdravstvena nega je po njenem mnenju stratificirana, hierarhije se ustvarjajo glede na dolžino študija in delovnega mesta (bolničarji; zdravstveni tehniki; višje

medicinske sestre/višji medicinski tehniki; diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, profesorji zdravstvene vzgoje). Stratifikacija je morda eden izmed dejavnikov nedefiniranosti hierarhičnih razmerij med posameznimi stratifikacijskimi razredi. Stratifikacija znotraj poklica ovira oziroma onemogoča enotnost pripadnikov poklicne skupine, kar profesiji posledično odteguje moč. Domneva se, da nenehni pritisk v podrejenost ustvarja potrebo po nadaljnjem podrejanju (Ule 2003a; Ule 2003b, 248; Pahor 2006).

Omeniti je treba, da izvor težavnosti profesionalizacije zdravstvene nege ni samo eksogene, temveč tudi endogene narave zaradi organizacijske razslojenosti pripadnikov poklicne skupine. Po mnenju avtorice Walby in drugih (1994) člani poklicne skupine zdravstvene nege profesionalizacijo pojmujejo precej rigidno, v smislu vzpostavitev nadzora nad delom, izoblikovanja pravil dela in standardov. Omenili smo, da je (visokošolsko) izobraževanje članov profesionalne skupine eden pomembnih dejavnikov profesionalizacije. Prizadevanjem za univerzitetno izobraževanje kot enega (naj)pomembnejših pogojev profesionalizacije se upirajo (Pahor 2006): *zdravniki*, ki ne želijo izgubiti subordinirane poklicne skupine; država, ker bi morala bolj kvalificirane delavce bolje plačati; *univerza* (zlasti, če ni zelo fleksibilna), kajti zdravstvena nega na začetku svoje akademske poti ni izpolnjevala strogih kriterijev že uveljavljenih znanosti; *pripadniki samega poklica*, saj bi nova podoba praktikov zdravstvene nege kot samostojnih strokovnjakov s sabo prinesla zahteve po večji usposobljenosti in odgovornosti.

Zdravstvena nega je učinkovit in hkrati integralni del sistema zdravstvenega varstva in zdravljenja. Učinkovitost zdravstvene nege se kaže v štiritočkovnem procesnem delovanju ali t. i. procesu zdravstvene nege (Hajdinjak in Meglič 2006):

1. *Ocena temeljnih življenjskih aktivnosti:*
  - zbiranje informacij o bolnikovih problemih.
2. *Načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege:*
  - a) Iskanje etiologije morebitne ovire/težave/problema.
  - b) Iskanje postopkov in/ali posegov za spremembo.
  - c) Znotrajtimske konzultacije.



- d) Individualni pristop pri načrtovanju in reševanju težav v povezavi s temeljnimi življenjskimi aktivnostmi.

3. *Izvedba aktivnosti načrtovanega dela.*

4. *Evalvacija aktivnosti zdravstvene nege:*

- evalvacija pravilnosti ocene življenjskih aktivnosti, zbiranja informacij, načrtovanja in izvedbe aktivnosti.

Proces zdravstvene nege je sistem zagotavljanja kakovostne zdravstvene nege bolnemu in/ali zdravemu posamezniku, družini ali skupnosti. Sam proces izvaja t. i. negovalni tim, katerega člani so praktiki zdravstvene nege in tehniki zdravstvene nege.<sup>17</sup> Vodje negovalnega tima so diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki. Proces zdravstvene nege pripomore k zagotavljanju konsistentnosti, kakovosti in kontinuiranosti zdravstvene nege. Hkrati pripomore k zagotavljanju poklicne odgovornosti (Bruderle 2001; Taylor, Lillis in LeMone 2004). Temelj procesa zdravstvene nege je metoda reševanja problemov. Reševanje problemov je proces prehoda iz obstoječega v novo, želeno stanje. Je kognitivni proces detekcije, oblikovanja in revizije zdravstvenonegovalnih problemov. Proces je ciljno usmerjen na zdravega in/ali bolnega posameznika, družino ali skupnost.

Predpostavke nove profesionalizacije so holistični pristop, spodbujanje bolnikovih lastnih potencialov in avtonomija zdravstvene nege. Slednja ima v praksi poudarek na klinični avtonomiji ali pravici do postavitve standardov in do kontroliranja klinične prakse (Elston 1991 v Nettleton 1995, 198). Klinično avtonomijo zdravstvene nege lahko dosežemo z dodatnim usposabljanjem in izobraževanjem, ki omogoča dodatne, razširjene in poglobljene kompetence, kar povečuje profesionalno avtonomijo in odgovornost. Ne moremo spregledati dejstva, da je v sedanjem času treba znanje nadgraditi in s tem bolniku neposredno zagotoviti specialistično, kompleksnejšo in posledično varnejšo zdravstveno oskrbo. To pa pomeni, da bi vpeljava specialističnega študija lahko pripomogla k večji avtonomiji na področju zdravstvene nege. Slovensko področje zdravstvene nege bi z vidika bolezni in epidemioloških podatkov potrebovalo specialiste zdravstvene nege, ki bi avtonomno obravnavali kronične bolnike s srčnim

---

<sup>17</sup> Poklic v zdravstveni poklicni verigi – z zaključenim sekundarnim (zdravstvenim) izobraževanjem.

popuščanjem in arterijsko hipertenzijo, bolnike s kroničnimi pljučnimi boleznimi, sladkorno boleznijo, rakom, vodenje bolnikov s Parkinsonovo boleznijo, epilepsijo, demenco, vodenje bolnikov, predvidenih za transplantacijo, in po transplantaciji organov, vodenje hemofilikov in starostnikov itd. V nadaljevanju: specialiste zdravstvene nege na področju bolnišnične higijene z epidemiologijo, intenzivne terapije in urgentne medicine, anesteziologije, operacijskih postopkov, dialize, endoskopije, paliativne oskrbe; vodenje bolečine, radiologije in nuklearne medicine, oftalmologije, medicino dela, prometa in športa, oskrbo kroničnih ran, stom itd. Klinična avtonomija zdravstvene nege bi tako lahko zagotavljala kakovostno in varno obravnavo najzahtevnejših bolnikov (Starc, Kos Grabnar in Požun 2009, 2–4) in pri tem v procesu zdravljenja ter okrevanja uveljavljala pomembno in enakovredno vlogo.

Razvoj specializacij in s tem avtonomija na področju zdravstvene nege je znana v mnogih državah EU. Poteka skladno z direktivami EU o splošnem visokošolskem izobraževanju za zdravstveno nego (89/48 EEC, 92/51/EEC, 1999/42/EC), ki govorijo o profesionalnih kvalifikacijah in tudi o direktivah za specializacijo v zdravstveni negi. Predlog Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 narekuje, da je treba pri vseh izvajalcih zdravstvenega varstva predvideti specializacije, ki bodo zadovoljile spremenjene družbene potrebe in sledile razvoju posameznih profesionalnih področij. Skladno z resolucijo je treba predvideti tudi nove profile – npr. usklajevalke(-ce) odpusta po zdravstveni obravnavi v zdravstveni ustanovi. Treba je spodbuditi in razviti različne karijerne poti za praktike zdravstvene nege in skladno s tem razvoj kliničnih specializacij. Slednje potrebujemo tudi zaradi prenosa aktivnosti z zdravnikov na diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike, zaradi potreb starajoče se populacije, stremljenja k celostni (integrirani zdravstveno-socialni) oskrbi v domačem okolju (koordiniranje področja), razvoja znanosti in tehnologije (zahtevnost delovnih mest) ter racionalizacije dela dragih strokovnjakov (npr. vodenje in upravljanje v razvitem svetu je v pristojnosti ustrezno usposobljenih praktikov zdravstvene nege), tudi samostojnosti pri delu (npr. vodenje bolnikov z urejenimi kroničnimi obolenji) (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije 2010).

## 4 Konceptualizacija profesionalizacije poklicev

V doktorski disertaciji opredeljujemo profesionalizacijo kot rezultat medsebojne odvisnosti med družbenimi spremembami in izobraževanjem profesionalcev. Kronološki pregled medsebojno odvisnih elementov profesionalizacije poklicev prikazuje spremembe družbenih odnosov, ki so (ne)posredno vplivali na potek in pomen izobraževanja. Pomemben vpliv v razvoju družbenih sprememb in družbenih odnosov je imel razvoj znanosti ter tehnologije. Na organizacijski ravni je to pripomoglo k pojavu oziroma potrebi po družbeni delitvi dela. Medsebojna povezava med vzponom in razširitvijo znanosti ter tehnologije in družbenimi odnosi je pomembno pripomogla pri vzpostavitvi zahtev po vse bolj izobraženem delavcu, »opremljenem« z znanjem, spretnostmi in veščinami, t. i. kompetencami. Freidson (1994) navaja, da je delo postajalo čedalje zahtevnejše in kompleksnejše<sup>18</sup>, kar je v obdobju postindustrijske družbe pripeljalo do specifičnih družbenih zahtev, ki so bile usmerjene na racionalizacijo dela z vzporednim nadzorom nad delavci.

V postindustrijski družbi je individualizacijo dela postopoma nadomestila socializacija posameznika v organizaciji (Freidson 1994, 95 – 113). Omenjeni koncept opredeljuje delo kot obliko socializacije posameznika v organizaciji z namenom pridobivanja kompetenc. Znanje, ki ga novejša literatura koncipira v obliki človekovega kapitala, je postopoma pridobivalo vedno večji pomen – človekov kapital kot nosilec produkcije/storitev (Dunford, Snell, in Wright 2001, 701–721; McGregor, Tweed in Pech 2004, 153–155; Starc in Ilič 2007, 62). Vplivi družbenih dejavnikov delitve dela ter znanja kot nosilca produkcije/storitev so med poklicnimi skupinami postopoma vpeljevali spremembe. Spremembe so se nanašale predvsem na »minimalno« formalno izobrazbo. Predstavniki nekaterih poklicnih skupin so morali imeti za začetek dela opravljeno najmanj štiriletno sekundarno izobraževanje. Minimalno (zahtevano) raven izobrazbe lahko navežemo na vpliv družbenih sprememb in organizacijskih potreb po zviševanju izobrazbene stopnje. Navedene družbene in organizacijske značilnosti ter zahteve po minimalni stopnji izobrazbe so vplivale na razvoj posameznih poklicnih skupin, kar sovpada z začetki profesionalizacije poklicnih skupin (Freidson 1994, 70 –

---

<sup>18</sup> Tehnično delitev dela predstavlja funkcionalna ureditev medsebojno odvisnih nalog, ki jih izvajajo usposobljeni posamezniki (Freidson 1994).

71; Svensson 2006). Emile Durkheim (1992) je razpravljal o profesijah kot pomembnih dopolnilnih silah v družbenih spremembah. Avtor je razpravljal o profesijah predvsem kot o poklicih. Njihova organiziranost temelji na kohezivnosti in skupnih etičnih vrednotah. V poznejšem obdobju se je funkcionalistična sociologija (Talcott Parsons 1964), osredotočila na profesionalno etiko.

V zgodovinskem in kronološkem kontekstu sta se s problematiko profesionalizacije poklica uveljavljali dve evolucijski teoriji, in sicer (i) teorija značilnosti ter (ii) procesna teorija. Teorija značilnosti predpostavlja, da naj bi profesije posedovale določene značilnosti, kot so specialni sistem znanja, profesionalni kodeks etike in altruistična orientacija (Greenwood 1957 v Gabe, Bury in Elston 2003, 165). Wilensky (1964 v Coburn in Willis 2003, 382) kot predstavnik procesne teorije zagovarja stališče, da naj bi bil razvoj profesij usmerjen s procesom pridobivanja značilnosti. Omenjenim evolucijskim teorijam pripisujejo unilinearni pristop s pomanjkljivimi zgodovinskimi značilnostmi razvoja profesij in delovanje oziroma usmerjenost profesije v dobro družbe. Teorija značilnosti pa predpostavlja, da je v samih poklicih nekaj svojstvenega in edinstvenega (značilnosti poklica, raven, namen in obseg delovanja, kadrovska struktura itd.), kar pospešuje in pripomore k razvoju profesionalnega položaja.

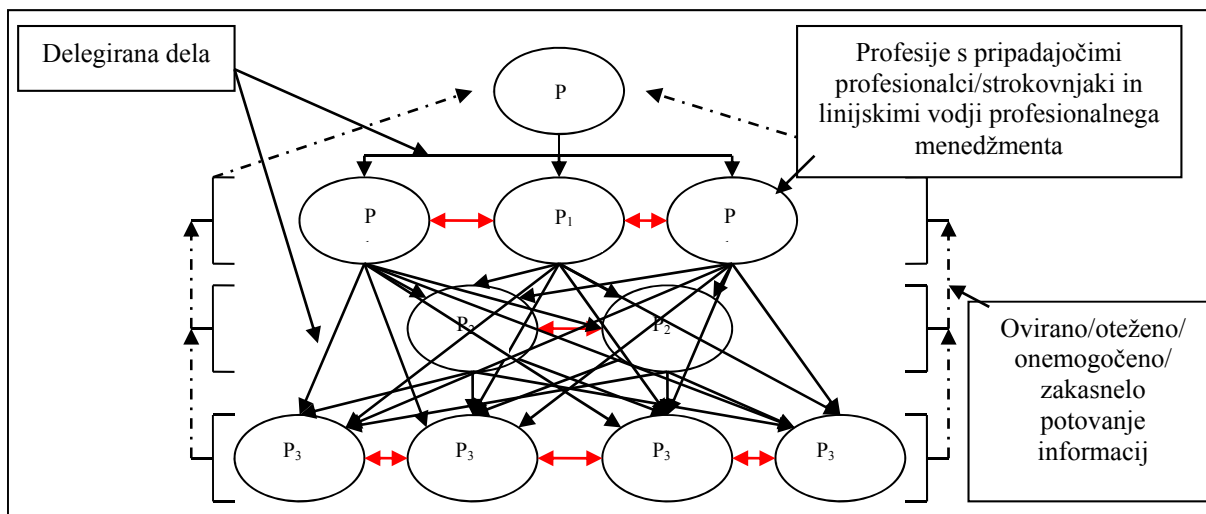
Profesionalizacija ne pomeni samo pridobivanja profesionalnega položaja, ugleda in moči, temveč po mnenju Turnerja (1995, 137–138) tudi pridobivanje profesionalnega nadzora. Kot nujne dimenzije profesionalizacije izpostavlja znanje, moč in etiko. Freidson (1982, 42–48) je mnenja, da je profesija poklic, ki si je z učinkovitim prenosom na trg pridobil ugled, moč in denar, kar je po mnenju Sheldona (2005) le zunanja prepoznavnost profesije. Profesionalizacija je lahko definirana kot proces, v katerem si organizirane profesionalne skupine na podlagi specialnih (ezoteričnih) kompetenc pridobijo izključno pravico izvedbe določenega dela, nadzora nad izobraževanjem in izpopolnjevanjem članov profesije ter pravico sprejemanja odločitev in evalviranja izvedbe lastnega dela (Vollmer in Millis 1966 v Freidson 1973, 22).

Učinkovitost profesionalizacije poklica je odvisna tudi od profesionalne strategije, ki po mnenju Lockwooda (1958) pripomore k ohranitvi in vzdrževanju tržnega položaja. Namen profesionalne strategije je obnavljanje profesij z izobraževalnim sistemom,

zagotavljanje privilegiranega dostopa do specialnega znanja ter zagotovitev avtonomije z izvajanjem lastnih servisnih storitev. Znotraj zdravstvene poklicne verige je lahko zdravniška dominanca definirana kot položaj strategij kontrole nad delavci in nad »avtonomijo« sorodnih zdravstvenih profesij. Lockwood je tudi mnenja, da je v prihodnosti na področju zdravja morda dominanca zdravnikov nujno potrebna. Na tej točki se zastavi vprašanje, ali dominantno delovanje zdravniške profesije ne zavira delovanja drugih sorodnih zdravstvenih profesij. Ali dominanca in s tem kontrola nad sorodnimi zdravstvenimi profesijami izboljšujeta kakovost zdravstvenih storitev? Je morda dominanca zdravniške profesije samo še »odlomek« družbene in kulturne ideologije? Ali se poklicno strukturiranje profesij v zdravstveni poklicni verigi odraži v organizacijski strukturi zdravstvenih organizacij tako, da je slednja le nekakšna »preslikava« strukture profesij v zdravstveni dejavnosti?

Za odgovor na prvo in drugo vprašanje bomo analizirali dve nasprotujoči si predpostavki. Prva trdi, da je za učinkovito delovanje profesij v zdravstveni poklicni verigi nujno dominantno delovanje zdravniške profesije. Predpostavka govori o hierarhični porazdelitvi moči, kar pomeni: delegiranje dela poteka od višjih do nižjih ravni, bistveno večji pretok informacij in s tem komunikacije je na horizontalni kot na vertikalni ravni, naloge se izvajajo po »naročilu« zdravnika, posamezne enote lahko delegirajo delo enotam na nižji ravni. Kontrola nad izvedbo delegiranih nalog je zagotovljena s strani linijskih vodij profesionalnega menedžmenta, kar lahko povzroči zakasnitev/zamudo potovanja informacij. Prva predpostavka je predstavljena v modelu sheme hierarhičnega delegiranja (Slika 4.1). Iz tega lahko izpeljemo odgovor na tretje vprašanje, da se poklicna struktura profesij odraži v organizacijski shemi zdravstvenih organizacij. Druga predpostavka govori, da je učinkovito delovanje profesij v zdravstveni poklicni verigi odvisno od avtonomnega in medsebojnega (so)delovanja (Slika 4.2). V tem primeru ne obstaja jasno izražena hierarhija odnosov, potovanje informacij poteka pretežno po horizontalni ravni (med profesijami ni vertikalnih komunikacijskih poti); tako so komunikacije preprostejše, hitrejše in učinkovitejše. V tem primeru se organizacijska struktura profesij nekoliko spremeni v korist posameznim zdravstvenim profesijam.

Slika 4.1: Shema hierarhičnega delegiranja



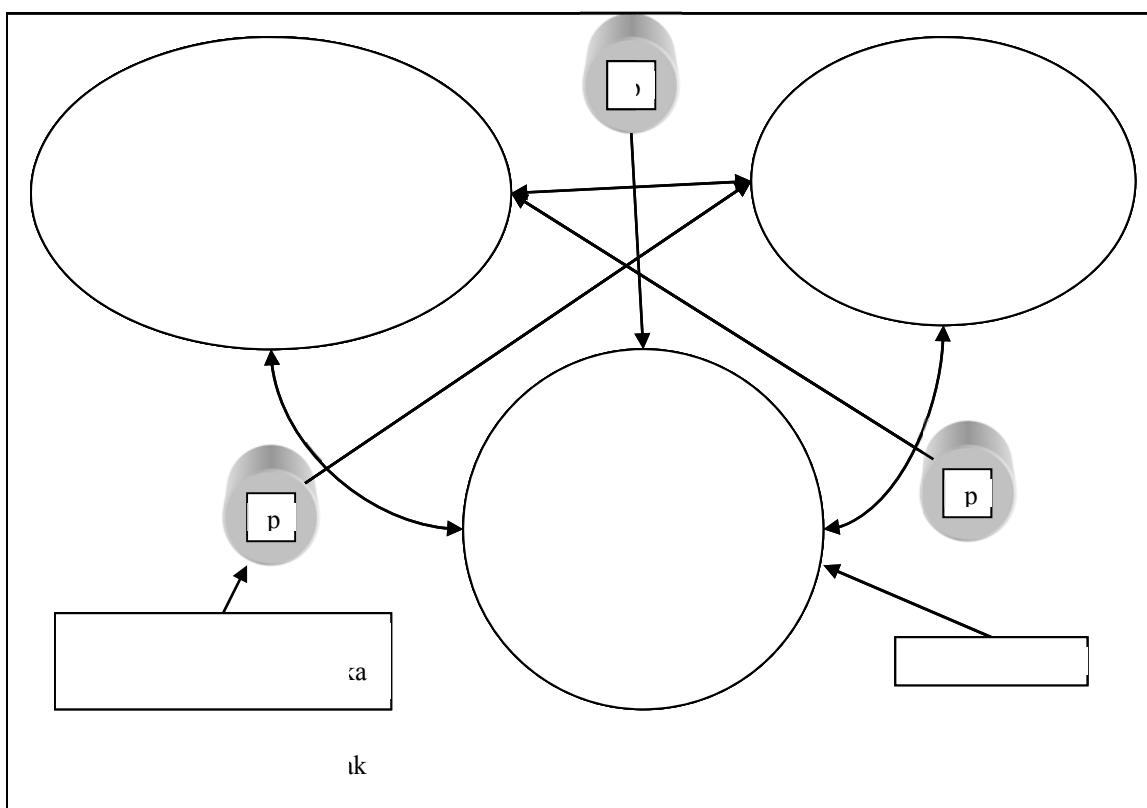
Opomba: Profesije so prikazane kot elipse.

Vir: Starc 2011c.

Za proučevanje določenih problemov so profesije oziroma praktiki združeni v time dela, ki po potrebi potujejo oziroma rotirajo med posameznimi timi. Praktiki zavzemajo avtonomna stališča, ki jih v delovnih timih medsebojno usklajujejo in po potrebi usklajujejo še z drugimi delovnimi timi oziroma praktiki. Zaradi kontinuiranih povratnih informacij in učinkovite komunikacije ter zaradi boljše izmenjave znanja lahko predpostavljamo, da je v omenjenem modelu (Slika 4.2) kakovost zdravstvenih storitev višja.

Iz analize (Slika 4.1 in Slika 4.2) lahko predpostavljamo, da v zdravstveni poklicni verigi dominanca medicinske profesije morda ne učinkuje kot popolni inhibitor delovanja drugih sorodnih zdravstvenih profesij, temveč kot delni inhibitor delovanja sorodnih zdravstvenih profesij (npr. zdravstvene nege). Prvo predpostavko lahko deduktivno potrdimo z naslednjimi predpostavkami: (a) delo je delegirano »po naročilu«, kar je razvidno v enosmernem potovanju informacij in s tem v obstoju enosmernih kanalov komunikacij, (b) odgovori/odločitve/rešitve na morebitne spremembe prihajajo le z vrha, (c) timskega sodelovanja oziroma odločanja pri reševanju problemov ni, posledica tega je (d) zanikanje obstoja avtonomnega in medsebojnega (so)delovanja ter s tem zaviranje oziroma inhibiranje delovanja sorodnih zdravstvenih profesij.

Slika 4.2: Horizontalna timska shema



Vir: Starc 2011č.

Zaviranje oziroma inhibiranje delovanja posameznih zdravstvenih profesij dolgoročno postavlja pod vprašaj kakovost zdravstvenih storitev. Predpostavljamo, da je izvedba kakovostnih obravnav in kakovostnih storitev mogoča le v enotnem, avtonomnem ter medsebojnem (so)delovanju vseh zdravstvenih profesij. Prav tako predpostavljamo, da je medicinska dominanca le še trenutna in izginjajoča družbena ter kulturna ideologija preteklih pogledov. Zaradi vse večjega uveljavljanja sorodnih zdravstvenih profesij postopno odpravlja ideološko prepričanje o superiornosti in dominanci zdravniške profesije. V zdravstveni poklicni verigi morajo biti vsa znanja usmerjena v dobrobit bolnika. To pomeni, da v zdravstvenem timu profesije enakovredno sodelujejo (npr. zdravstvena nega, medicina, farmacija, fizioterapija, delovna terapija itd.).

Profesionalizacija kot procesno pridobivanje značilnosti pomeni, da naj bi bil poklic kot profesija odvisen od zadovoljstva uporabnikov (glej Johnson 1982 v Turner 1995, 131). Profesija ima odgovornost za izobraževanje lastnih članov in zato nosi tudi zahtevo po

profesionalnem izobraževanju in kvalifikacijah, kar mora biti opravljeno s strani (lastnih) profesionalcev (Camaño Puig 2005).

Turner (1995, 180) poudarja soodvisnost članov profesionalne skupine in države za učinkovit ekonomski razvoj. Za nekatere dominantne profesije (Freidson 1973, 31) (npr. zdravniško) je značilna samoregulacija, ki predstavlja enega izmed elementov, s katerim lahko vplivajo na subordinirane profesije in se lahko tudi uspešno politično pogajajo. Politična pogajanja profesijam predstavljajo kazalnike pridobivanja politične moči. Pridobljena profesionalna moč omogoča oblikovanje temeljev za formalno organiziranost in nadzor oziroma legalno pravico za preverjanje vstopnih pogojev, izobraževanja in izpopolnjevanja lastnih članov ter izdajanje licenc. Avtor tudi trdi, da je izvor privilegiranega položaja profesij politične narave in hkrati osnovan na pravni podlagi (npr. zakonsko določilo, ki postavlja zdravnika kot nosilca zdravstvenega varstva, v Zakonu o zdravniški službi (ZZS – Ur. l. 72/2006, 7657). Tako politični diskurzi in pravne osnove profesijam zagotavljajo ekskluzivno pravico uporabe določenega znanja in veščin. Že Goode (1969 v Freidson 1973, 30) pravi, da so znanje in veščine tisti, ki definirajo profesije. S političnimi pogajanja pridobljene ekskluzivne pravice uporabe določenega znanja dajejo profesijam moč. Obe stališči sicer vključujeta odnos med profesionalcem, ki je opremljen s specialnimi znanji, etiko ter uporabnikom. Toda po mnenju Turnerja (1995, 84) prvo stališče temelji na ideologiji elitnih skupin, drugo pa zanemarija vlogo moči profesije. Omenjeni pogled profesionalizacije zavrača zgodovinski kontekst kot integralni del procesa.

Sestavni del vsake profesije so ekspertize in, kakor pravi Freidson (1993), sposobnost izvedbe določenega dela. Omenjena predpostavka ponuja dve izhodišči profesionalizacije, in sicer avtonomijo z etičnimi elementi na osnovi nalog profesionalcev in orientiranost profesionalčevih nalog k vedenju. Freidson (1973) je mnenja, da avtoriteta profesije temelji na podlagi zaposlitvenih principov – avtoriteta zaradi ekspertize. Delavec si lahko pridobi kontrolo nad lastnim delom, če na pravilen način upravlja in prepričuje druge, da je edini, ki je sposoben to delo opravljati (ibid. 1973). Profesionalizacija omogoča razvoj profesionalnih združenj, ki profesionalcem omogočajo medsebojno podpiranje in ohranjanje skupne regulacije (Southon in Braithwaite 1998, 24–26). Ključni dejavniki profesionalizacije so tudi: a) vzdrževanje



in ohranjanje delovnih/poklicnih povezav z drugimi (ne)pripadniki poklicne skupine ter učinkovitost v oddajanju in sprejemanju konstruktivnih ter povratnih informacij; b) ohranjanje povezav s člani profesionalne skupine in sodelovanje v profesionalnih združenjih; c) upravljanje lastnih virov (npr. čas, energija in izkušnje, profesionalni standardi). Pomembno vlogo imajo tudi veščine, ki so zastopane v obliki sposobnosti upravljanja časa in stresa, omejitve na visoke etične in profesionalne standarde ter kultiviranje občutka osebne odgovornosti za lastno delo (Garman in drugi 2006, 220–221).

V povezavi z razvojem profesij je treba omeniti še dva koncepta. Prvi se nanaša na nekoliko širši sloj prestižnih poklicev, člani profesije so poistoveteni bolj po svojem izobraževalnem statusu kot po specifičnih kompetencah. Drugi se nanaša na profesije kot omejeno število poklicev, katerih usmerjenost oblikujeta institucionalna in ideološka komponenta. Freidson (1994) je mnenja, da nam le drugi koncept omogoča razmišljanje o profesionalizaciji, in, kot argumentira Johnson (1972 v Freidson 1994), je to »pravi« način delovanja organiziranega poklica (ibid., 45). Pridobivanje kompetenc in kakovost dela je s strani članov poklicne skupine v sozvočju s prilaščanjem pravic opravljanja določenega dela, kontrole nad izpopolnjevanjem lastnih članov in evalvacijo izvedenega dela. Omenjeni koncept se navezuje na postopno socialno zapiranje. Govorimo o neovebrskem pristopu, za katerega je značilen monopolistični nadzor trga, s katerim nadzoruje tudi lastne vsebine. Ne nazadnje je eden izmed vzrokov za ohranitev oziroma potenciranje moči tudi proces izključevanja. Tipičen primer izključevanja lahko zasledimo v zdravstveni poklicni verigi (Coburn in Willis 2003, 385; Riska 2005).

#### **4.1 Prepoznavnost profesionalizacije poklicev**

Kadar razpravljamo o profesionalizaciji poklicev, se soočamo s kompleksnostjo različnih soodvisnih vplivov, ki izvirajo tako iz endogenega (notranjega) okolja profesije kakor tudi iz eksogenega (zunanjega) okolja oziroma vplivov in pritiskov družbenih dejavnikov ter sprememb. Predstavlja avtonomen proces sprejemanja kompleksnih odločitev, ki vplivajo na njeno (re)organizacijo. Kompleksno sprejemanje

odločitev se nanaša splošno na profesijo, ki s soglasjem sprejema družbeno podeljene vloge ali si jih na trgu poskuša izboriti. Nanaša se tudi na posameznika, ki v delovnem okolju sprejema samostojne profesionalne odločitve, ki temeljijo na oziroma morajo zadostiti pogojem informiranosti in »specialnemu znanju« profesionalca (Barton in Evans 2003, 415); nanaša se torej na t. i. profesionalno identiteto (Holden in Harte 2003, 276). Fogarty in Dirsmith (2001, 249) govorita o profesijah kot o sistematični in abstraktni »zalogi znanja« (angl. *body of knowledge*) s kompleksno konfiguracijo delovnih izkušenj. Nekateri raziskovalci so mnenja, da so na znanju temelječi poklici posebna kategorija zaposlitvenih poklicev, saj so v porastu, razvoju (Lyotard 1984; Reed 1996, 574) in tranziciji (Buchner Jeziorska in Evetts 1997).

Profesije so pravzaprav na strokovnem znanju temelječe kategorije poklicev, ki temeljijo na terciarnem izobraževanju ter določenem obdobju pridobivanja kompetenc in delovnih izkušenj. Drugi način definiranja poklicev je strukturna, poklicna in institucionalna razporeditev, ki se ukvarja s sodobnim delom. Profesionalci se tako ukvarjajo z uporabo znanja. Po tretjem načinu so profesije samo elite z močnimi političnimi vezmi (poznanstvi), pri čemer so profesionalci licencirani po mehanizmu tržne klavzure (vstop med člane profesionalne skupine je omejen le na posameznike) (Evetts 2003, 403). McClelland (1990, 107) razlikuje profesionalizacijo kot uspešno monopolizacijo trga dela s strani članov profesionalne skupine in kot dominantnost zunanjih sil.

Evettsova (2003, 399) ponuja dva načina interpretacije profesionalizacije, in sicer profesionalizacijo kot normativno vrednoto sistema ali kot ideologijo. Pomembna razlika med obema interpretacijama je, da je profesionalizacija kot vrednota sistema nekoliko bolj optimistična v smislu pozitivnih prispevkov k družbenim pravilom. Zanimive so tudi razprave o pomenu in funkciji profesionalizacije za stabilnost družbenega sistema. Tawney (1921 v Evetts 2003, 399) je tako razpravljal o profesionalizaciji kot sistemu vrednot v smislu abstraktnih sil stabilnosti (Carr Saunders in Willsen 1933 v Evetts 2003, 399), o altruizmu (Marshall 1950 v Evetts 2003, 399) oziroma orientiranosti profesionalizacije poklica k storitvam in uporabnikom.

Kot uspešno ideologijo v profesionalizaciji je Johnson (1972 v Turner 1995, 134) uvrstil politična pogajanja za potrebe profesije. V sedemdesetih in osemdesetih letih prejšnjega stoletja se je v konceptu profesionalizacije pojavil »podkoncept«, t. i. profesionalni projekt. Koncept profesionalnega projekta srečamo pri Larsonovi (1977), ki je vanj vključila: a) podrobno izobraževalno zgodovino določene profesionalne skupine, b) monopol in moč na trgu za lastne storitve, c) položaj profesije in d) družbeno mobilnost članov profesionalne skupine. Nekoliko drugačnega mnenja je bil Abbott (1988); razpravljal je o jurisdikciji (pristojnosti) profesije s kompetencami, ki so potrebne za legitimacijo monopolne prakse. Profesionalizacija kot ideologija je prepoznana tudi kot močna poklicna skupina. Profesije ne samo zapirajo trg ter dominirajo in nadzorujejo druge poklice, temveč tudi zavzamejo vlogo pogajalcev (Cooper in drugi 1988).

V devetdesetih letih prejšnjega stoletja so se raziskovalci osredotočali na pomen profesionalizacije in njen pozitivni ter tudi negativni prispevek za uporabnika in družbeni sistem. Omenjena trditev opozarja na vrnitev profesionalizacije kot normativne vrednote sistema (Evetts 2003, 403). Profesije tako lahko predstavljajo decentralizirano družbeno obliko nadzora (Durkheim 1992) in profesionalizacija lahko deluje v smeri vrednot, ki zagotavljajo tekmovanje in vspodbujajo sodelovanje (Dingwall 2004, 6). Freidson (1994, 2001) poudarja, da je profesionalizacija edinstvena oblika poklicnega nadzora nad trgov in delovnimi organizacijami. Zagovarja profesionalizacijo kot kompleksen način zadovoljevanja družbenih potreb. Profesije morajo zato zapirati trge, da je (prihodnjim) članom omogočeno izobraževanje, pridobivanje izkušenj in tihega znanja (Evetts 1998).

V konceptu temeljnih značilnosti profesionalizacije poklicev je prisotna tudi nekoliko drugačna interpretacija ezoteričnega, specialnega znanja profesionalcev. V tej zvezi je treba poudariti dualnost profesij. To pomeni, da profesije na eni strani ponujajo storitve ter na drugi strani uporabljajo znanje in profesionalno moč za ekonomski zaslužek in monopolni nadzor (Evetts 2003, 402). Člani profesionalne skupine si delijo tudi skupno medsebojno odvisnost med ekonomskim dobičkom in ugledom profesije. V odvisnosti med tržno strategijo in družbenim zapiranjem Turner (1995, 137) profesionalizacijo definira kot strategijo članov profesionalne skupine za doseg poklicnega monopola:

1. formalno izobraževanje, ki za ohranitev sistema znanja zahteva produkcijo in ohranjanje sistema specialnega znanja ter za uporabo zahteva sistem dekodiranja ali interpretacijo,
2. naravnost članov profesionalne skupine na ohranitev opravljanja storitev in uporabnikov,
3. zakonodajna regulativa, ki opredeljuje dostop do uporabnikov,
4. ohranjanje privilegijev na trgu (v praksi) za ohranitev profesionalne avtonomije.

#### **4.2 Profesionalizacija v luči moči, znanja in etike**

Zgodovinski razvoj pridobivanja profesionalne moči prikazuje dve dimenziji; prva je pridobivanje moči kot politični konsenz elitnega lobija članov profesionalne skupine, kot drugo pa je profesionalna moč družbeno podeljena na podlagi političnega konsenza. Druga dimenzija profesionalne moči predstavlja namen služiti družbenim interesom. Pogoji za ohranitev in upravljanje tržnega ter družbenega položaja ne temeljijo izključno samo na samoregulaciji, avtonomiji in specialnem znanju profesije, temveč tudi na profesionalni moči. Moč pomeni strateški položaj v določeni družbi (Pahor 2006, 26) za ohranitev in kultiviranje položaja profesij. Avtorica pravi, da sta moč profesije in znanje profesionalcev prepletene (ibid. 2006, 26). Torej moč določa, kaj je lahko znano, in znanje se razvija v okviru teh omejitev (Foucault 2008, 111 – 171). Lukes (1974 v Hagbaghery, Salsali in Ahmadi 2004, 2) prikazuje moč kot neopazno silo kontrole. Funkcionalistična perspektiva moči trdi, da je lahko moč v lasti posameznika oziroma skupin v povezavi z družbenimi vlogami. Postmodernistična perspektiva moči trdi, da znanje predstavlja moč in da obe dimenziji ne moreta obstajati ločeno (Wilkinson in Miers 1999). Za zdravstveno nego kot profesijo je tipična omejena moč, in sicer iz dveh vzrokov: zaradi njene subordiniranosti in zaradi skopega razvoja temeljnega znanstvenega znanja. Za izboljšanje položaja zdravstvene nege na zdravstvenem področju sta tipična dva medsebojno povezana koncepta o moči profesij. Prvi konceptualizira avtonomijo profesij ali sposobnost samoregulacije (nadzor nad lastnim delovanjem), drugi pa konceptualizira dominanco ali nadzor nad delitvijo dela. Oba koncepta pojasnjujeta položaj zdravstvene nege v zdravstveni poklicni verigi in

njen položaj na trgu. Griffinova<sup>19</sup> (2001, 30) v svojih študijah profesionalne moči zdravstvene nege prikazuje, da je profesionalna moč povezana s položajem kadrovske sestave (večinoma ženske) in kompetencami praktikov zdravstvene nege.

Nekateri avtorji trdijo, da profesije lahko zagotovijo kakovostne storitve/proizvode, če njeni člani »čutijo« moč in imajo kontrolo nad lastnim delovanjem (Hartley in Ellis 1999; Tomey 2000, 180). Tukaj je treba omeniti t. i. zdravniško dominanco.

Po mnenju Turnerja (1995, 138) je zdravniška dominanca neizogibna značilnost profesionalne moči in njene superiornosti v odnosu do drugih zdravstvenih poklicev. Na zdravstvenem področju lahko omenimo tri različne načine profesionalne dominanc (Turner 1985 v Turner 1995, 138–139): *subordinacija* (v zdravstveni poklicni verigi so zdravniki tisti, ki določajo posamezne značilnosti in dejavnosti drugih zdravstvenih poklicev), *poklicno omejevanje* (omejevanje na določen del telesa; primer je tipičen za zobozdravstvo) in *izključevanje* (onemogočanje legitimacije in registracije drugih/alternativnih profesij; npr. alternativna medicina).

Struktura specialnega »ezoternega« znanja daje članom profesionalne skupine poseben in družbeno podeljen položaj ter s tem profesionalno moč. Barton in Evans (2003, 429) razpravljata o profesijah kot o organiziranih enotah, ki nudijo storitve v zameno za relativno družbeno avtoriteto in avtonomijo. Pripadnikom profesionalne skupine je na podlagi družbenega konsenza specialno znanje tudi družbeno podeljeno, kar jim omogoča odločanje in določanje teritorialnosti storitev ter poseben položaj v družbi. Ule (2003a: 197–198) pravi, da težje kot je neko znanje dostopno javnosti in bolj ko je omejeno na ozek krog posvečenih poznavalcev, večja je moč nosilcev znanja. Lahko trdimo, da je ohranitev kodificiranosti specialnega znanja eden podpornih elementov ohranitve družbenega in tržnega položaja profesije.

Ne glede na njegovo obliko in značilnosti lahko znanje ga koncipiramo kot bistveni element za razvoj, ohranitev in uveljavljanje moči, ki je v soodvisnosti s sposobnostjo profesij ohraniti in vzdrževati tržni položaj. Ponovno se vračamo na izhodišče, in sicer na temeljno značilnost profesionalizacije, tj. znanje. Znanje profesije usmerja tržno

---

<sup>19</sup> Griffinova (2001) je razpravljala o konceptu moči na podlagi profesionalizacije, zdravniške dominanc in vloge zdravstvene nege v zdravstvenih organizacijah.

strategijo ter definira teritorialnost in družbeno zapiranje. Po Mouritsenu, Larsenu in Bukhu (2001, 752) so ekspertize profesionalcev vzrok nenehnih pritiskov upravljanja trga.

Gibson (1991, 38–48) govori o različnih predpostavkah pridobivanja moči, ki so značilne tudi za zdravstveno nego, vendar se od ustaljenih vzorcev pridobivanja profesionalne moči nekoliko razlikujejo: zdravstveni delavci nimajo monopola nad zdravjem uporabnika, uporabnik v procesu zdravljenja soodloča, spodbujeni so sodelovanje med profesionalci in uporabniki, medsebojno spoštovanje, delitev moči in medsebojno zaupanje. V ospredju je avtonomni položaj uporabnika, ki ga profesionalec lahko skozi proces odločanja samo »spremlja«.

Za ohranitev tržnega položaja v soodvisnosti s pridobivanjem in ohranjanjem profesionalne avtonomije, za zagotovitev avtonomije in s tem ohranitev teritorialnosti storitev zdravstvene nege profesija potrebuje dolgoročno strategijo, ki vključuje razvoj in ohranjanje specialnega znanja, politična pogajanja in intelektualnost članov profesije. Profesije lahko dosežejo avtonomijo tudi na različnih segmentih in vidikih dela. Posamezni odseki zdravniške profesije in zdravstvene nege v isti družbi nimajo enake ravni avtonomije. Prvi odsek je t. i. ekonomska avtonomija oziroma pravica profesij, da določijo svoje nagrade; drugi je politična avtonomija oziroma pravica, da kot legitimni strokovnjaki politično odločajo; tretji pa je klinična avtonomija oziroma pravica do postavitve standardov in do kontroliranja klinične prakse (Elston 1991 v Nettleton 1995, 198). Vzpostavljene so tako razlike med specialnostmi ali položaji v poklicni strukturi, vse to pa je lahko povezano s pripadnostjo družbeni skupini (Gabe, Bury in Elston 2004).

Za zdravstveno nego lahko sklepamo, da ne razpolaga z ekonomsko avtonomijo. Ekonomska avtonomija pomeni, da si profesija pridržuje pravico določati svoje nagrade. V Sloveniji na področju zdravstvene nege višino in načine nagrajevanja njenih članov sicer določajo področni zakoni in kolektivna pogodba (Ur. l. RS 60/1998), vendar ima krovno pravico »odločanja« pri dodeljevanju finančnih sredstev (tudi) dominantna zdravniška profesija. Ta krovno zavzema odločujoči položaj tudi pri politični avtonomiji, kar pomeni (so)delovanje pri političnih odločitvah in konsenzih.

Politična avtonomija pomeni: a) ohranjanje maneverskega prostora pri odločanju in dodeljevanju nagrad zaposlenim v zdravstveni negi in b) sodelovanje ter odločanje v političnih pogajanjih. Zdravstvena nega prav tako nima klinične avtonomije, saj je pravica do vzpostavitve standardov in nadzora klinične prakse (v splošnem) izključno v domeni zdravniške profesije, ki odloča in vzpostavlja klinično nadrejenost ter s tem subordiniranost zdravstvene nege kot sorodne profesije.

Freidson (2007, 160) kot bistveno značilnost za položaj profesije izpostavlja legitimno avtonomijo, ki predstavlja samoregulativo nad terminologijo in pogoji dela (Turner 1995, 130; Gabe, Bury in Elston 2004, 165; Riska 2005, 146). Giddey (1995, 137) meni, da Freidson izpostavlja tri značilnosti profesionalne avtonomije, in sicer:

- legalni oziroma politični privilegij, ki onemogoča poseganje drugih profesij (npr. podeljevanje licenc oziroma državna registracija),
- nadzor nad sistemom specialnega znanja in veščin (npr. izobraževanje v specialnih izobraževalnih ustanovah) ter
- obstoj kodeksa etike (namen kodeksa etike je javno zagotovilo, da je poklic vreden zaupanja).

Nekatere operativne definicije moči poudarjajo različne medsebojno povezane koncepte, in sicer koncept samostojnosti, tj. samostojno izvrševanje/opravljanje dela (Salvadores, Schneider in Zuberu 2001) in posedovanje kontrole nad drugimi (Zelek in Philips 2003). V zdravstveni negi so razprave na področju moči usmerjene predvsem v ovrednotenje medsebojnega odnosa moči in profesionalizacije. Posedovanje moči omogoča dvoje: voditi zdravstveno nego in delovati kot profesionallec zdravstvene nege (Reid Ponte in drugi 2007).

Na področju zdravstvene nege so v povezavi s profesionalno močjo potekale različne raziskave (Salvadores Schneider in Zuberu 2001; Sieloff 2003; Matthews, Laschinger in Johnstone 2006). Salvadores, Schneider in Zuberu (2001) so proučevali vplive pri spreminjanju organizacijske strukture zdravstvenih organizacij od modela hierarhične strukture (zdravniško centraliziran model) do modela razdelitve moči upravljanja med praktiki zdravstvene nege, zdravniki in menedžmentom zdravstvene organizacije. Ugotovitve prikazujejo, da so zdravstveni delavci šele pri preizkušanju zadnjega modela

(model razdelitve moči) občutili »pravo« profesionalno moč. Ugotovitve Sieloffove (2003) prikazujejo, da oddelčna profesionalna moč praktikov zdravstvene nege temelji na položaju oddelka v zdravstveni organizaciji, sposobnosti upravljanja vplivov zunanjega okolja, pomembnosti (oddelčne) vloge v zdravstveni organizaciji in na razpoložljivih virih za doseg ciljev.

Matthews, Laschinger in Johnstone (2006) so proučevali percepcijo (dojemanje) profesionalne moči med linijskimi vodji in timskimi praktiki zdravstvene nege. Študija je ugotovila, da ne obstajajo pomembne razlike v percepciji profesionalne moči, na ravni linijskih vodij je bil ugotovljen le večji dostop do različnih virov. Ne glede na položaj in vlogo v organizaciji je študija pokazala, da sta priložnost učiti/izobraževati se in rasti med najpomembnejšimi faktorji profesionalne moči. Avtorji Hagbaghery, Salsali in Ahmadi (2004) so izvedli kvalitativno raziskavo, kjer so ugotavljali dejavnike profesionalne moči: profesionalno znanje in spretnosti, avtoriteto, samozaupanje (angl. *self-confidence*), profesionalno enotnost (angl. *professional unity*) in podporo menedžmenta. V kvalitativni raziskavi<sup>20</sup> so Reid Ponte in drugi (2007) ugotovili, da profesionalna moč praktikov zdravstvene nege temelji na znanju.

## **5 Vseživljenjsko učenje proti vseživljenjskemu izobraževanju za profesionalizacijo zdravstvene nege**

Smiselno je razlikovati med vseživljenjskim izobraževanjem in vseživljenjskim učenjem. Terminologija, ki poskuša definirati vseživljenjsko učenje, je zelo bogata: izobraževanje odraslih, kontinuirano učenje, družbeno učenje, vseživljenjsko izobraževanje, skupnostno učenje, samoučenje, kontinuirano strokovno izpopolnjevanje, učenje na delovnem mestu itd. V prejšnjem stoletju, natančneje med letoma 1960 in 1970, so se v Evropi (UNESCO) zvrstila različna razpravljanja o izobraževanju s tendenco razširitve izobraževanja (Borg in Mayo 2002). Prvi uporabljen pojem, vseživljenjsko izobraževanje, je poskušal združevati in vnesti izbor interesov ter idej, ki so se opirale na izbrane politične in moralne značilnosti o družbi znanja

---

<sup>20</sup> Opravljena na podlagi strukturiranega intervjuja.



(Crowther 2004, 128). Uresničevanje pomena vseživljenjskega učenja je sovpadalo z integracijo izobraževanja v vsakdanje življenje. Sčasoma se je koncept vseživljenjskega izobraževanja nekoliko preoblikoval v koncept vseživljenjskega učenja, ki v vsakdanje življenje vpeljuje uporabo ideje o rasti in razvoju znanja za rast in razvoj posameznika. Jelenc (2008, 9) govori o t. i. »paradigmatičnem premiku« od izobraževanja k učenju, kjer ljudje za dosego svojih učnih ciljev vse bolj posegajo po učenju.

Jelenc (2008, 12–14) in Kodelja (2005, 13) opozarjata, da sta tako izobraževanje kot učenje sorodni dejavnosti, ki se po nekaterih značilnostih pomembno razlikujeta. Hozjan (2005, 84) pravi, da izobraževanje v veliki večini poteka v podjetjih v obliki krajših programov, ki omogočajo fleksibilno prilagajanje delovnega mesta. Tukaj lahko zasledimo programe, ki niso neposredno povezani z delom in se vanje vključujejo zaposleni iz osebnih potreb, ki lahko prispevajo k večji kakovosti posameznikovega življenja ter k zviševanju kulture in civilizacijske ravni. Posledica uveljavljanja teh programov je dejstvo, da se delodajalci vse bolj zavedajo, da izobraževanje zaposlenih ne sme biti namenjeno samemu poklicnemu izobraževanju za potrebe dela ali izobraževanja poklicnega položaja posameznika, temveč pridobivanju boljše splošne izobrazbe.

Jelenc (2008) v nadaljevanju pravi, da je treba razlikovati med formalnim in neformalnim učenjem/izobraževanjem. Avtor zastopa stališče, da je učenje širši pojem in izobraževanje samo ena izmed možnosti za njegovo izpeljavo. *Izobraževanje* je opredeljeno kot vloga in dejavnost posameznika. Proces izobraževanja je praviloma uraden, organizacijsko strukturiran s poukom in učiteljem (nujno ni opredeljen s cilji ali organizacijo od zunaj). V procesu izobraževanja ima učenje namen pridobivanje znanja, spretnosti in navad. *Učenje* pa postavlja v ospredje posameznika in temelji na njegovih potrebah ter lastnih dejavnostih. Učenje poteka povsod in zajema vse položaje, kjer vsebine niso tako načrtno usmerjene na predmet, posamezniku pa omogoča večjo dejavnost in avtonomnost. Učenje na podlagi organiziranosti in aktivne vloge posameznika delimo na: organizirano samostojno učenje (posameznik in/ali skupina prevzema odgovornost za načrtovanje, izpeljavo in ovrednotenje učenja ali izobraževanja); če učenje poteka organizirano, ga označujemo kot organizirano samostojno učenje ali vodeno samoizobraževanje, če učenje izpelje posameznik, ga

imenujemo organizirano samostojno učenje. V nadaljevanju je lahko izobraževanje/učenje formalno in neformalno (ibid., 13). Formalno je tisto izobraževanje/učenje, ki privede do formalno potrjenih izobraževalnih rezultatov (npr. dosežena stopnja izobrazbe, diploma, spričevala itd.). Neformalno je tisto, ki ni namenjeno pridobivanju formalnega izkaza, temveč zadovoljevanju drugih izobraževalnih potreb in/ali interesom posameznika. Naključno (priložnostno) ali aformalno učenje (ibid. 2008., 14) ima nižjo stopnjo namembnosti in formaliziranosti izpeljave. V tem primeru si posameznik ne prizadeva, da bi se naučil. Avtor pravi, da je aformalno učenje po svojih značilnostih podobno priložnostnemu, ne poteka formalizirano, od njega pa se razlikuje po tem, da je vsaj deloma namembno.

Vseživljenjsko učenje je celota in je več kot le natančno poznavanje posameznih področij izobraževanja otrok in mladostnikov ter izobraževanja odraslih. Koncept vseživljenjskega učenja je širši in zajema vse strategije vseživljenjskega učenja (od zibelke do groba) in tudi vsebinske razsežnosti (v vseh vlogah, ki jih ljudje povzemamo, vključuje življenjske potrebe). Znana je tudi ugotovitev, da se v odraslosti več učijo in izobražujejo tisti, ki so v preteklosti dosegli višjo raven formalne izobrazbe. To pomeni, da je za posameznika izjemno pomembno njegovo izobraževanje v mladosti (Jelenc Krašovec in Muršak 2005, 7 – 8).

## **5.1 Pojavnost vseživljenjskega izobraževanja in vseživljenjskega učenja v različnih okoljih**

Na ločnici med vseživljenjskim izobraževanjem in vseživljenjskim učenjem ter njuno organiziranostjo Kodelja (2005, 14) navaja, da vseživljenjsko izobraževanje tudi ni izobraževalni sistem, temveč načelo organiziranosti. Vseživljenjsko učenje poteka povsem zunaj tega sistema. Izobraževalni sistem je sicer nujen, vendar ni zadostni pogoj za vseživljenjsko izobraževanje. Evropska komisija podpira vseživljenjsko učenje. Uporabljeno je kot sredstvo za to, da Evropa postane »gospodarstvo z najbolj konkurenčnim in najbolj dinamičnim znanjem na svetu« (ibid., 18–19). Po definiciji OECD (2000a) se vseživljenjsko učenje nanaša na »vse organizirano in sistematično izobraževanje ter izpopolnjevanje, kjer ljudje sodelujejo za pridobitev novega znanja,

novih veččin za potrebe sedanjega oziroma prihodnjega dela; za povečevanje zaslužka; za vedno večje potrebe dela in kariernih priložnosti« (ibid., 403). Isti vir navaja, da koncept vseživljenjskega učenja obsega vse vrste in oblike učenja za individualni ter družbeni razvoj. V ospredju omenja formalno učenje (v šolah, organizacijah za poklicno izobraževanje, ustanovah terciarnega izobraževanja in izobraževanja odraslih) in neformalno (doma, na delu in v skupnosti). Koncept vseživljenjskega učenja ponuja razvoj znanja in spretnosti ne glede na starost. Poudarja potrebo po pripravi in motiviranju za učenje pri otrocih, v zgodnji mladosti in skozi vse življenje. Prizadevanja so usmerjena v zagotavljanje možnosti »za preusposabljanje ali dopolnjevanje znanja za vse, ki ga potrebujejo, odrasle, zaposlene in nezaposlene« (OECD 1996, 15). Izraz vseživljenjsko učenje (Eurydice 2000) je zdaj bolj v ospredju kot izraz vseživljenjsko izobraževanje. Veljavni definiciji sta nekoliko nejasni in pogosto precej abstraktni. Do tega so privedle tako organizacije, ki so koncept vseživljenjskega izobraževanja in vseživljenjskega učenja upravljale z različnih zornih kotov, kot tudi radikalno spremenjene družbenoekonomske razmere, ki se jim pridružujejo še številne razlike v nacionalnih sistemih izobraževanja in usposabljanja. Jelenc poudarja horizontalno integracijo, ki pomeni povezovanje izobraževanja in življenja, ki zahteva spremenjeno konceptualizacijo izobraževanja: enakomerno mora vključevati formalno, neformalno in aformalno učenje (Jelenc 2005, 30).

S stališča liberalne perspektive je vseživljenjsko učenje razširjanje liberalnega izražanja. Omogočilo naj bi izobraževanje za osebni razvoj. V postmoderini perspektivi je vseživljenjsko učenje osrednja sestavina novega pluralističnega, tolerantnega, igrivega in svobodomiselnega okolja. V tem primeru učenje označuje družbeno znanje. Z neosocialistične in egalitarne perspektive je vseživljenjsko učenje povezano z radikalnimi družbenimi normami izobraževanja odraslih, s posebnim poudarkom na družbeni vključenosti, demarkacije in demokratizacije. Vseživljenjsko učenje naj bi omogočilo kakovostno življenje in delo. Znotraj vseživljenjskega učenja z ustreznim poučevanjem pa naj bi posameznika spodbujal, da postane čim samostojnejši, čim bolj kritičen in čim dejavnejši pri svojem razvoju (Jelenc Krašovec in Kump 2005, 48). Izpostaviti je treba, da se lahko vseživljenjsko učenje udejanji le, če bodo ljudje živeli v okoliščinah, ki jih bodo spodbujale k učenju (Jelenc 2005, 31). Poudariti je treba, da bosta tako strategija kot filozofija vseživljenjskega učenja zahtevali prehod zdajšnjih

družb k »učočim se družbam«, s tem pa se bo moralo korenito spremeniti tudi upravljanje vsega izobraževanja (ibid., 40).

Vseživljenjsko učenje lahko razumemo tudi kot naložbo v človekov kapital posameznika. In kot taka se odgovornost prenaša na posameznika za njegovo bogatenje, dopolnjevanje in nadgrajevanje (glej Jelenc Krašovec 2004, 17; Kump 2008, 77). Zanimiva je povezava med vseživljenjskim izobraževanjem in vseživljenjskim učenjem z organiziranostjo izobraževanja v družbi ter posameznikom. Avtorici Jelenc Krašovec (2004) in Kumpova (2008) sta podali nekoliko drugačen pogled na te povezave. Vseživljenjsko učenje in vseživljenjsko izobraževanje sta odgovor na neustrezno organiziranost izobraževanja v družbi. Avtorica Jelenc Krašovec navaja, da gre za povezovanje različnih področij, s tem pa tudi razvijanje »večdimenzionalnega« človeka, ki ni le ogrodje za boljšo produktivnost in ustvarjanja dobička korporacij (Jelenc Krašovec 2004, 19). Kumpova (2008, 80) je mnenja, da vseživljenjsko učenje oži javno sfero, spodkopava izobraževalno dejavnost, uvaja nove mehanizme samonadzorovanja in samodiscipliniranja ter krepi prepričanje, da je za neuspeh odgovoren posameznik.

Integracija učenja v življenje odraslega je zelo pomemben del udejanjanja vseživljenjskega učenja, toda kljub vsemu je le del celote. Integralni del vseživljenjskega učenja je tudi profesionalno učenje, ki se udejanja v formalnem izobraževanju in usposabljanju ter nujno ne vodi do formaliziranih certifikatov. Neformalno učenje se lahko odvija tudi na delovnem mestu. Lahko se zagotavlja z organizacijami in službami, ustanovljenimi kot komplementarne formalnemu sistemu izobraževanja. V primerjavi s formalnim in neformalnim učenjem za priložnostno učenje ni nujno, da je namerno. Tako tudi ni nujno, da ga prepoznajo celo posamezniki sami kot tisto vrsto učenja, ki prispeva k njihovemu znanju in spretnostim (Memorandum o vseživljenjskem učenju 2000). Vseživljenjsko učenje ni več samo en vidik izobraževanja in usposabljanja.

Bryce (2004, 53) pravi, da je vseživljenjsko učenje potrebno za preživetje v svetu, kjer se znanje nenehno spreminja in kjer je tehnološki razvoj zmanjšal potrebo po ponavljajočem se, rutinskem delu. V državah članicah Evropske unije je vseživljenjsko učenje definirano kot strategija dela (Nijhof 2005, 402) oziroma kot aktivnost za učenje

in razvoj znanja. V Evropski uniji so se izoblikovala t. i. akcijska področja (Edwards 2004), ki služijo iniciativi vseživljenjskega učenja (New Perspective for Learning 2001, 1): izgradnja prijateljskih vezi (obojestransko sodelovanje med državami članicami EU), zahteva po učenju v družbi znanja (zadovoljitev rasti, razvoja in obstoja v družbi znanja), naložb v učenje (s strani organizacije in posameznika), večja dostopnost učenja (e-učenje), razvoj kulture učenja (premostitev družbenokulturne ideologije o smislu in namenu učenja), jamstvo za učenje (uspeh na delovnem in osebnostnem področju). Po mnenju Edwardsa (2004, 73) je za podporo vseživljenjskemu učenju naštetih področja, ki obenem predstavljajo tudi »orodja« vseživljenjskega učenja, koristno udejanjiti.

Učenje je osrednji proces za oblikovanje in uporabo t. i. inter- in intraorganizacijskega socialnega kapitala. Od primarne socializacije dalje in skozi življenjski cikel je učenje priložnostni mehanizem, ki preoblikuje izkušnje v razumevanje. Na prvi pogled pojem vseživljenjsko učenje celostno zaokroža vse modele izkustvenega učenja in pomeni tudi osnovo za kontinuiran profesionalni razvoj za opravljanje in ohranjanje dela (Preston in Dyer 2003, 432).

Memorandum o vseživljenjskem učenju (2000) in sklepi Evropskega sveta v Lizboni potrjujejo, da mora premik k vseživljenjskemu učenju spremljati tudi uspešen prehod v gospodarstvo in družbo, ki temeljita na znanju. S kontinuiranim učenjem v življenjskem ciklu je namreč mogoče ohranjati vrednosti znanja in veščin (Candy 1995). Memorandum prevzema mandat Lizbone in Sveta iz Feire pri uvajanju vseživljenjskega učenja. Njegov namen je spodbuditi razpravo o strategiji pri uvajanju vseživljenjskega učenja na individualni in institucionalni ravni. Države članice Evropske unije so s skupnimi močmi in v okviru Evropske strategije zaposlovanja (Eurydice 2000) naznanile vseživljenjsko učenje kot namerno in aktivno učno aktivnost s ciljem izboljševanja kompetenc. Vseživljenjsko učenje ni več koncipirano kot le eden izmed vidikov izobraževanja in usposabljanja, uveljaviti bi se moralo kot načelo aktivnosti pri posamezniku in kot načelo, ki ga mora menedžment organizacije spoštovati in udejanjiti za učinkovito rast ter razvoj učeče se organizacije.

## 5.2 Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi

Koncept vseživljenjskega učenja lahko navežemo tudi na področje zdravstvene nege kot »proces kontinuiranega razvoja vseh posameznikov in timov dela, ki se pri svojem delu srečujejo s potrebami bolnikov« (Departement of Health 1998 v Gopee 2005, 761). V nadaljevanju avtorica tudi navaja, da je integracija vseživljenjskega učenja v zdravstveno nego potrebna zaradi kontinuiranih socialnih in ekonomskih družbenih sprememb, sprememb v sestavi delovne sile in vzdrževanja kvalificiranosti ter kompetenc. Podobno razmišljanje lahko zasledimo tudi pri Altschulu (1982, 29–30) in Jarvisu (1987, 658) z argumentacijo, da mora sam študij zdravstvene nege profesionalce pripraviti na vseživljenjsko učenje, ki jim bo omogočilo učinkovito pridobivanje novega znanja.

Tudi krovni menedžment zdravstvene organizacije naj bi razumel in podpiral koncept vseživljenjskega učenja, in sicer prvič z vidika preoblikovanja in spreminjanja organizacijske strukture zdravstvene organizacije v učečo se organizacijo ter z vidika stroškovne optimizacije in realizacije ekonomskih ciljev, drugič z vidika izpolnjevanja poslanstva (kakovostne zdravstvene storitve) in ohranjanja profesionalno etičnih kriterijev (standardi) ter tretjič z vidika vlaganja v človekov kapital zaposlenih za zagotovitev kakovosti zdravstvenih storitev. Vseživljenjsko učenje je treba razumeti v kontekstu doseganja ciljev posameznika in organizacije. Učenje posameznika in delovnih timov ima lahko več oblik, kar lahko organizaciji prinaša ekonomske dobrobiti. V ospredju je osnovna filozofija, ki izobraževanje in učenje vspodbuja kot vir strateških sprememb in konkurenčnih prednosti organizacije (Farkas in Pannonius 1999) ter tudi kot vir novih idej, priložnosti in inovacij.

Kontinuiteta procesa vseživljenjskega učenja ni omejena samo na znanstvena in strokovna področja praktikov zdravstvene nege. V ta sklop lahko uvrstimo tudi druge znanstvene in strokovne vsebine, ki se z zdravstvenim področjem tesno povezujejo in dopolnjujejo, npr. (strateški) menedžment v zdravstvu, menedžment znanja v zdravstvu, kakovost zdravstva in kakovost zdravstvenih storitev itd. Slednje vsebine so usmerjene na širšo paleto možnosti izpopolnjevanj in dopolnjevanj osnovnega formalnega znanja

zdravstvenih delavcev. Ne glede na vsebino izobraževanj in izpopolnjevanj se v procesu vseživljenjskega učenja znanje nadgrajuje.

## **6 Profesionalizacija zdravstvene nege kot organizacijski potencial**

Razprava o profesionalizaciji zdravstvene nege kot organizacijskem potencialu je usmerjena k novi konceptualizaciji in novi orientaciji zdravstvene nege, drugačni od pogledov sorodnih zdravstvenih poklicev. Nova orientacija zdravstvene nege bi v novi profesionalni projekt vključila koncept zdravstvene nege kot intelektualnega dela ali »dela znanja« (Benson in Brown 2007, 121–125). Za zdravstveno nego to pomeni premik od rutinskih operacij h kompleksnejšemu in ustvarjalnejšemu delu (Frenkel in drugi 1995; Mohrman, Cohen, in Mohrman 1995; Cortada 1998).

Profesionalizacija zdravstvene nege poudarja tudi etični vidik (npr. etični vidik v razmerju med profesionalcem in uporabnikom). To pomeni, da se praktiki zdravstvene nege osredotočajo na interese in potrebe uporabnika s t. i. altruističnimi vrednotami. Novi koncept in profesionalni projekt zdravstvene nege ne oznanja samo pridobivanja položaja, ugleda in moči; predvsem mu gre za pridobivanje profesionalnega nadzora in demarkacijo teritorialnosti lastnih storitev. Zdravstvena nega bo lahko samo z lastnim temeljnim znanjem in lastnimi profesionalnimi kompetencami definirala obstoj ter razvoj zdravstvene nege (Goode 1969 v Freidson 1973, 30; Johnson 1982 v Turner 1995, 131–138; Durkheim 1992; Pahor 2006). Kakor pravi Freidson (1993), so ekspertize sestavni del vsake profesije in predstavljajo avtonomno sposobnost izvedbe določenega dela z etičnimi vrednotami. Podobno razmišlja tudi Svensson (2006), ki pravi, da ekspertize služijo profesionalcem za vpeljevanje dialoga in načrta dela. V sedanjem času lahko znotraj zdravstvene nege govorimo o obstoju »zaloge znanja« (angl. *body of knowledge*) (Fogarty in Dirsmith 2001, 249) s kompleksno razvrstitvijo delovnih izkušenj, ki praktikom zdravstvene nege v zdravstveni poklicni verigi omogoča edinstveni položaj. To pomeni, da ima intelektualno delo praktikov zdravstvene nege celostno usmeritev z osebno odgovornostjo za lastne storitve.

Novi profesionalni projekt in koncept zdravstvene nege kot intelektualnega dela vsebuje možnosti za učinkovit prispevek k obstoju, upravljanju in delovanju organizacije. Praktika zdravstvene nege z znanstvenim in strokovnim človekovim kapitalom lahko v organizacijski strukturi uvrstimo med misleči kapital organizacije, ki je neposredno povezan z notranjim kapitalom organizacije. Notranji kapital organizacije je povezan z inovacijskim kapitalom in razvojnim kapitalom zaposlenih (npr. hitro in učinkovito odločanje v kriznih situacijah, kakovost zdravstvenih storitev, večja produktivnost dela, ugotavljanje bolnikovih potreb in prenos pridobljenega znanja), ki predstavljata sposobnost prenove organizacije. Za intelektualno delo praktiki zdravstvene nege uporabljajo profesionalne kompetence, ki jim omogočajo uporabo strukturnega kapitala. Omogočeno jim je ustvarjati in pridobivati vrednost/kapital s kompetencami oziroma sodelovanjem z drugimi v organizaciji. V zdravstveni organizaciji govorimo o akumulaciji znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala, ki je utelešen v kompetencah praktikov zdravstvene nege, saj so delavci znanja tisti, ki z vzajemnim delovanjem ustvarjajo kompleksno vrednost organizacije. Uspešna izvedba določene servisne storitve je povezana s posameznikovim temeljnim znanjem (Enberg, Lindkvist in Tell 2006, 143–145).

Temelj profesionalizacije zdravstvene nege je ustvarjanje in uveljavitev lastnega teoretičnega znanja, ki v aplikativni obliki sodeluje pri zagotavljanju kakovostnih zdravstvenih storitev. V zdravstvenih organizacijah ima aktivno in aplikativno znanje praktikov zdravstvene nege vrednost »dvojnega« kapitala, in sicer: (a) aktivno znanje omogoča nadgrajevanje znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala, kar neposredno vpliva na (b) rast in razvoj intelektualnega kapitala zdravstvenih organizacij. Toda za uresničevanje rasti in razvoja intelektualnega kapitala moramo v zdravstvenih organizacijah zadostiti tudi pogojem »enakomerne porazdelitve znanja«<sup>21</sup> (Inkpen 1999, 71–72) in »kritične mase« (Carayannis in Alexander 1999, 2 – 8), pri čemer mora kritična masa »praktikov zdravstvene nege – delavcev znanja« privlačiti več delavcev znanja (zdravstvene nege). Lahko govorimo tudi o preoblikovanju osnovnega potenciala v aktivni potencial (Drucker 1999, 5–14; Starc in Ilič 2007, 63–64) oziroma o preobrazbi znanja zdravstvene nege v vrednost/kapital za organizacijo. To pomeni večji aktivni potencial znanja za večanje intelektualnega kapitala

---

<sup>21</sup> Znanje mora biti enakomerno razporejeno na vseh ravneh in med vsemi zaposlenimi v zdravstveni organizaciji.



zdravstvene organizacije, boljšo kakovost zdravstvenih storitev ob zmanjšanju stroškov z racionalno uporabo opreme in pripomočkov, večjo akumulacijo znanja za snovanje kratkoročnih oziroma dolgoročnih materialnih, planskih in kadrovskih načrtov, učinkovito kratkoročno oziroma dolgoročno načrtovanje izobraževanja tako za potrebe profesije kot organizacije. Govorimo o kontinuiranem ustvarjanju vrednosti/kapitala s pomočjo zdravstvene nege in krovnega menedžmenta znanja organizacije. Na tej ravni govorimo o integraciji kritičnega znanja krovnih menedžerjev, ki s podporo profesionalnih skupin in vlaganji v človekov kapital omogočajo produktivnost zdravstvenih organizacij.

### **6.1 Aplikacija teorije človekovega kapitala za proučevanje profesionalizacije zdravstvene nege**

Koncept človekovega kapitala označuje več kot samo formalno izobrazbo. V povezavi s formalno izobrazbo Bontis (2004, 21) utemeljuje, da je samo edinstvena prisotnost formalne izobrazbe nezadosten pogoj za razvoj človekovega kapitala. Človekov kapital lahko prikažemo kot skupek vseh veščin, izkušenj, sposobnosti in znanja (Edvinsson in Malone 1997), ki predstavlja kolektivno organizacijsko sposobnost menedžmenta za uporabo znanja zaposlenih ter za uspešnost in konkurenčnost organizacije (Bontis 1998, 63–66; Ilič 2006).

Ekonomsko razsežnost oziroma aplikacijo proučevanja koncepta človekovega kapitala z vidika zdravja v analitični (matematični) obliki najdemo že pri socioekonomistu G. Beckerju (1962), ki pojmuje individualne izdatke za zdravje kot obliko naložbe v človekov kapital. Idejno podobno, vendar splošneje, razlaga tudi ekonomist T. W. Schultz (1961). Proučevanje teorije človekovega kapitala na zdravstvenem področju je zaslediti pri Grossmanu (1972), ki je z aplikacijo teorije človekovega kapitala zasnoval proučevanje modela povpraševanja po zdravju. Avtor definira zdravje kot kapital za posameznika. Njegove ugotovitve nakazujejo, da naložbe v zdravje zmanjšujejo število bolniških dni in hkrati povečujejo razpoložljivost delovnega časa.

V povezavi s človeškimi viri in teorijo organizacije so bila poznejša raziskovanja na zdravstvenem področju usmerjena na področje kakovosti, npr. kakovosti delovnega življenja (angl. *quality of working life*), na zadovoljstvo na delovnem mestu, odtujitev, stres na delovnem mestu in organizacijsko identifikacijo (Baba in Jamal 1991, 380–381; Igbaria, Parasuraman in Badawy 1994, 177) ter izobraževanje zdravstvenih profesionalcev (Institute of Medicine 2003).

Organizacije razpolagajo z dvema vrstama kapitala, in sicer s t. i. otipljivim in neotipljivim kapitalom (Slika 6.1). Kelly (2004, 610–626) definira vsakega izmed njiju:

- *otipljivi kapital organizacije* kot finančni kapital (infrastruktura, oprema in denarni kapital) in
- *neotipljivi kapital organizacije* kot intelektualni kapital.

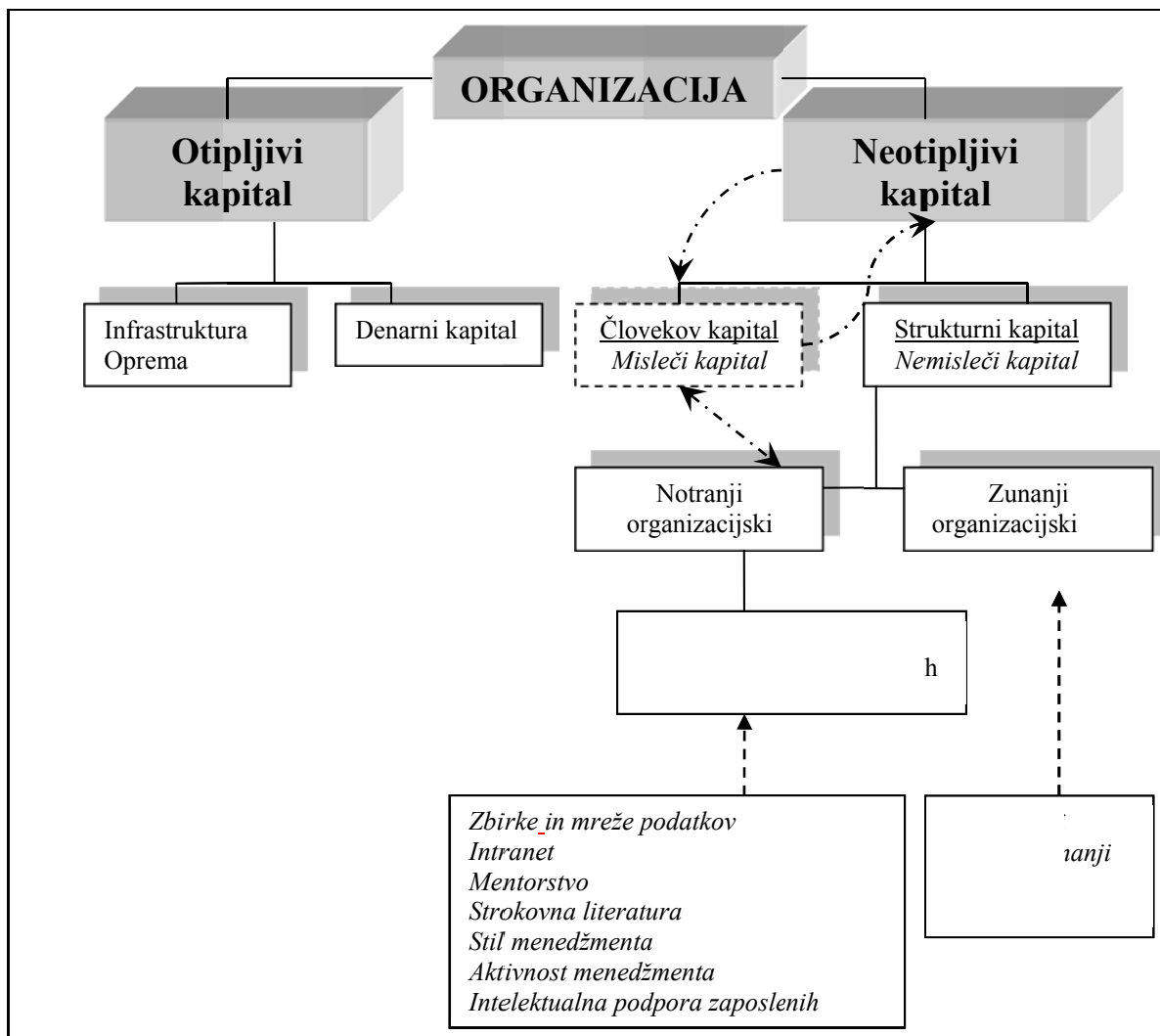
V smislu ugotavljanja neotipljivega kapitala organizacije avtorja Reilly in Dandekar (1997, 74) razpravljata o premoženjskem stanju neotipljivega kapitala, ki je lahko na podlagi določenih zakonskih aktov tudi prenosljiv. Avtorja ugotavljata tudi oprijemljive oblike kapitala, kot so pogodbe, licence in registracijski dokumenti v organizaciji. Kelly (2004) v nadaljevanju razčleni neotipljivi kapital organizacije na dve dimenziji, in sicer na *človekov (misleči) kapital* in na *strukturni (nemisleči) kapital*.

Misleči kapital sestavljajo zaposleni, ki v procesu vseživljenjskega učenja lasten (osnovni) človekov kapital preoblikujejo v nadgrajeno obliko človekovega kapitala in hkrati vplivajo na »gibkost« intelektualnega kapitala organizacije. To je sposobnost preskoka med »kontekstom in situacijo«<sup>22</sup> za prenovo idej ter za organizacijsko uspešnost. Nemisleča sestavina intelektualnega kapitala je *strukturni kapital*. Ta je sestavljen iz zunanega in notranjega organizacijskega kapitala, inovacijskega kapitala ter razvojnega kapitala zaposlenih. Zunanji organizacijski kapital je sestavljen iz uporabnikov storitev in zunanjih sodelavcev. Notranji organizacijski kapital oblikuje nemisleči kapital v povezavi z infrastrukturo in vsakodnevnim delovanjem organizacije.

---

<sup>22</sup> Odnos med okoliščinami in pojavom.

Slika 6.1: Shema otipljivega in neotipljivega kapitala v organizaciji



Vir: Povzeto po Kelly 2004, 609–629.

Viri notranjega organizacijskega kapitala so zbirke in mreže podatkov, intranet, mentorstvo, strokovna literatura ter stil vodenja. Za vsakodnevno delovanje in preživetje notranjega organizacijskega kapitala sta potrebni redna aktivnost menedžmenta ter vsakodnevna intelektualna podpora zaposlenih.

Vzročna zveza obstaja tudi med mislečim in notranjim organizacijskim kapitalom. Notranji organizacijski kapital je pogosto rezultat pretvorbe človekovega kapitala v eksplicitno znanje. Sestavine notranjega in zunanjega organizacijskega kapitala so v večini primerov delovne izkušnje in spretnosti zaposlenih. Po drugi strani inovacijski kapital in razvojni kapital zaposlenih predstavljata sposobnost prenove organizacije.

Človekov kapital je tista esencialna (nujno potrebna) sestavina, ki omogoča rast in razvoj organizacije. Človekov kapital se v splošnem deli na splošni in specifični človekov kapital (Becker 1962; Schultz 1963). Omenjena avtorja razpravljata o naložbah s strani posameznika in organizacije v človeka (splošni človekov kapital) in naložbah v specialna znanja (angl. *on-the-job-training*; specialni človekov kapital) za potrebe organizacije.

Splošni človekov kapital je po definiciji Edvinssona in Malonea (1997) skupek vseh veščin, izkušenj, sposobnosti in znanja posameznika.

Znanstveni in strokovni (specifični) človekov kapital je eden izmed temeljnih konceptov teorije človekovega kapitala (angl. *human capital theory*; Becker 1962; Schultz 1963). Teorija človekovega kapitala predpostavlja, da posameznik vlaga v izobraževanje tako dolgo, dokler so povračila oziroma donosi večji od neposrednih in posrednih stroškov izobraževanja.

S strani posameznika in organizacije so vlaganja v izobraževanje ter učenje vrsta naložbe, namenjene za preoblikovanje v nadgrajeno obliko specifičnega človekovega kapitala. Neposredni in posredni stroški izobraževanja dejansko omogočajo dolgoročno vlaganja v formalno (dodiplomsko in podiplomsko) in neformalno izobraževanje, strokovna usposabljanja na delovnem mestu, kongresih in seminarjih, interna izobraževanja, učne delavnice itd. Povračila so zlasti denarna, vendar lahko nastopajo tudi v obliki osebne rasti in razvoja zaposlenih oziroma v nadgrajeni obliki specifičnega človekovega kapitala, ki povečuje storilnost oziroma delovno uspešnost praktika zdravstvene nege na naslednje načine (Starc in Ilič 2007, 62):

- hitro oziroma učinkovito odločanje v kriznih situacijah,
- učinkovitejša organizacija lastnega dela in dela zaposlenih,
- strokovna napredovanja,
- sprejemanje novih dolžnosti,
- kakovost zdravstvenih in zdravstvenonegovalnih storitev,
- spretnosti pri izvedbi dela za večjo produktivnost,
- odgovornost za opravljeno delo,
- vodenje in nadzor postopkov kakovosti dela,

- doseganje skladnosti s standardi,
- zadovoljstvo bolnikov,
- prenos pridobljenega znanja na kolege.

Rast in razvoj človekovega kapitala se lahko izražata v povečanju uspešnosti posameznikov in organizacije, in sicer v naslednjem (ibid., 62): kakovost zdravstvenih storitev, učinkovitejša organizacija dela, zadovoljstvo zaposlenih, širjenje zdravstvene dejavnosti in izboljševanje sposobnosti zaposlenih, pripadnost organizaciji, produktivnost na delovnem mestu, kakovost medosebnih odnosov, prilagajanje spremenjenim pogojem dela, lažje in hitrejše sprejemanje nove tehnologije, doseganje optimalnega izkoristka uporabljenih virov, učinkovitejši izkoristek materiala in učinkovitejši izkoristek delovnega časa.

Na ravni organizacije je človekov kapital sestavljen iz kompetenc, povezav in vrednosti (Skandia 1998, 387). Kompetence so lahko splošne ali specifične. Splošne kompetence so na trgu dela izmenljive, specifične kompetence so lahko izkoriščene le v specifičnih organizacijah (Sveiby 1997, 54). Kompetence se nanašajo na profesionalne (sposobnost uporabe strukturnega kapitala), socialne (sposobnost delati z drugimi v organizaciji) in komercialne sposobnosti posameznika (sposobnost delati s strankami). Podobno kot socialne kompetence se povezave nanašajo na posameznikove sposobnosti ustvarjanja vrednosti/kapitala s sodelovanjem z drugimi v organizaciji. Končna vrednost je gonilna sila vedenja posameznika in njegova naklonjenost vrednotam (Bontis 2004, 14–15). Black in Lynch (1996, 265–267) argumentirata, da je človekov kapital odvisen od naslednjih kompetenčnih dejavnikov: značilnosti zaposlenega, značilnosti organizacije in prakse na delovnem mestu. McGregor in drugi (2004, 157–161) definirajo človekov kapital kot obseg in kakovost trga dela ter kot vsoto kompetenc posameznikov v organizaciji. Bontis (1998, 66) domneva, da človekov kapital deluje vzajemno s strukturnim kapitalom za ustvarjanje, pridobivanje in delovanje relacijskega kapitala<sup>23</sup> organizacije ter za njen uspeh. Človekov kapital lahko delimo na kompetence zaposlenih, njihov odnos do dela in njihovo intelektualno prožnost (Sitar 2006, 67).

---

<sup>23</sup> Relacijski kapital se po eni strani nanaša na kliente organizacije, blagovno znamko, dejavnost in distribucijo kanalov, po drugi strani pa se nanaša na kliente kot na zalogo informacij in znanja, ki so za organizacijo pomembni (Bontis 1998).

Človekov kapital je po OECD definiran kot »znanje, veščine in kompetence ter izkušnje« (Dess in Picken 1999, 8), ki so utelešene v posamezniku ter relevantne za delovanje ekonomije (OECD 2005), relevantne so za posel ter za sposobnost prispevati v »skladišča« znanja s posameznikovim učenjem (Dess in Picken 1999, 8).

Akumulacija človekovega kapitala v organizaciji ali akumulacija pričakovano talentiranih posameznikov ni zadostni pogoj za realizacijo procesa pretvorbe osnovnega potenciala v aktivni potencial za organizacijo (Starc in Ilič 2007, 63–64). Za vlaganje v lastne veščine in ekspertize morajo obstajati tudi želje in aspiracije (Stiles in Kulvisaechana 2003, 5) s strani posameznikov in organizacije. Z drugimi besedami, posameznik mora zaupati ali se identificirati z organizacijo. Samoiniciativa posameznikov lahko pozitivno pripomore k aktivnemu povezovanju človekovega kapitala s socialnim in organizacijskim kapitalom. Posameznik v vsakdanjem in delovnem življenju lahko koristi ter povezuje vse tri oblike kapitala (človekovega, organizacijskega in socialnega). Avtorja intelektualni kapital opredeljujeta kot »vsoto« vseh treh oblik kapitala.

V povezavi z aktivno udeležbo in samoiniciativo posameznika za naložbo v lasten človekov kapital tudi Coleman (1990, 304) zagovarja stališče, da je človekov kapital utelešen v veščinah in znanju, ki si ga je posameznik pridobil (ibid. 1990) s samoizobraževanjem. Coleman tudi pravi, da je »človekov kapital ustvarjen za spreminjanje osebe tako, da ta uporablja veščine in spretnosti za delovanje v določeni smeri« (ibid., 304). Človekov kapital je opisan tudi kot rezultat vzajemnih dejavnikov: napora, vedenja, sposobnosti in časa (Davenport in Prusak 1998) ter intelekta (Bontis 2001, 15). Vsi omenjeni dejavniki so v lasti zaposlenih.

### **6.1.1 Vlaganja v človekov kapital za profesionalizacijo**

Vlaganja v človekov kapital so lahko kratkoročnega ali dolgoročnega značaja. Vlaganja so lahko s strani posameznika (samoiniciativa) ali s strani organizacije. Tako organizacije kakor posameznik lahko vlagajo v človekov kapital v obliki formalnega ali neformalnega izobraževanja/učenja. S strani organizacije so vlaganja v posameznika

močno odvisna od strategije krovnega menedžmenta ter vrste organizacije. Kontinuirana vlaganja v človekov kapital zaposlenih lahko zasledimo v organizacijah znanja oziroma učečih se organizacijah, saj je preživetje organizacije neposredno povezano z intelektualnim delom zaposlenih. Ključna sestavina človekovega kapitala je »posedovati«  
ekspertize. V povezavi z distribucijo (porazdelitvijo) znanja nekatere študije (Bruderl, Preisendorfer in Zeiler 1992, 231–240; Gimeno in drugi 1997, 777) dokazujejo, da je človekov kapital ključna sestavina za razlago delovanja organizacije. Bolj kot je znanje v organizaciji homogeno razporejeno, učinkovitejši je pretok informacij, večja je akumulacija znanja, znanje se bogati, nadgrajuje in izpopolnjuje, večja je produktivnost ter boljša sta kakovost in učinkovitost storitev/proizvodov.

Za realizacijo koncepta družbe znanja so prednostne naloge držav članic OECD pospešena vlaganja v človekov kapital za dvig zaposljivosti in povečevanje družbene prosperitete. V družbi znanja lahko na nacionalni in organizacijski ravni ter na ravni posameznikov prepoznamo nujnost posedovanja znanja, spretnosti in veščin (kompetenc) za učinkovit razvoj in napredek tako posameznika kot organizacije. V organizacijah sta ustvarjanje in produciranje znanja odvisni od aktivnosti zaposlenih, kajti posamezniki so tisti, ki ustvarjajo kompleksno vrednost storitev/proizvodov. Nonaka in Takeuchi (1995, 239) pravita, da le posameznik lahko ustvarja kompleksno vrednost. Avtorja pravita, da je iz denominacije kapitala posameznikov mogoče predpostavljati, da če je ena enota kapitala identična drugi, sta pripravljene na replikacijo (ibid. 1995). Strogo po tej predpostavki lahko sklepamo, da ne obstaja razlikovanje med posamezniki, temveč denominacija posameznikov (enot) kot kapital znanja. Na podlagi omenjene teoretične predpostavke v organizaciji predstavljajo vsi zaposleni »potencial«  
kapitala znanja: posameznik (P) = enota kapitala/zaposleni (EK) (P = EK). Na podlagi teoretične predpostavke identičnosti enot (posameznikov) v nadaljevanju lahko sklepamo: (a) da je v organizaciji vsak posameznik (P) avtonomna, potencialna enota kapitala (EK) in je kot enota tudi identičen drugemu posamezniku oziroma drugi enoti; (b) če so enote med seboj identične in tako pripravljene na replikacijo (R) v določeni časovni točki ( $t_r$ ), lahko sklepamo, da lahko obstaja (c) homogena razporeditev človekovega kapitala med zaposlenimi. V povezavi z uporabo intelektualnega kapitala v organizacijah Inkpen (1999, 78–79) ocenjuje, da se vrednost intelektualnega kapitala povečuje, kadar je človekov kapital homogeno porazdeljen. S

porazdelitvijo je omogočena eksponencialna rast človekovega kapitala pod pogojem, da kritična masa znanja privlači več delavcev znanja (Carayannis in Alexander 1999, 5).

Teoretično funkcijo replikacije lahko prenesemo na področje zdravstvene nege. Med stratifikacijskimi razredi na področju zdravstvene nege so prisotne zdravstvenonegovalne skupine z različnimi stopnjami izobrazbe (razpon od 5. do 7. stopnje izobrazbe). Izhajajoč iz teoretične predpostavke, da je ob višji stopnji izobrazbe višji tudi potencial človekovega kapitala, se omenjena replikacija lahko izvede na dva načina. S prvim načinom združujemo vse stratifikacijske razrede v celoto. To pomeni, da so v tej celoti vse enote ( $P$  = enota kapitala/zaposleni) med seboj identične in pripravljene na replikacijo, npr. podvajanje/prenos znanja, izkušenj in spretnosti; združevanje vseh poklicev v zdravstveni negi po stopnji izobrazbe (Preglednica 6.1). Predstavili bomo replikacijo v vseh stratifikacijskih razredih. Teoretično se v posameznih stratifikacijskih razredih nahajajo tri enote kapitala (EK) ali trije zaposleni ( $P_3$ ). V določeni časovni enoti ( $t_r$ ) se izvede replikacija enot kapitala ( $2 \times P_3 = P_6$ ), kar privede do podvajanja/prenosa znanja, izkušenj in spretnosti ( $P_6$ ). V tem primeru vsi stratifikacijski razredi (pet stratifikacijskih razredov) se združujejo v celoto in vse enote so med seboj identične. Po zaključenih replikacijah vse združujemo v celoto ( $5 \times P_6 = P_{30}$ ).

Preglednica 6.1: Teoretična replikacija  $P = EK$  vseh stratifikacijskih razredov

Stratifikacijski razredi	Srednja stopnja izobrazbe	Višja stopnja izobrazbe	Visokostrokovna stopnja izobrazbe	Univerzitetna stopnja izobrazbe	Podiplomska stopnja izobrazbe
$P_n = EK_n$	$P_3$	$P_3$	$P_3$	$P_3$	$P_3$
$t_r$ (replikacija)	$P_6$	$P_6$	$P_6$	$P_6$	$P_6$
Rezultat	$P_{30}$				

Opomba:  $P$  = posameznik = EK = enota kapitala/zaposleni;  $P_n$  = število posameznikov/zaposleni/enot kapitala;  $P_6 = 2 \times P_3$ ;  $P_{30} = 5 \times P_6$

Vir: Starc 2011d

Z drugim načinom lahko replikacijo enot kapitala izvedemo le znotraj posameznih stratifikacijskih razredov. Prednost prvega načina je, da združuje vse enote kapitala, kar



poveča število enot kapitala, vendar se postavlja vprašanje, ali se z združevanjem stratifikacijskih razredov in s tem enot kapitala povečata tudi kakovost ter homogena razporeditev kapitala znanja. Stratifikacijski razredi v zdravstveni negi so nastali prav zaradi nivojskih razlik v izobrazbi in s tem posledično razlik v izvedbi zdravstvene nege in delegiranju dela.

Vstop v višji stratifikacijski razred posledično prinaša večjo intraprofesionalno moč in večjo odgovornost. Ker je vstop v določen (višji) stratifikacijski razred mogoč le s formalno izobrazbo, lahko predpostavljamo, da so člani v višjih stratifikacijskih razredih bolj »opremljeni« s profesionalnimi kompetencami kot člani na nižjih ravneh, kar bi lahko pomenilo tudi višji človekov (aktivni) potencial.

Ker so po definiciji enote kapitala med seboj identične in pripravljene na replikacijo, lahko repliciramo samo med seboj »resnično« identične enote kapitala (Preglednica 6.2).

Preglednica 6.2: Teoretična replikacija  $P = EK$  posameznih stratifikacijskih razredov

Stratifikacijski razredi	Srednja stopnja izobrazbe	Višja stopnja izobrazbe	Visokostrokovna stopnja izobrazbe	Univerzitetna stopnja izobrazbe	Podiplomska stopnja izobrazbe
$P_n = EK_n$	$P_3$	$P_3$	$P_3$	$P_3$	$P_3$
$t_r$ (replikacija)	$P_6$	$P_6$	$P_6$	$P_6$	$P_6$
Rezultat	$P_6$	$P_6$	$P_6$	$P_6$	$P_6$

Teoretična predpostavka večanja intraprofesionalne moči in odgovornosti v smeri puščice

Legenda: SI: srednja stopnja izobrazbe; VŠI: višja stopnja izobrazbe; ViI: visokostrokovna stopnja izobrazbe; UI: univerzitetna stopnja izobrazbe; PI: podiplomska stopnja izobrazbe.

Opomba:  $P$  = posameznik =  $EK$  = enota kapitala/zaposleni;  $P_n$  = število posameznikov/zaposleni/enot kapitala.

Vir: Starc 2011e

To pomeni, da lahko identičnost enot dosežemo le v posameznih stratifikacijskih razredih zdravstvene nege. Na podlagi teoretičnega komentarja lahko zaključimo, da lahko identičnost enot kapitala dosežemo le znotraj posameznega stratifikacijskega razreda zdravstvene nege, npr. samo v stratifikacijskem razredu dipl. medicinskih

sester/dipl. zdravstvenikov. Na ta način teoretično predpostavljamo, da so v višjih stratifikacijskih razredih večje profesionalne kompetence, ki omogočajo učinkovitejše podvajanje/prenos znanja, izkušenj in spretnosti.

Tudi v tem primeru se v posameznih stratifikacijskih razredih nahajajo tri enote kapitala (EK) ali trije zaposleni ( $P_3$ ). V določeni časovni enoti ( $t_r$ ) se izvede replikacija enot kapitala ( $2 \times P_3 = P_6$ ), kar privede do podvajanja/prenosa znanja, izkušenj in spretnosti ( $P_6$ ). V tem primeru vsi stratifikacijski razredi (pet stratifikacijskih razredov) niso združeni v celoto in enote kapitala so med seboj identične samo v lastnem stratifikacijskem razredu. Po zaključenih replikacijah vseh enot kapitala ne združujemo v celoto.

### **6.1.2 Intelektualni kapital zdravstvenih organizacij**

Začetki uporabe koncepta intelektualnega kapitala segajo v devetdeseta leta prejšnjega stoletja s Thomasom Stewartom (1997). Avtor je definiral intelektualni kapital kot vsoto vsega, kar posameznik zna, da doseže tekmovalno prednost na trgu dela. Leta 1994 se je koncept intelektualnega kapitala uspešno umestil tudi v letno bilanco stanja organizacij. To se je zgodilo pri zavarovalniški organizaciji Skandia, kjer je Leif Edvinsson uporabil intelektualni kapital kot pripomoček upravljanju oziroma menedžmentu organizacije. Na akademski ravni lahko koncept intelektualnega kapitala zasledimo pri Edvinssonu in Maloneu (1997) ter Sveibyju (1997). Intelektualni kapital je definiran tudi kot dinamično in vzajemno delovanje posameznikov v organizaciji (Habermas 1984; Sveiby 1997; Kogut in Zander 1993, 631; Nonaka 1994, 14–34; Saint Onge 1996; Spender in Grant 1996; Edvinsson in Sullivan 1996, 363; Bontis 1998, 63; Choo 1998; von Krogh, Kazua in Nonaka 2000). Delovanje organizacije temelji na edinstvenem in vzajemnem delovanju vsakega posameznika. Harmonična in homogena porazdelitev znanja omogoči aktivno produkcijo in hkrati transfer aktivnega znanja. Aktivno znanje z aktivnim potencialom sproži »verižno reakcijo« razmerij, odnosov, komunikacije, poznanstva med posamezniki v organizaciji (von Krogh, Kazua in Nonaka 2000). Nahapiet in Ghoshal (1998, 245–248) opredeljujeta intelektualni kapital kot znanje in sposobnost organizacije. Navedeno sovпада s konceptom človekovega kapitala, ki

vsebuje pridobljeno znanje, veščine in spretnosti, ki posamezniku omogočajo avtonomno delovanje za osebni in organizacijski razvoj.

Znanje, ki ustvarja ekonomsko vrednost, je po mnenju Mačka (2006, 97) intelektualni kapital. Avtor zastavlja tudi vprašanje merjenja in vrednotenja znanja kot intelektualnega kapitala v organizaciji. Pristopi k merjenju se nanašajo na celotni intelektualni kapital organizacije ali samo na njegove posamezne dele (npr. na človekov kapital). Maček navaja, da se razprave glede raziskovalnega predmeta med seboj precej razlikujejo: nanašajo se na intelektualni kapital, neoprijemljiva sredstva (angl. *intangible assets*), neoprijemljive vire (angl. *intangible resources*), človekov kapital, človeške vire (angl. *human resources*), znanjski kapital (angl. *knowledge capital*). Pri tem velja, da je človekov kapital skupaj s strukturnim in relacijskim kapitalom sestavni del intelektualnega kapitala.

Razpravljanja na področju intelektualnega kapitala se osredotočajo tudi na integracijo teoretičnih perspektiv. Omeniti moramo perspektivo virov (Barney 1986, 1232), nematerialnih virov (Penrose 1995), organizacijskih virov (Polanyi 1966), perspektivo s središčem na znanju in neoprijemljivih virih (Itami in Roehl 1987), na eksplicitnem in implicitnem znanju (Nonaka in Takeuchi 1995) ter na jedrnih kompetencah (Prahalad in Hamel 1990, 1–15). Nekateri avtorji zagovarjajo »strukturno« delitev intelektualnega kapitala na človekov kapital, strukturni kapital in relacijski kapital (Stewart 1997; Sveiby 1997; Ulrich 1998, 19–22; Bontis 1998, 65–66, 70–72; Mouritsen, Larsen in Buku 2001, 736–740). Intelektualni kapital se nanaša na organizacijsko sposobnost izmenjave in kombinacije informacij za ustvarjanje novega znanja (Smith, Collins in Clark 2001).

Nekateri avtorji so prepričani, da lahko intelektualni kapital organizacije razumemo kot človekov in organizacijski kapital (Edvinsson in Sullivan 1996, 357; Roos in Roos 1997, 415), ki je v povezavi z znanjem zaposlenih in organizacijo intelektualnih skupnosti ter poklicno prakso (Nahapiet in Ghoshal 1998, 245–248). Stewart (1997) intelektualni kapital definira kot znanje, ki ustvarja vrednosti/kapital, informacije in izkušnje, ki so posebljene v posamezniku. V organizacijah Kelly (2004, 610–612) intelektualni kapital definira kot organizacijsko sposobnost vodenja prenove znanja,

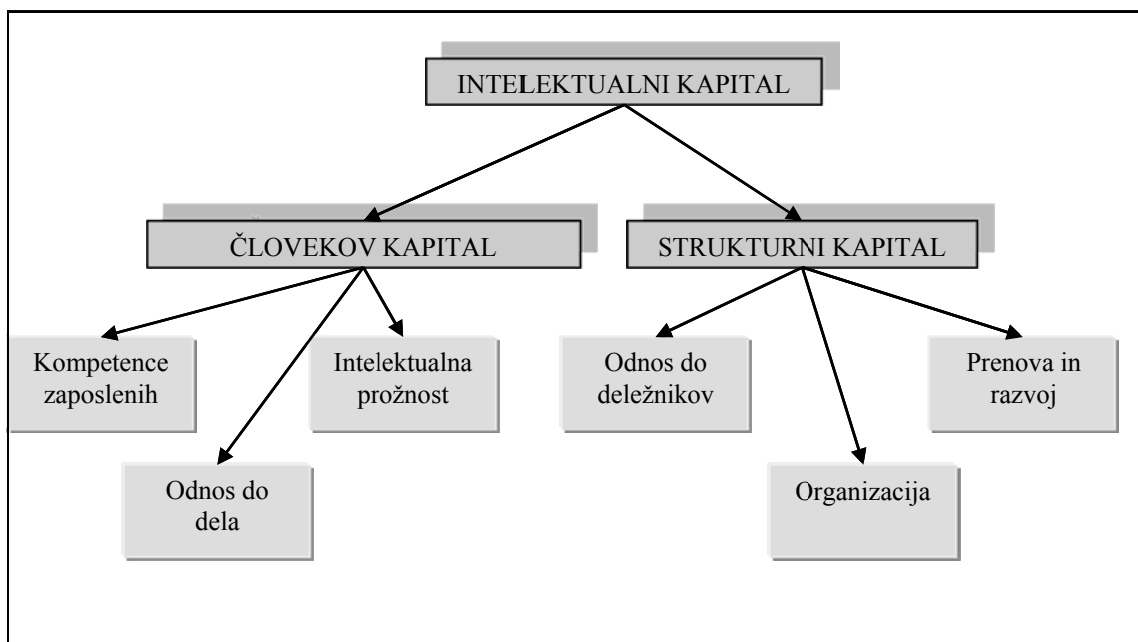
prenosa znanja in izkušenj zaposlenih itd. Hargreaves (2001, 490) razume intelektualni kapital kot organizirano znanje, vsoto vsega znanja posameznikov v organizaciji, ki pripomore k večji konkurenčni prednosti. Avtor domneva, da intelektualni kapital raste s pomočjo dveh procesov: z ustvarjanjem novega znanja ter s sposobnostjo prenosa znanja med organizacijami in ljudmi. Ustvarjanje novega znanja poteka (tudi) z vseživljenjskim učenjem. Tukaj se osnovno znanje (a) obogati in nove informacije se uskladiščijo, oblikujejo se nove povezave, ki omogočajo (b) nadgradnjo osnovnega znanja. Tako obogateno in nadgrajeno znanje omogoča učinkovitejšo sposobnost prenosa novega znanja med zaposlenimi in med organizacijami (Kelly 2004, 620). Ulrich (1998, 15) definira posamezne vzroke za povečanje intelektualnega kapitala: porast povpraševanja po delavcih znanja, po kakovosti večja obseg in namen dela, spremenjen odnos do uporabnikov in povečevanje pomena učenja ter inovacij.

Leta 1996 je OECD definirala intelektualni kapital kot ekonomsko vrednost neoprijemljivega premoženja organizacije v dveh kategorijah, in sicer: (a) organizacijski in (b) človekov kapital. Dunford, Snell in Wright (2001, 19–25) ocenjujejo, da se v koncept intelektualnega kapitala integrirajo tri dimenzije kapitalov, in sicer človekov, socialni in organizacijski kapital. Nahapiet in Ghoshal (1998, 245–248) ocenjujeta, da se intelektualni kapital osredotoča na menedžment organizacije v smeri upravljanja znanja in s sposobnosti vodenja socialne skupnosti (zaposleni) kot organizacije intelektualne skupnosti.

V povezavi z relacijami na trgu dela lahko sledi opredelitev intelektualnega kapitala kot vsote vsega in vseh v družbi, ki ustvarjajo konkurenčno prednost na trgu, kot vsote znanj posameznikov in praktične uporabe tega znanja ter kot vir neoprijemljivih sredstev (Sitar 2006, 67). V nadaljevanju avtorica ugotavlja, da se intelektualni kapital v grobem deli na dva ključna dela. Prvi je v lasti zaposlenih in skupaj z njimi »odide« iz organizacije, ko zapustijo delovno mesto. Gre za človekov kapital, ki predstavlja znanje in sposobnosti zaposlenih. Toda v organizaciji ostane strukturni kapital, ki je del intelektualnega kapitala, tudi ko zaposleni »odidejo« domov, in je v lasti organizacije. Znanje posameznikov predstavlja le del celotnega znanja organizacije, torej del intelektualnega kapitala oziroma znanja v širšem smislu (Slika 6.2).

Ghoshal in Gratton (2003) v študiji argumentirata nasprotno tezo, namreč, da je intelektualni kapital del človekovega kapitala. Po njihovi oceni človekov kapital vsebuje integrirane sestavine intelektualnega kapitala, socialnega kapitala in čustvenega kapitala.

Slika 6.2: Delitev znanja v shemi intelektualnega kapitala



Vir: Sitar 2006, 67.

Lahko bi rekli, da je človekov kapital miniaturni intelektualni kapital. Toda izhajali bomo iz že postavljene in teoretično argumentirane teze, da intelektualni kapital zavzema mnogo širše dimenzije. Človekov kapital je eden sestavnih delov in je samo ena dimenzija intelektualnega kapitala (npr. Kaplan in Norton 1992, 73–79; Sveiby 1997; Harvey in Lusch 1999, 90).

Z naštetimi idejami sovпада naša predpostavka, t. i. *dvojna povratna povezava*. To pomeni, da je vlaganje v človekov kapital posameznika obojestransko in soodvisno tako od posameznikovih vlaganj v intelektualni kapital kakor tudi od intelektualnega kapitala oziroma organizacije in njenega vlaganja v posameznike. V organizaciji predstavljajo zalogo človekovega kapitala: znanje, spretnosti in sposobnosti, socialni (povezave med zaposlenimi) in organizacijski (procesi in rutine v organizaciji) kapital (Dunford, Snell in Wright 2001, 716). Dzinkowski (2000) ugotavlja, da je intelektualni kapital definiran

kot zaloga celotnega kapitala ali na znanju temelječa pravica, ki jo ima organizacija v lasti.

Intelektualni kapital ima pravzaprav dve večji dimenziji: je končni produkt preoblikovanja in realokacije znanja (Starc in Ilič 2007, 64) in je vsota celotnega znanja zaposlenih v organizaciji. Toda ključna je predpostavka, da intelektualni kapital vzajemno integrira tri sestavine: človekov kapital, organizacijski (strukturni) kapital in relacijski kapital (Dzinkowski 2000; Stovel in Bontis 2002, 304).

Bygdås, Røyrvik in Gjerde (2004) zagovarjajo tezo, da intelektualni kapital nima veliko skupnega le s finančnimi viri ali le z abstraktnim mišljenjem. Pregled nekaterih konceptov intelektualnega kapitala razkriva povezavo med znanjem in intelektualnim kapitalom organizacije, in sicer:

- znanje in intelektualna sposobnost članov v organizaciji (Nahapiet in Ghoshal 1998, 251): posamezne enote oziroma člani organizacije z rednim in učinkovitim nadgrajevanjem znanja bogatijo človekov kapital, kar pozitivno prispeva k večanju intelektualnih sposobnostih za rast in razvoj intelektualnega kapitala,
- uporabno znanje (Stewart 1997): je tisto, ki omogoča profesionalno in kakovostno izvedbo storitev/proizvodov; ker je kakovostna izvedba storitev/proizvodov neposredno povezana z znanjem, tudi večanje oziroma izboljševanje kakovosti storitev/proizvodov pripomore k večanju intelektualnega kapitala po releaciji:

*aplikativno znanje = kakovost storitev/proizvodov*



*kakovost storitev/proizvodov = večanje intelektualnega kapitala*

- znanje, preoblikovano v premoženje organizacije (Edvinsson in Sullivan 1996, 358): licence, pogodbe, dokumenti oziroma znanje v materialni obliki.

V povezavi z intelektualnim kapitalom bomo omenili še Ulrichovo (1998, 16) formulo: intelektualni kapital = kompetence x sporazum. Mnenje Edvinssona, Kittsa in Bedinga (2000) je, da Ulrichova definicija ne upošteva nikakršne strukturne dimenzije. Po Ulrichovi formuli je intelektualni kapital zmnožek parametrov ali spremenljivk

prilaganja med tržnim in strukturnim kapitalom in naraščajočimi kompetencami ter parametra sporazuma med ljudmi znotraj organizacije. Aktivni potencial krovnega menedžmenta ima sposobnost spreminjati, prilagajati, spremljati, oblikovati in usmerjati se k ciljem organizacije.

Tudi Edvinsson, Kitts in Beding (2000) nakazujejo oblikovanje sistematičnega procesa preoblikovanja človekovega kapitala. Skupno tem razpravam je oblikovanje in nastanek človekovega kapitala. Kot temeljno sestavino delovanja omenjenega procesa omenjajo strukturni kapital, ki učinkuje kot multiplikator za organizacijski prihodek. Podobno razmišlja tudi Drucker (1999, 276), ki govori o preobrazbi potencialov intelektualnega kapitala oziroma o preobrazbi v nekaj, kar ima vrednost. Znanje ima tudi svojo notranjo vrednost, ki je integrirana v neotipljivi (misleči) kapital kot notranji kapital. Vendar znanje samo po sebi brez aktivne udeležbe posameznikov ne more ustvarjati kapitala/vrednosti niti za posameznika niti za organizacijo. Govorimo lahko o ustvarjanju kapitala/vrednosti z interakcijami med neotipljivimi in otipljivimi organizacijskimi strukturami. To pomeni aktivno uporabo znanja, spretnosti in veščin (kompetenc) za doseg lastne rasti ter rasti intelektualnega kapitala organizacije pod pogojem, da je sistem organizacije posameznikom naklonjen in njihova prizadevanja podpira. Izhajajoč iz navedenega je intelektualni kapital vzajemno delovanje kompetentnih profesionalnih posameznikov in strateško naravnane krovne menedžmenta. Omenjeno sestavino kompetentnih in profesionalnih posameznikov lahko zasledimo tudi v Ulrichovi formuli, kjer pa ne najdemo spremenljivke aktivnega deleža organizacij.

### **6.1.3 Strukturni, socialni in mrežni kapital**

Koncept strukturnega kapitala reflektira alokacijske strukture oziroma pogoje, med katere po mnenju McGregorja in drugih (2004, 160–161) sodijo fizične in socialne strukture, organizacijska kultura, proces menedžmenta, zbirke podatkov, organizacijske strukture itd. Engstrom in drugi (2003, 288) razpravljajo, da strukturni kapital vsebuje vse zaloge znanja v organizaciji. Bontis (1998, 66–70) tudi domneva, da človekov

kapital skupaj s strukturnim kapitalom vzajemno deluje za ustvarjanje, pridobivanje in zavzetost relacijskega kapitala za organizacijo ter njen uspeh.

Strukturni kapital ali nemisleči kapital se nanaša na dve poglavitni dimenziji: (1) na sestavo, kot so procedure in sistemi organizacije, ter (2) na neformalne strukture, npr. organizacijsko kulturo (Sveiby 1997), ki omogočajo uporabo človekovega kapitala v organizaciji. Strukturni kapital so tudi pogoji za razvoj človekovega kapitala z »obstoječim« znanjem organizacije. Po Sitarjevi (2006, 67) strukturni kapital kot organizacijski del sestavljajo: zbirke podatkov, opisi organizacijskih procesov, intelektualna lastnina organizacije,<sup>24</sup> odnosi z deležniki, organizacijska struktura in kultura, razmerja s kupci in dobavitelji, razvojne faze novih proizvodov, procesi prestrukturiranja itd. Avtorica navaja, da strukturni kapital kot sestavni del znanja organizacije sooblikujejo zaposleni v organizaciji. Odnosi z zunanjimi udeleženci v eksogenem okolju organizacije pomenijo del strukturnega kapitala organizacije, ki se gradi z izmenjevanjem informacij, znanja in proizvodov/storitev.

Socialni kapital je definiran kot sposobnost ustvarjanja zaupanja ter kot sestava kulturnih in strukturnih elementov (Hargreaves 2001, 490), ki jih organizacija uporablja v relaciji do zunanjega okolja (Bueno, Salmador in Rodriguez 2006, 296–399). Znotraj socialnega kapitala ločimo tri dimenzije, in sicer strukturno dimenzijo (povezave in sestava povezav), kognitivno dimenzijo (kode, jezik) in dimenzijo odnosov (zaupanje, norme, dolžnosti). V organizacijski dimenziji neotipljivega kapitala je obstoj socialnega kapitala (na mikro in makro ravni) odvisen od mrežnih povezav oziroma relacijskega kapitala (Nahapiet in Ghoshal 1998, 266), ki oblikuje drugačne vire za upravljanje socialnega kapitala. Socialne povezave in s tem socialni kapital imajo pomemben vpliv na razvoj človekovega in intelektualnega kapitala. Posameznik z boljšim socialnim kapitalom in močnimi mrežnimi povezavami bo deležen večjih donosov človekovega kapitala (Garavan in drugi 2001, 52). Na ravni organizacije, trdita Nahapiet in Ghoshal

---

<sup>24</sup> Intelektualna lastnina organizacije se nanaša na intelektualno delo zaposlenih: npr. izumi, literarna in umetnostna dela ter simboli, imena in slike, ki se uporabljajo v komercialne namene. Intelektualna lastnina je razdeljena na dve kategoriji: industrijsko lastnino (patenti, znamke, vzorci, geografske označbe porekla blaga) in avtorske/založniške pravice (literarna in umetnostna dela) (World Intellectual Property Organization).



(1998, 250), naravnost socialnega kapitala z učinkovitim vplivanjem na pogoje prenosov informacij pripomore k razvoju intelektualnega kapitala.

Naloga socialnega kapitala kot dela intelektualnega kapitala je povezovanje različnih organizacijskih virov v proces, ki oblikuje vrednost za uporabnike in naj bi se prenašal na tekmovalno prednost (Dess in Picken 1999, 11). V ta proces se vključujejo: organizirane strukture sporočanja; organizacijski sistemi, procesi, procedure; informacije in komunikacijska infrastruktura; pridobivanje virov, razvoj in sistemi alokacije; procesi odločanja in pretok informacij; spodbude, kontrola in učinki sistemov merjenja; organizacijska kultura, vrednote ter vodenje. Vzajemno delovanje omenjenih dimenzij spodbuja motivacija zaposlenih za razvoj in uporabo lastnih veščin ter znanja (Stiles in Kulvisaechana 2003, 8).

Podenota strukturnega kapitala je organizacijski mrežni kapital, ki izraža notranje in zunanje organizacijske odnose za doseg ciljev organizacije (Burt 1997; Nahapiet in Ghoshal 1998). Socialni odnosi so tukaj definirani kot proces zaupanja, relacijski in interakcijski proces.

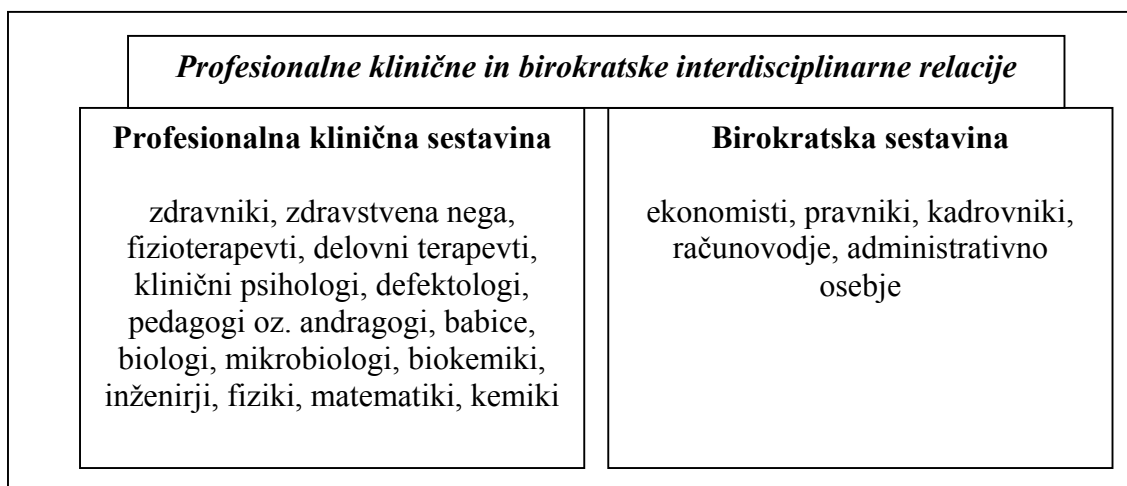
## **6.2 Analiza intelektualnega kapitala zdravstvenih organizacij**

Analiza intelektualnega kapitala zdravstvenih organizacij se osredotoča na neoprijemljive sestavine intelektualnega kapitala (misleči/človekov kapital). Zdravstvene organizacije, ki jih po teoretičnih opredelitvah opisujemo kot birokratske organizacije (Mintzberg 1979), pravzaprav predstavljajo konglomerat interdisciplinarnih relacij. Te lahko zasledimo že pri profesionalni klinični sestavini, ki jo predstavljajo vsi profesionalci/praktiki, ki sodelujejo v procesu diagnosticiranja, zdravljenja in rehabilitacije bolnikov (npr. zdravniki, praktiki zdravstvene nege, fizioterapevti, delovni terapevti, klinični psihologi, defektologi, pedagogi oziroma andragogi, babice, biologi, mikrobiologi, biokemiki, inženirji, fiziki, matematiki, kemiki). Birokratska sestavina obeležuje celotna administrativna, finančna in kadrovska opravila. Ocenjujemo, da so interdisciplinarne relacije toliko bolj prisotne v profesionalni klinični sestavini kot v birokratski sestavini, kolikor več se znanstvenih

ved oziroma profesionalcev/strokovnjakov v profesionalni klinični sestavini nahaja, deluje in sodeluje. Če izhajamo iz teoretične predpostavke o identičnosti enot in njihove replikacije (Nonaka in Takeuchi 1995, 239), je tako v profesionalni klinični sestavini predvidljivo število enot, ki so po vsebnosti znanja med seboj identične in tako pripravljene na replikacijo. To potrjuje, da je ob večjem številu profesionalcev/strokovnjakov zaloga znanja tako po kakovosti kot količini bistveno večja (Slika 6.3).

V zdravstvenih organizacijah se ob birokratski sestavini profesionalna klinična sestavina predstavlja kot tista, ki v večji meri zaznamuje misleči/človekov kapital. Človekov kapital sestavljajo vsi zaposleni, ki s skupnimi napori ustvarjajo, oblikujejo, širijo in aplicirajo znanje.

Slika 6.3: Kakovostna in količinska zaloga znanja v zdravstveni organizaciji



Vir: povzeto po Mintzbergu 1979, 448-366.

Če izhajamo iz skupnih teoretičnih predpostavk intelektualnega kapitala, da znanje posameznikov ali vsota celotnega znanja ustvarja vrednost/kapital, lahko sklepamo, da je v zdravstvenih organizacijah neoprijemljiva misleča sestavina tista, ki v večji meri prispeva k rasti in razvoju intelektualnega kapitala. Na tej ravni je treba izpostaviti še sestavino ekspertiznega znanja kot del nemislečega kapitala.

### 6.3 Akumulacija specifičnega znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala ter profesionalizacija zdravstvene nege

Zaradi specifičnosti zdravstvenega področja bomo specifični človekov kapital praktikov zdravstvene nege definirali kot *znanstveni in strokovni človekov kapital* (angl. *scientific and technical human capital*) (Bozeman in Corleyb 2004, 599–600). Bozeman in drugi (2001, 636–639) znanstveni in strokovni človekov kapital definirajo kot »vsoto« zalog vsega znanstvenega, strokovnega in družbenega znanja, veščin in virov, ki so utelešeni v posamezniku. Navezuje se na obogatitev človekovega kapitala: npr. formalna izobrazba, znanstvena združenja, druženje znanstvenikov in uporabnikov njihovih storitev. Znanstveni in strokovni človekov kapital je tako niz virov, ki jih praktiki zdravstvene nege združujejo pri svojem delu. Znanstveni in strokovni človekov kapital poleg formalne izobrazbe vključuje še veščine, »znanje o postopkih« (angl. *know-how*), tiho znanje (angl. *tacit knowledge*) in znanje na podlagi delovnih izkušenj. Govorimo o demarkaciji področja oziroma postavljanju meja izvajanju lastnih storitev in zdravstveni negi kot intelektualnem delu (Carpenter 1993, 95–130; Walby in drugi 1994). Intelektualno delo in temeljna znanja članov zdravstvene nege so tako učinkoviti elementi: a) nadzora nad lastnimi zdravstvenonegovalnimi storitvami, b) nadzora trga in c) družbene mobilnosti praktikov zdravstvene nege.

Prehod študija zdravstvene nege na terciarno raven ter prepoznavanje življenjskega in profesionalnega pomena vseživljenjskega učenja pripomoreta k uveljavitvi koncepta znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege. Učinek terciarnega izobraževanja ni usmerjen samo k pridobivanju formalne visokošolske izobrazbe in večanju avtonomije profesije, temveč tudi k vsakodnevni aplikaciji splošnih in specialnih kompetenc ter tihega znanja, ki niso samo vir delovnih izkušenj, temveč se z njimi povezujejo in dopolnjujejo. Za člane zdravstvene nege terciarno izobraževanje predstavlja pridobivanje znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala, ki učinkovito prispeva tudi k postopnemu opuščanju zgodovinsko prevladujočega »antiintelektualizma v zdravstveni negi« (Pahor 2006). Praktiki zdravstvene nege so znotraj koncepta znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala konceptualizirani kot samostojni strokovnjaki, katerih namen ni samo strokovno pravilna in kakovostna izvedba zdravstvenonegovalnih storitev, temveč tudi

»prenos znanstvenega, strokovnega in menedžerskega znanja« (Editorial 2004, 565–566). Slednji so tudi odgovorni za vseživljenjsko učenje in izobraževanje v menedžmentu, pedagogiki, andragogiki, praksi ter raziskovanju (WHO 1991). Visoke kvalifikacije članov zdravstvene nege so lahko tudi jamstvo za kakovost njihovih storitev.

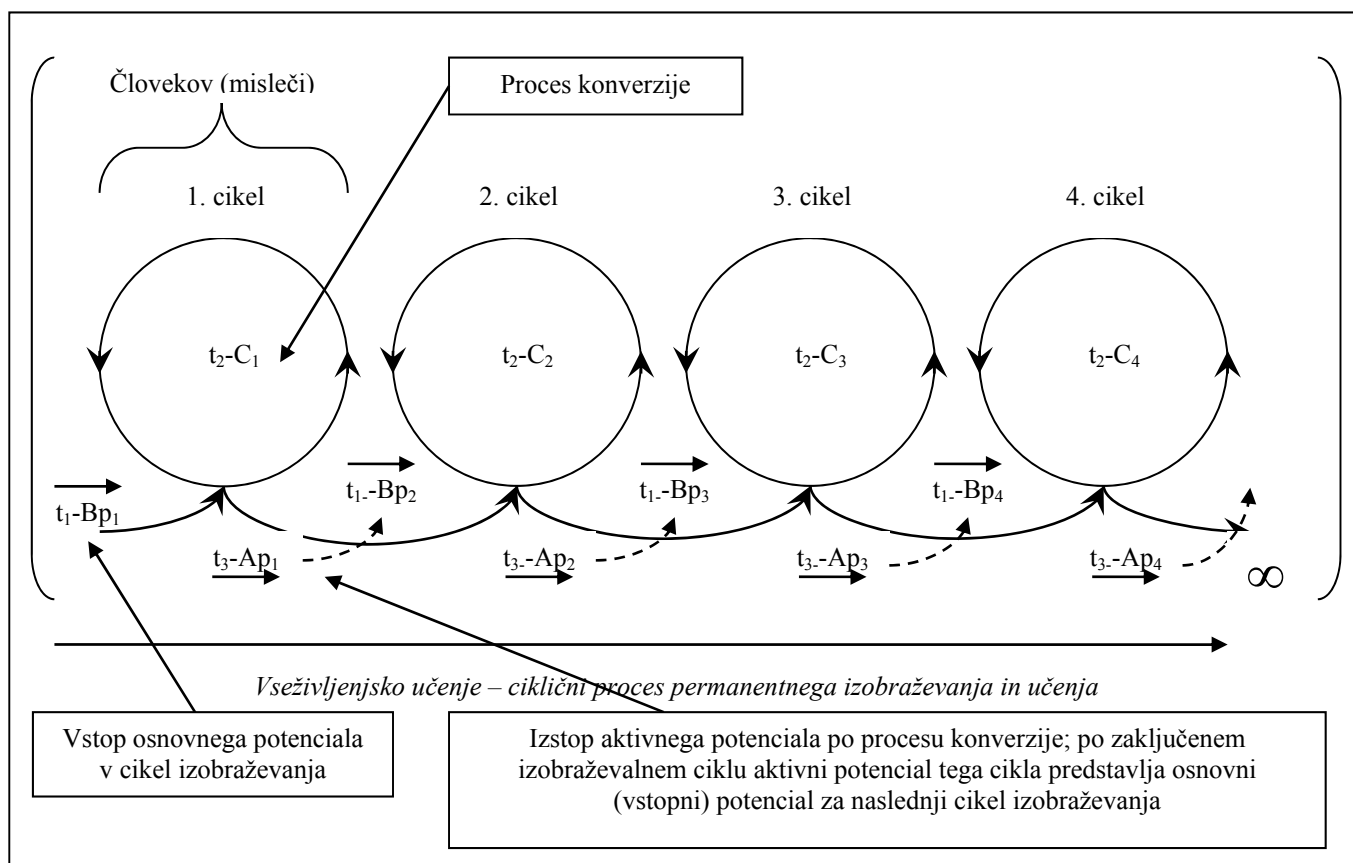
Teorija znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala predpostavlja, da človekov in socialni kapital vplivata na izgradnjo modela znanstvenih karier, kar pomembno in dolgoročno vpliva na produktivnost storitev (Bozeman in drugi 2001; Bozeman in Corley 2004, 604). Ta teorija ne obsega samo proučevanja človekovega kapitala (Becker 1962), temveč tudi socialnega kapitala, ki ga praktiki zdravstvene nege ustvarjajo s teoretičnih izhodišč posameznika, družine in skupnosti oziroma na osnovi ustvarjanja znanja v klinični praksi. Teorija poudarja tudi tiho znanje (Polanyi 1966), spretnosti in »znanje o postopkih« (angl. *know-how*), ki se na podlagi teoretičnega modela konverzije znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala lahko dopolnjujejo, nadgrajujejo in (re)alocirajo. Intelktualno delo, temeljne (lastne) znanstvene osnove, znanstveni in strokovni človekov kapital ter vseživljenjsko učenje učinkovito pripomorejo k uveljavitvi svojevrstnega in edinstvenega položaja zdravstvene nege v zdravstveni poklicni verigi. Navedene značilnosti naznanjajo praktila zdravstvene nege z dokončano postsekundarno izobrazbo kot strokovnjaka, ki v procesu zdravljenja avtonomno in suvereno presoja in izraža strokovna mnenja ter izvaja ukrepe v skladu s svojimi pristojnostmi.

#### **6.4 Potencial znanja praktikov zdravstvene nege kot osnova intelektualnega kapitala**

Cilj menedžmenta znanja je oblikovanje ugodnih pogojev za proces preoblikovanja znanja za kakovostno produkcijo storitev zdravstvene nege. Starc in Ilič (2007, 64–65) prikazujeta proces preoblikovanja znanja praktikov zdravstvene nege s teoretičnim modelom *pridobivanja in nadgrajevanja specifičnega ali znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala*. Teoretični model (Slika 6.4a in Slika 6.4b) prikazuje, kako v določenem časovnem obdobju ( $t_1$ ) vsota celotnega znanstvenega in strokovnega

človekovega kapitala ter finančnega kapitala predstavlja *osnovni potencial* ( $B_p$ ) za intelektualni kapital zdravstvenih organizacij. To so vsa znanja, spretnosti in veščine – kompetence, splošni in specifični človekov kapital, vsi finančni in organizacijski viri, ki so v časovnem obdobju ( $t_1$ ) prisotni v zdravstveni organizaciji. V drugem časovnem obdobju ( $t_2$ ) pride s *procesom konverzije* ( $C_n$ ) (Coleman 1971, 1990) do prenosa znanja: osnovni človekov kapital se nadgradi in izvede se realokacija<sup>25</sup> novega znanja. Koncept preoblikovanja osnovnega potenciala v aktivni potencial je osnovan na vseživljenjskem učenju. Po zaključku procesa konverzije v tretjem časovnem obdobju ( $t_3$ ) novi znanstveni in strokovni človekov kapital predstavlja *aktivni potencial* ( $A_p$ ), ki poveča  $B_p$ . Slednji predstavlja vsoto novega znanja (tj. izhodni človekov kapital) za intelektualni kapital zdravstvenih ustanov. Nadgrajeni znanstveni in strokovni človekov kapital omogoča produkcijo novih izhodnih finančnih in organizacijskih virov.

Slika 6.4a: Ciklični model procesa konverzije na osnovi vseživljenjskega učenja



Vir: Starc in Ilič 2010, 4.

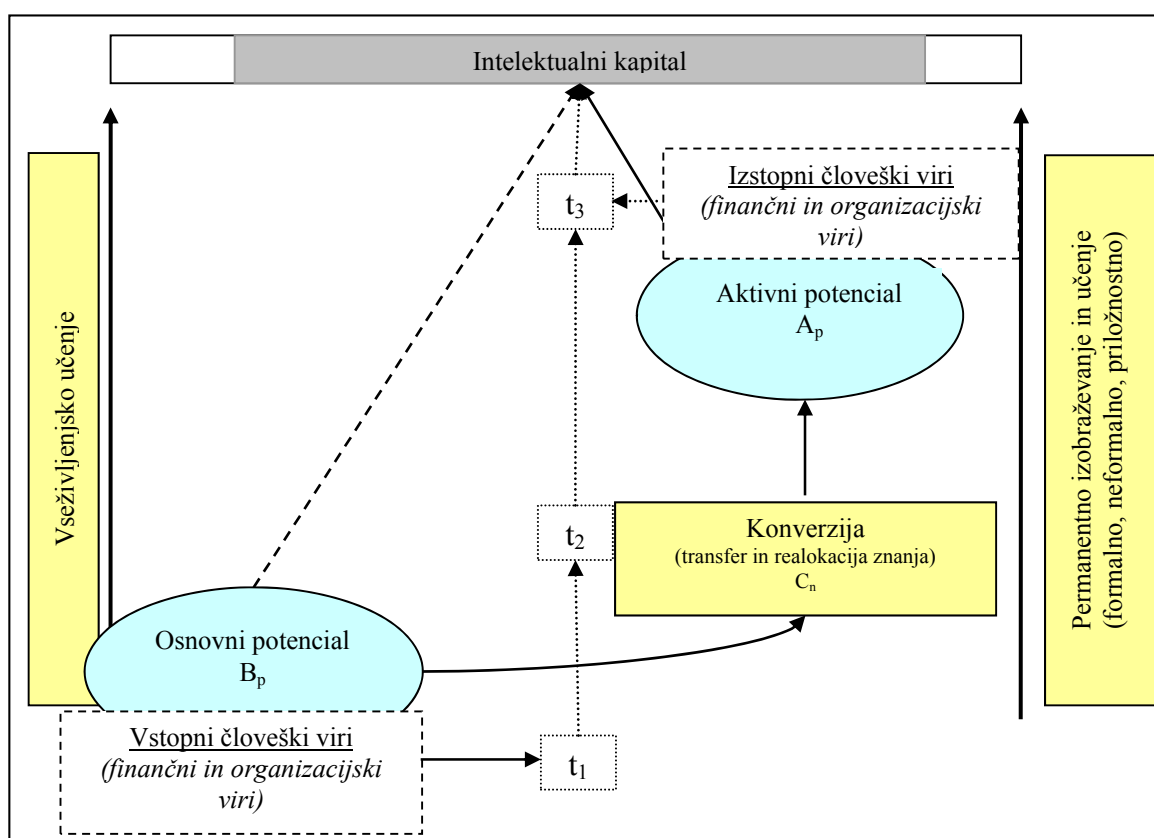
$Bp_n$  – osnovni potencial;  $C_n$  – proces konverzije;  $Ap_n$  – aktivni potencial (končni produkt procesa konverzije in hkrati začetek novega cikla).

<sup>25</sup> Novo znanje se hkrati razmešča na nov način in v novih kombinacijah/rekombinacijah.

Nadgradnja znanja je tako tudi v povezavi z inovacijami,<sup>26</sup> stroškovno optimizacijo, učinkovito izrabo resursov, kakovostno izvedbo storitev/proizvodov itd. Slednje lahko povežemo z učinkovito uporabo finančnih in organizacijskih virov ter njihovim razporejanjem. Novonastali aktivni potencial v naslednjem ciklu vseživljenjskega učenja omogoča začetek novega cikla konverzije oziroma reprodukcije človekovega kapitala. Človekov kapital se v vsakem ciklu sicer pretvarja ne le v nadgrajeno obliko človekovega kapitala, ampak lahko (v manjši meri) še v intelektualno lastnino oziroma v strukturni kapital ter relacijski kapital.

Preprostejši shematični prikaz omenjenega pridobivanja in nadgrajevanja znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala je prikazano na Sliki 6.4b.

Slika 6.4b: Model pridobivanja in nadgrajevanja znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala – konverzija znanstvenega in človekovega kapitala



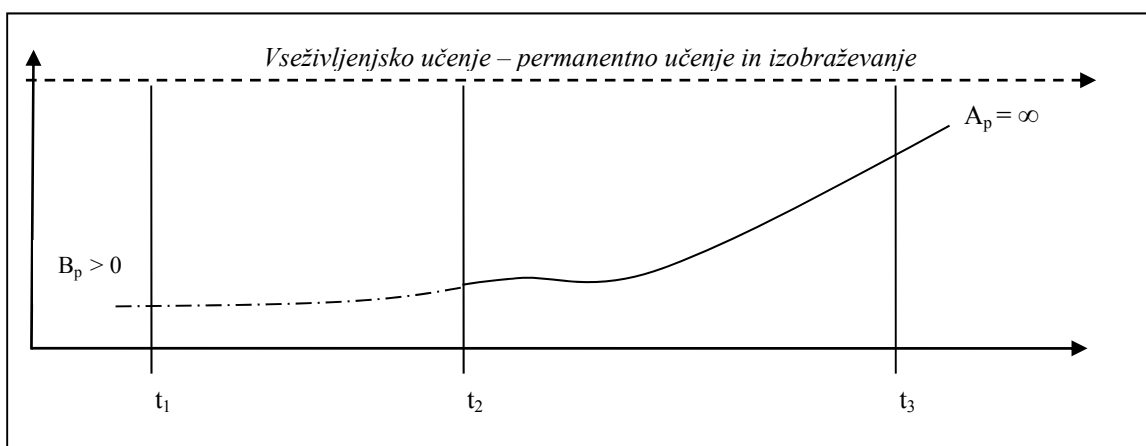
Vir: Starc 2011c.

<sup>26</sup> Inovacijo opredeljujemo kot proces ustvarjanja in uresničevanja novih idej, iskanje, odkrivanje, razvoj, izboljšavo ter posvojitev učinkovitih delovnih procesov in postopkov (Teece 1990; Hellriegel, Jackson in Slocum 1999).

Nadgrajevanje človekovega kapitala in realokacija znanja praktikov zdravstvene nege je ciklični proces. Lahko govorimo o modelu akceleriranja znanja praktikov zdravstvene nege, ker se v vsakem nadaljnjem ciklu pridobivanja znanja pospeši progresivna rast tako osnovnega potenciala ( $B_p$ ) kakor transformacija v aktivni potencial ( $A_p$ ). Proces konverzije splošnega in specifičnega človekovega kapitala je progresiven, kontinuiran in hkrati dinamičen.

V teoretični konverziji (Slika 6.5) raven  $B_p$  ni nikoli konstantna, saj znanje kot spremenljivka nima nikoli konstantne vrednosti ( $B_p > 0$ ).

Slika 6.5: Potek krivulje osnovnega potenciala ( $B_p$ ) in teoretična konverzija v aktivni potencial ( $A_p$ )



Vir: povzeto po Starc in Ilič (2007).

Legenda:  $t$  – čas,  $B_p$  – osnovni potencial,  $A_p$  – aktivni potencial

Toda tendenca osnovnega potenciala je pridobivanje kakovosti in sorazmerna rast vrednosti. V določenem časovnem obdobju ( $t_2$ ) se s procesom preoblikovanja (proces konverzije  $C_n$ ) omogočita transfer in realokacija znanja. Osnovnemu potencialu se sčasoma ( $t_2$ ) zviša kakovost in sorazmerno poveča vrednost. Tudi realokacija znanja je v tem konceptu mišljena kot pridobivanje kakovosti in rast vrednosti znanja, saj se je obstoječe znanje preoblikovalo z novimi vsebinami oziroma rekombiniralo. V določenem času ( $t_3$ ) se ciklus preoblikovanja znanja zaključi: novo znanje je preoblikovano in realocirano.

V nadaljevanju je izpeljana teoretična relacija (Relacija 1) konverzije osnovnega potenciala v aktivni potencial (Relacija 1).

(Relacija 1):

$$Ap_i = Bp_{(i-1)} \cdot k$$

$$Bp_i = Bp_{(i-1)} + Bp_{(i-1)} \cdot k = Bp_{(i-1)} \cdot (1 + k)$$

Pri čemer je:

$Bp_n$  – osnovni potencial,

$Ap_n$  – aktivni potencial,

$k$  – vrzel znanja.

V nadaljevanju so prikazane posamezne izpeljanke (Relacija 2, 3, 4 in 5) teoretične relacije konverzije osnovnega potenciala v aktivni potencial za vsak cikel izobraževanja.

(Relacija 2):

1. cikel izobraževanja

$$Ap_1 = Bp_0 k$$

$$Bp_1 = Bp_0 + Ap_1$$

$$Bp_1 = Bp_0 (1 + k)$$

(Relacija 3):

2. cikel izobraževanja

$$Ap_2 = Bp_1 k$$

$$Bp_2 = Bp_1 + Ap_2$$

$$Bp_2 = Bp_0 (1 + k) + k (Bp_0 (1 + k))$$

$$Bp_2 = Bp_0 (1 + k) + Bp_0 (1 + k^2)$$

(Relacija 4):

3. cikel izobraževanja

$$Ap_3 = Bp_2 k$$

$$Bp_3 = Bp_2 + Ap_3$$

$$Bp_3 = Bp_0 (1 + k) + Bp_0 (1 + k^2) + k (Bp_0 (1 + k) + Bp_0 (1 + k^2))$$



$$Bp_3 = Bp_0(1+k) + Bp_0(1+k^2) + Bp_0(1+k^2) + Bp_0(1+k^3)$$

$$Bp_3 = Bp_0(1+k) + Bp_0(1+k^2) + Bp_0(1+k^2) + Bp_0(1+k^3)$$

$$Bp_3 = Bp_0(1+k) + 2Bp_0(1+k^2) + Bp_0(1+k^3)$$

(Relacija 5):

4. cikel izobraževanja

$$Ap_4 = Bp_3k$$

$$Bp_4 = Bp_3 + Ap_4$$

$$Bp_4 = Bp_0(1+k) + 2Bp_0(1+k^2) + Bp_0(1+k^3) + k(Bp_0(1+k) + 2Bp_0(1+k^2) + Bp_0(1+k^3))$$

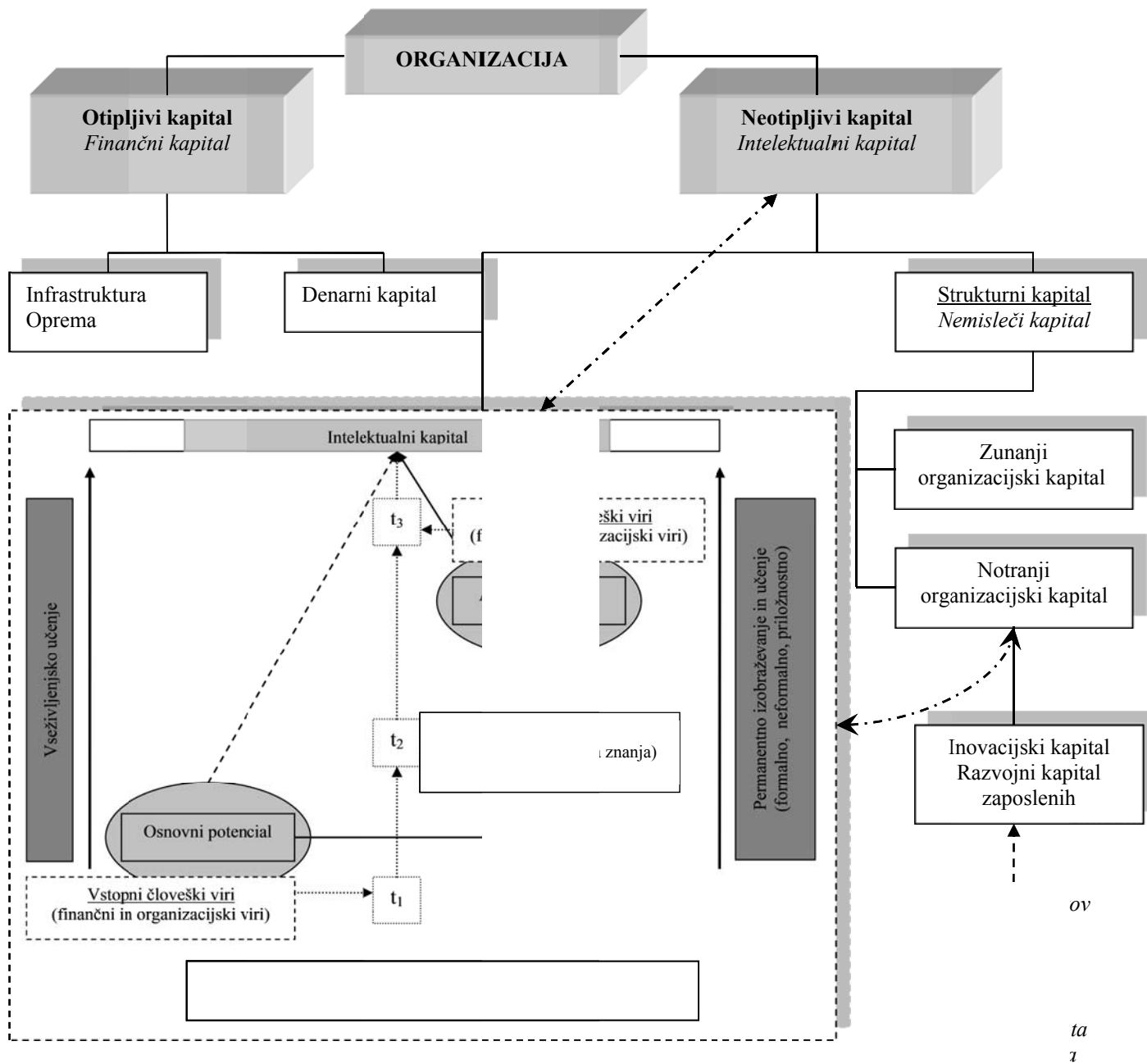
$$Bp_4 = Bp_0(1+k) + 2Bp_0(1+k^2) + Bp_0(1+k^3) + Bp_0(1+k^2) + 2Bp_0(1+k^3) + Bp_0(1+k^4)$$

$$Bp_4 = Bp_0(1+k) + 3Bp_0(1+k^2) + 3Bp_0(1+k^3) + Bp_0(1+k^4)$$

$Ap_i$  je aktivni potencial  $i$ -tega cikla,  $Bp_i$  je osnovni potencial  $i$ -tega cikla,  $k$  je t. i. vrzel znanja ( $0 \leq k \leq 1$ ), ki posameznika spremlja ob vstopu v vsak izobraževalni cikel. Privzemamo, da je za posamezni izobraževalni cikel parameter  $k$  konstantna vrednost, ki predstavlja kontinuirano in spremljajočo vrzel v znanju posameznika med začetkom in koncem določenega izobraževalnega cikla. Po zaključku realokacije se  $Bp_{(i-1)}$  nadgradi v aktivno obliko  $Ap_{(i)}$ . Slednji ob vstopu v naslednji izobraževalni cikel predstavlja del  $Bp_i$ . Ob zaključku izobraževalnega cikla je torej  $Ap_i = Bp_{(i-1)} \cdot k$ ,  $Bp_i = Bp_{(i-1)} + Ap_i$ .

Na podlagi teoretične relacije (Relacija 1) in teoretičnega modela pridobivanja ter nadgrajevanja znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala (Sliki 6.4a in Slika 6.4b) lahko omenjeni model učinkovito umestimo v misleči (neotipljivi) kapital zdravstvene organizacije (Slika 6.6). Skladno s teoretičnim modelom konverzije se elementi mislečega kapitala organizacije ne spremenijo, temveč postanejo sestavni del potenciala znanja za intelektualni kapital.

Slika 6.6: Aplikacija modela konverzije v shemi zdravstvene organizacije



Vir: Starc 2011f.

## 7 Menedžment znanja zdravstvenih organizacij

Menedžment znanja je pogosto opredeljen kot interdisciplinarni koncept. Gupta in drugi (2000) definirajo menedžment znanja<sup>27</sup> kot proces, ki organizacijam pomaga najti, selekcionirati, organizirati, porazdeliti, prenesti pomembne informacije in ekspertize, ki so pomembne za organizacijsko aktivnost, kot so reševanje problemov, dinamično učenje itd. Koncept menedžmenta znanja je v splošnem opredeljen kot skupen, koordiniran in premišljen način upravljanja organizacijskega znanja (Bose 2003, 62). Proces upravljanja organizacijskega znanja poteka z ustvarjanjem, strukturiranjem, širjenjem in uporabo organizacijskega znanja, sam njegov namen pa je postopno večanje učinkovitosti organizacije in ustvarjanje vrednosti/kapitala (Nonaka in Takeuchi 1995; Quinn, Anderson in Finkelstein 1998; Liebowitz 2000; Holsapple in Singh 2001, 78).

V zdravstvenih organizacijah predstavlja izvajanje zdravstvenih storitev kompleksen napor zdravstvenih delavcev in sodelavcev (npr. administrativna opravila). Vsa zdravstvena opravila/storitve vse pogosteje temeljijo na informacijah. Učinkovitost upravljanja zdravstvenih organizacij tako tudi temelji na zaupanju do informacij s strani zdravstvenih ved in zdravstvenih strokovnjakov, ki sodelujejo v procesu zdravljenja, na rezultatih zdravljenja ter na učinku preskrbe, koordinacije in integracije zdravstvenih storitev (Heathfield 1999, 71). Na podlagi tega mora menedžment zdravstvenih organizacij podpirati tako klinične kot administrativne procese sprejemanja odločitev<sup>28</sup> (Sim in drugi 2001). Menedžment zdravstvenih organizacij lahko učinkovito vzpostavi tudi *endogeno okolje znanja*, ki mora zadostiti pogojem »ustvarjanja, strukturiranja, širjenja in aplikacije znanja« (Bose 2003, 63).

V mnogih organizacijah je menedžment znanja integriran kot tekmovalna strategija, ki vključuje (Kalseth in Cummings 2001, 163–164):

- restrukturiranje in decentralizacijo za fleksibilnost organizacije,
- hitro reagiranje na nove potrebe trga,

---

<sup>27</sup> Pojem znanja se bo v tem poglavju pojavljal izključno v povezavi z organizacijskim učenjem in njegovim prenosom. Zaradi abstrakcije širšega opisa pojma znanja nismo opravili.

<sup>28</sup> Klinični proces sprejemanja odločitev temelji na diagnosticiranju in predpisanem procesu zdravljenja, medtem ko temelji administrativni proces sprejemanja odločitev na predpisanem seznamu okoliških pogojev.

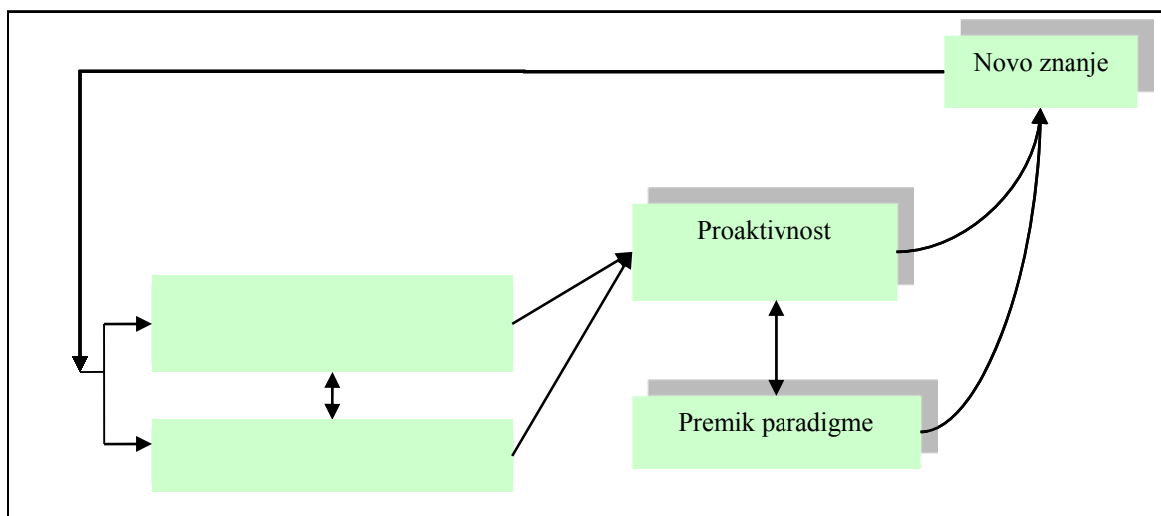
- aktivno upravljanje organizacije,
- informiranost in delovanje človeških virov,
- učenje na preteklih izkušnjah,
- spodbudo delavcem za širjenje informacij in znanja med zaposlenimi,
- dostop do znanja.

Menedžment znanja predstavlja tudi skupni napor za vključitev kritičnega znanja in prenosa informacij med organizacijami, kar pripomore k učinkovitemu sprejemanju odločitev, stopnjevanju produktivnosti in promoviranju inovativnosti (Gandhi 2004, 370–371). Nanaša se na menedžment organizacij in na znanju temelječe aktivnosti (Wiig 1997; Civi 2000), kot so ustvarjanje, organiziranje, deljenje in uporaba znanja za ustvarjanje vrednot za organizacijo.

Možina in Kovač (2006, 131) na podlagi sodobnega pojmovanja organizacij pravita, da je najpomembnejši cilj menedžmenta znanja sestavljen iz štirih elementov: načrtovanja, organiziranja, vodenja in nadziranja znanja, izkušenj in sposobnosti. Prvo pravilo uspešnega menedžmenta znanja je »proaktivnost« (vedenje vnaprej), sledi drugi korak, tj. »premik paradigme« oziroma spoznanje, da nekdanji oziroma dotedanji način razmišljanja, opazovanja, ravnanja in vedenja ni več primeren, ker bi lahko oviral ali onemogočal napredek. Novo razmišljanje, ki ga prinaša novo znanje, zahteva iskanje novih temeljev, in ne utrjevanje starih.

V primeru zdravstvenih organizacij lahko omenjeno triangulacijo uspešnega stila menedžmenta znanja nekoliko dopolnimo s predpostavko o t. i. uspešnem stilu menedžmenta zdravstvene organizacije (Slika 7.1). Prvo pravilo se nekoliko spremeni, predstavljata ga *refleksija in analiza trenutnega stanja*. V fazi refleksije in analize menedžment analizira pretekle dogodke (kakovostne, stroškovne itd.) in dosežene cilje. Po zaključku prve faze sledi faza *proaktivnosti* ali vedenja vnaprej, kjer se na podlagi deduktivnega (refleksija in analiza trenutnega stanja) oziroma induktivnega (pretekle delovne izkušnje) sklepanja snujejo prihodnji kratkoročni in dolgoročni cilji. Sočasno s to fazo poteka tudi faza *premika paradigme*. Vse faze in nov potencial znanja pripomorejo k novemu razmišljanju ter iskanju novih/alternativnih virov za učinkovito delovanje menedžmenta zdravstvene organizacije.

Slika 7.1: Uspešen stil menedžmenta znanja zdravstvene organizacije



Vir: Starc 2011e.

### 7.1 Dejavnost menedžmenta znanja

Menedžment znanja niso pravila, rutine, niti sprejemanja odločitev »ad hoc«. Možina in drugi (2002) menedžment znanja pojmujejo kot razumevanje znanja; osredotočati se nanj in ga sistematično, izrecno ter premišljeno uravnnavati; ga ponovno ustvarjati, preoblikovati, nadgraditi, obnavljati in uporabljati. Gre za proces spoznavanja in analize problemov za ugotavljanje vzrokov, opredeljevanje in izbiro alternativ za ustrezne rešitve, načrtovanje izvedbe ter spremljanje in ugotavljanje doseženega. Dejavnosti menedžmenta znanja so (povzeto po Možina in drugi 2002):

- sledenje poslovnim strategijam, ki poudarja ustvarjanje, obvladovanje, organiziranje, obnavljanje, uporabljanje znanja v vseh načrtih, operacijah in delovanju za zagotovitev najboljšega rezultata,
- ravnanje s patenti, tehnologijo, operativne in poslovne prakse, odnosi s kupci, organizacijske ureditve in drugo strukturno znanje,
- osebna odgovornost za pridobivanje znanja, inovacij in konkurenčnih prednosti, obvladovanje, rabo ter zagotavljanje dostopa do znanja, ki je v podjetjih,
- ustvarjanje znanja, ki poudarja organizacijo kot učečo se organizacijo, osnovno in uporabno raziskovanje ter razvoj, motivacijo zaposlenih in inovativnost ter učenje iz napak za pridobivanje novega in boljšega znanja, ki zagotavlja usposobljenost,

- prenos znanja, ki označuje sistematičnost pri prenosu znanja na mesta, kjer bo uporabljeno pri delu skladno s postavljenimi in merljivimi cilji.

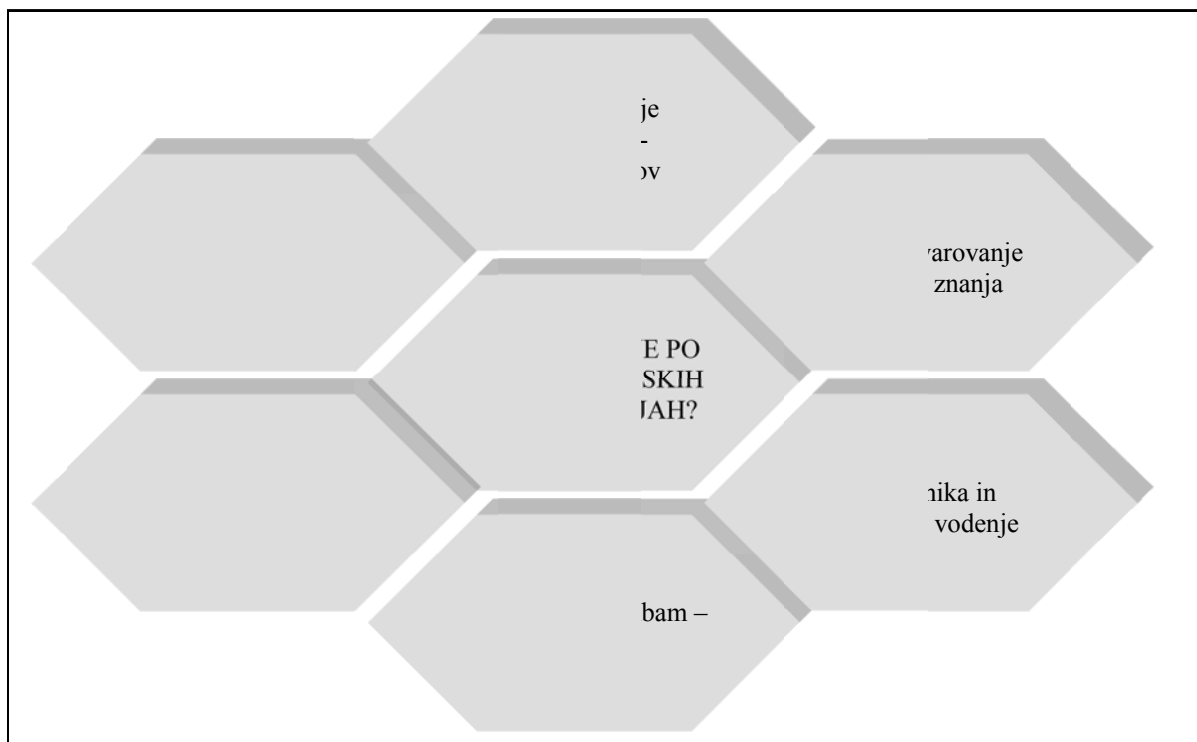
Nonaka in Takeuchi (1995) na ravni profesionalnega menedžmenta ter za njegovo učinkovito delovanje poudarjata pomen organizacijske strukture, ki omogoča podporo procesu menedžmenta. Ustvarjanje znanja nima implikacije samo za proces menedžmenta, temveč tudi za organizacijske strukture.

Teece (2000) govori o »zalogi« ali »skladišču« znanja posameznika kot rezultatu njegovih delovnih izkušenj in ekspertiz. Delo, ki temelji na znanju (angl. *knowledge work*), je po mnenju Druckerja (1993, 4) osrednji vir ekonomije znanja. Nosilci tega dela so delavci z ekspertizami ali delavci znanja. Delo delavcev znanja je intelektualno kompleksno strukturirano, kar po Connellu (2006, 6–12) predstavlja projektno delo. Perspektiva družbe znanja napoveduje, da bosta za preživetje zaposlenega v organizaciji ter organizacij samih kot ponudnikov storitev/proizvodov nujno potrebni vsakodnevna prenova in realokacija znanja, kajti delavci znanja so, kot trdita Barley in Kunda (2004), prihodnost ekonomije znanja. Na ravni organizacije znanja je zaznati vzročnost med posameznikovo avtonomijo in odgovornostjo za učinkovitost delovanja delavca znanja. Intelektualno delo je zelo kompleksno strukturirano z inovacijami, (samo)učenjem in učenjem drugih (Drucker 1999, 274–277). Wong in Aspinwall (2004a, 53–58) ocenjujeta, da dejanska vrednost organizacije temelji na njenem znanju. Tavčar (2006, 27–28) pravi, da je eden izmed funkcijskih dejavnikov temeljnega delovanja organizacij tudi znanje. V organizacijah se kontinuirano zapolnjevanje potreb po znanju izvaja s principom oskrbe z notranjimi viri. To pomeni, da morajo organizacije zadostiti pogojem oskrbe z znanjem, kar v menedžment znanja prinaša popolnoma drugačne in zahtevne prvine prenosa znanja. Tavčar (2006, 28) pravi, da se mora menedžment organizacij znanja osredotočiti na naravnost in cilje organizacije ter na ohranjanje in razvoj lastnih ekspertiz, kar vključuje naslednje zahteve (Slika 7.2):

- a) zaradi zahtevnosti dela je potrebno strateško obvladovanje sodelavcev/strokovnjakov,
- b) organizacija mora imeti primerna sredstva tako po obsegu kot po kakovosti,
- c) varovanje znanja zahteva zavestno ravnanje sodelavcev,
- d) organizacije morajo lastno znanje nenehno prenavljati, obnavljati, realocirati, nadgrajevati, dopolnjevati,

e) smiselna je delitev dela na »drage« in »manj drage« sodelavce; novo znanje povzroča spremembe.

Slika 7.2: Naravnost in cilji organizacije znanja

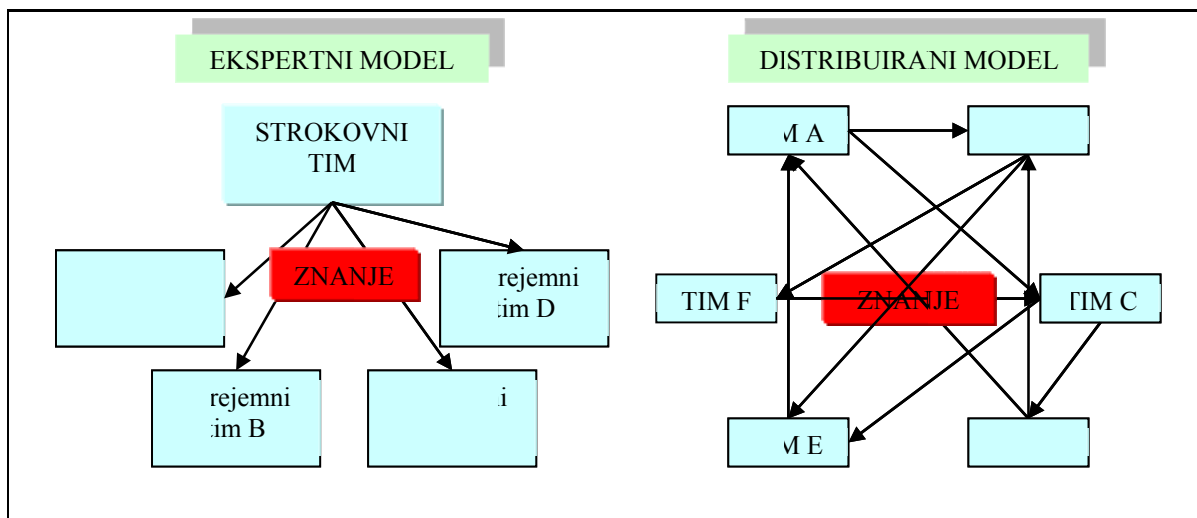


Vir: Tavčar 2006, 28.

Tavčar (2006) (Slika 7.3) prikazuje različne sestavne dimenzije organizacije znanja. Med težko obvladljivimi izstopajo predvsem: obvladovanje sodelavcev-strokovnjakov, snovanje lastnega znanja in hitro zastarevanje znanja. Učinkovitost menedžmenta znanjskih organizacij predstavlja tudi obvladovanje sodelavcev-strokovnjakov v smeri učinkovite uporabe aktivnega potenciala znanja za rast in razvoj storitev/proizvodov ter same organizacije. Ne nazadnje ne smemo zanemariti »nevarnosti« izgube oziroma odhoda sodelavcev-strokovnjakov v druge (konkurenčne) organizacije. V družbi znanja je snovanje znanja veliko, kar potrjuje izjemno hiter razvoj znanosti in tehnologije. Za rast, razvoj in obstoj organizacij znanja so zato nujno potrebna redna nadgrajevanja znanja (angl. *knowledge up-to-date*) in hitro snovanje novega znanja. Druge dimenzije naj ne bi predstavljale velikih ovir za uspeh organizacije. Razvoj znanosti in tehnologije ter proces globalizacije sta menedžment znanja spodbudila k analizi prenosa znanja med organizacijami oziroma tudi k analizi interorganizacijskega prenosa znanja. Pomembno

je tudi spoznanje, da ima v organizacijah znanja tako za posameznika kakor za organizacijo človekov kapital tudi kapitalsko vrednost.

Slika 7.3: Ekspertni (strokovni) in distribuirani (porazdeljeni) model prenosa znanja



Vir: Černelič 2006, 87.

V (običajnih) organizacijah je znanje pogosto heterogeno razporejeno, kar pa ne velja za organizacije znanja. V organizacijah znanja naj bi bilo znanje homogeno razporejeno, enakomerno naj bi krožilo med zaposlenimi, povzročati mora refleksijo in asociacije ter spodbujati zaposlene k razmišljanju in ustvarjanju novih znanj (glej Sitar 2006, 57).

Tavčar (2006, 38–47) napoveduje postopno despecializacijo dela oziroma poznavanje več področij dela, pomen sposobnosti komuniciranja, dela z ljudmi, razumevanja posameznika, čustvene inteligence itd. Hiter razvoj znanja, tehnologije in znanstvenih dosežkov organizacijam narekuje strateško upravljanje znanja, njegovo nadzorovanje in merjenje, izkoriščanje lastnih (aktivnih) potencialov ter naložbe v izobraževanje, nenehno nadgrajevanje lastnih sposobnosti, prepoznavanje vidnih in nevidnih virov znanja, aplikacijo znanja v storitvah/proizvodih itd. (ibid. 2006).

Za menedžment znanja je osrednjega pomena razpolagati z informacijami in jih upravljati. Cilj menedžmenta znanja je vzpostavitev ugodnih pogojev za začetek »procesa preoblikovanja znanja« (Starc in Ilič 2007, 62–63) pri storitvah/izdelkih. Proces preoblikovanja znanja je mogoč tudi z ustreznimi sistemi prenosa znanja, npr. v odprtih komunikacijah s stilom vodenja. Ključne so osebne ali neposredne oblike



prenosa znanja: poročila s seminarjev, redni sestanki in zapisniki, različne oblike notranjih knjižnic, spodbujanje ter evidentiranje samoizobraževanja itd. Primer homogenega in hitrega prenosa znanja nam ponujata ekspertni in distribuirani model prenosa znanja. Ekspertni model sestavljajo strokovnjaki v strokovnem timu. Po natančni proučitvi problema (ali nove informacije, znanja) se ga glede na njegovo specifično delegira v nadaljnjo obravnavo v specifični ali sprejemni tim. V sprejemnem timu strokovnjaki specifičnega področja problem/informacijo natančneje proučijo in ga preoblikujejo v novo znanje. Preoblikovanje informacij/problemov v nove koristne informacije ali novo znanje lahko pojmuje kot vir inovacij organizacij znanja (Ilič 2006).

V primeru distribuiranega modela je pot proučevanja, aplikacije in morebitne inovativnosti nekoliko daljša. Model je nekoliko pomanjkljiv, saj nima vgrajenega vstopnega »filtra«, ki bi problem/informacijo sprejel in le deloma proučil ter jo nato poslal v specialni tim za podrobno proučevanje in razrešitev. Novo prispeli problemi/informacije (znanje) so v vsakem timu deležni le delne proučitve in obdelave. Po delni obdelavi se problem/informacijo pošlje v nadaljnjo obdelavo v naslednji tim. Razrešitev problema oziroma aplikacija informacije se zaključi, ko vsi udeleženi (timi) prispevajo svoj delež proučitve in morebitne razrešitve ali aplikacije. Tudi v tem primeru znanje kroži in je homogeno razpršeno, vendar so poti komunikacije daljše.

Ne glede na uporabo modela je za prenos znanja pomembno kontinuirano spreminjanje oblike znanja. Spremenjena in prilagojena oblika je tako primerna za ponovno uporabo ter prilagojena nalogam drugih skupin. Po uspešnem procesiranju v posameznih timih uporaba znanja pomeni tudi neposredno ustvarjanje uporabne vrednosti v organizaciji. Vendar z dostopom do znanja nikakor še ni zagotovljena njegova uporaba. Gre za proces preoblikovanja znanja z namenom ustvarjanja novega znanja, ki naj bi povzročil spremembo vedenja posameznikov in celotne organizacije.

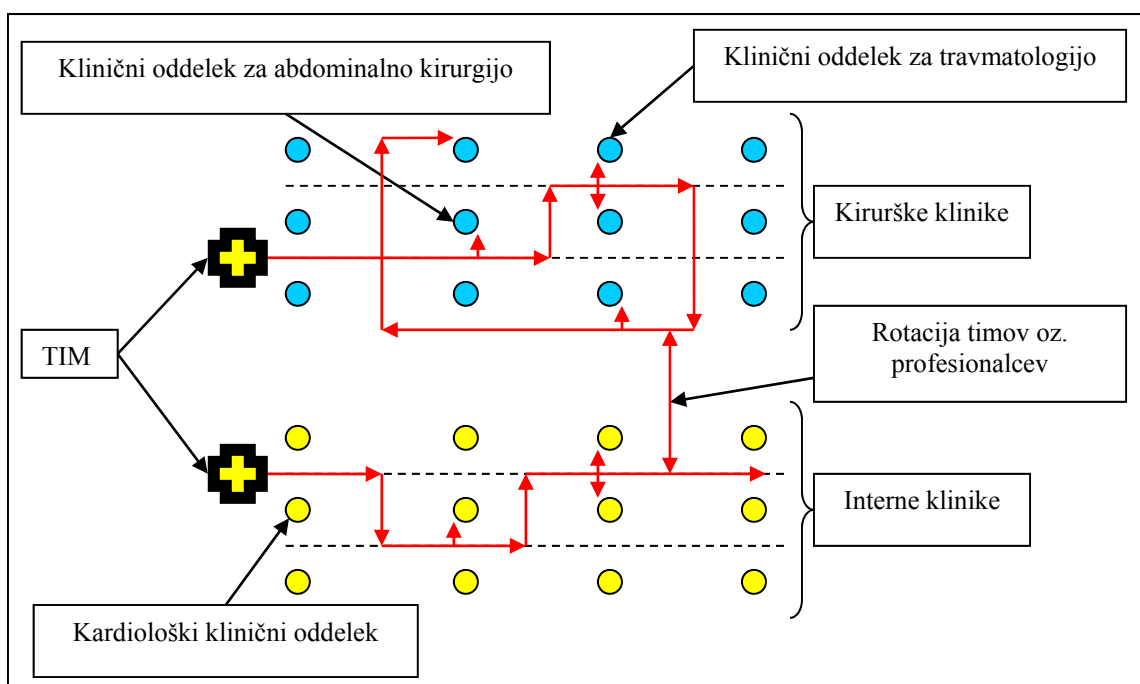
## 7.2 Klasične in učeče se zdravstvene organizacije

V slovenskem prostoru zdravstvenega varstva (primarna, sekundarna in terciarna raven) v večini primerov srečujemo birokratski koncept oziroma profesionalno birokracijo (Mintzberg 1979) zdravstvenih organizacij. Profesionalna birokracija je v osnovi birokratska struktura s poudarkom na ekspertizah profesionalcev. Mintzberg pri opredelitvi profesionalne birokracije izhaja iz predpostavke (de)centraliziranosti organizacije. To pomeni, da je organizacija oblikovana na podlagi: (a) vertikalne in horizontalne decentralizacije, (b) horizontalne delovne specializacije ter (c) usposabljanja. Temelj delovanja profesionalne birokracije je specializacija dela, kar pomeni, da so na podlagi standardizacije postopkov ekspertize izvedene samo na določenem sektorju/oddelku. Značilna je za precej stabilna in lahko tudi kompleksna organizacijska okolja z morebitnimi zapletenimi nalogami – funkcijska organizacijska shema (Priloga D). Administrativna struktura je visoko demokratična z značilno vzporedno administrativno hierarhijo. To pomeni, demokratična od spodaj navzgor za profesionalce in birokratska od zgoraj navzdol za drugo/podporno osebje. Značilnost nekaterih profesionalnih birokracij (npr. zdravstveni domovi, splošne bolnišnice) ni inoviranje in iskanje rešitev, temveč standardizacija zdravstvenih postopkov. Določene zdravstvene organizacije na terciarni ravni slovenskega zdravstvenega varstva (klinike in klinični inštituti) »oblikujejo hibridno strukturo konfiguracijo s primesmi adhokracije, ki spodbuja inovativnost« (Ilič 2001, 217) ali t. i. interdisciplinarno sodelovanje.

Na ravni zdravstvenih organizacij bi bilo smiselno razmišljati o preskoku stare paradigme in ideologije klasičnih zdravstvenih organizacij. Odpraviti bi bilo treba stroge hierarhične in centralizacijske modele, visoko členjene strukture nepovratnih in enosmernih komunikacijskih poti ter strogo specializacijo. Poleg že uveljavljene organizacijske inovativnosti (interdisciplinarno sodelovanje v organizacijski strukturi) bi bila smotrna vpeljava t. i. komunicirajočih profesionalnih timov. Tim bi sestavljali posamezni avtonomni specialisti/profesionalci določenega področja (npr. zdravnik, praktiki zdravstvene nege, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik). Timi ali profesionalci lahko po potrebi tudi krožijo; tako bi po potrebi in za določene primere (bolnike) nudili dodatne storitve, posvete, podrobno proučevanje določenega problema

in predloge rešitev. To lahko pomeni, da bi se lahko zmanjšali dodatni/nepričakovani stroški morebitnega zdravljenja (Slika 7.4).

Slika 7.4: Komunicirajoči profesionalni timi v profesionalni birokratski zdravstveni organizaciji



Vir: Starc 2011h.

V določenih zdravstvenih organizacijah (npr. klinike/terciarna raven zdravstvenega varstva) je smiselno razpravljati o specializacijah oziroma povezavah med specializacijami, saj se znanja o določenih boleznih tako povečujejo in poglobljajo, da bi bilo določene specialne segmente nesmiselno ukiniti. Razmislek je usmerjen k združevanju določenih specializacij (glede na bolezen/simptome), kar pomeni, da bi na določenem odseku/oddelku lahko določenega bolnika hkrati obravnavalo več specialistov, ki po obravnavi ne bi »odšli«, temveč bi timsko sledili bolniku do njegove ozdravitve. Novost spremljanja bolnika od hospitalizacije do odpusta iz bolnišnice in vključno s specialistično oskrbo v domači negi oziroma zdravilišču so t. i. klinične poti, ki jih lahko skladno z ustvarjanjem, uresničevanjem, izboljševanjem delovnih procesov in postopkov (Teece 1990; Hellriegel, Jackson in Slocum 1999) poimenujemo kot organizacijsko inovacijo.

Namen kliničnih poti je dvoje: prvič, nudenje kakovostne zdravstvene oskrbe tako v bolnišnici kakor tudi s specialističnim spremljanjem bolnika na domu ter, drugič, zmanjševanje, kontrola in analiza stroškov na podlagi vnaprej temeljito določenih opravil ali protokolov dela.<sup>29</sup>

Kakovosten in učinkovit pristop k delovanju učeče se zdravstvene organizacije je integracija znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege (Starc in Ilič 2007, 63–64). Pogoj za doseg omenjenega cilja je integracija zdravstvene nege v timskem ekspertiznem okolju zdravstvene organizacije, kar lahko navežemo na omenjeno trditev o nepopolni odpravi specializacij. Združevanje posameznih ekspertiz bi služilo tudi za učinkovitejše preoblikovanje osnovnega potenciala v aktivni potencial zdravstvene organizacije. Enakovredno sodelovanje zdravstvene nege v zdravstveni organizaciji pomeni:

- sintezo različnih znanj, ki se nato eksternalizirajo kot učinkovita profesionalna dejavnost zdravstvene nege,
- sodelovanje pri ustvarjanju informacij (novo znanje) in njihovem prenosu,
- sodelovanje pri inovativnosti in kakovosti storitev,
- vzročnost med avtonomijo praktikov zdravstvene nege in njihovo odgovornostjo, da učinkovito delujejo kot delavci znanja.

Na drugem polu naj bi se krovni menedžment zdravstvene organizacije osredotočil na strategijo in cilje organizacije. Inovativnost vsake zdravstvene organizacije je odvisna od sposobnosti krovnega menedžmenta, kajti zdravstvena organizacija naj bi bila sposobna znanje pridobivati in ga hkrati ustvarjati. Cilji in strategije so tako naravnani na inovativnost zaposlenih, pri čemer je poudarek na delavcih znanja, ki so hkrati nosilci in proizvajalci znanja. Novo znanje oziroma njegova uporaba v zdravstvenih organizacijah predstavlja konkurenčno prednost<sup>30</sup> (Simon 1991; Civi 2000; Wong in Aspinwall 2004a, 53–58; Sitar 2006, 57–66).

---

<sup>29</sup> Primer: Ob sprejemu bolnika mora zdravstveni administrator dosledno slediti protokolu sprejema; ob sprejemu na oddelek mora zdravstveno osebje dosledno slediti protokolu sprejema na oddelek; pri diagnosticiranju določenega obolenja mora zdravnik slediti protokolu obravnave bolnika s sumom ali z določeno boleznijo – opraviti mora določene preiskave in postopke, da bolezen ovzre ali potrdi (Clinical Pathway: Vesicular or Pustular Rash Illness, Clinical Pathway: Pneumonic Tularemia).

<sup>30</sup> Za zdravstvene organizacije bi konkurenčno prednost lahko predstavljala izvedba določenih »edinstvenih« diagnostično-terapevtskih postopkov ali merljivi boljši izidi pri bolnikih, npr. umrljivost, nenačrtovani ponovni sprejem.

V zdravstvenih organizacijah kot učečih se organizacijah je znanstveno in strokovno znanje povečalo lasten pomen zaradi vse večjega in nenehnega povpraševanja po znanju v samih zdravstvenih organizacijah. Govorimo o organizacijskem učenju, ki je v osnovi individualno delo praktikov zdravstvene nege, ki s timskim sodelovanjem dajejo smisel kompleksnim opravilom ter za bolnike definirajo določeno situacijo in se na podlagi tega tudi učinkovito odločijo za ustrezno storitev (Brown in Duguid 1991, 48–55; von Krogh, Ichijo, in Nonaka 2000).

### **7.3 Pomen učeče se organizacije za profesionalizacijo zdravstvene nege**

Koncept učeče se organizacije se je intenzivneje razvijal v sedemdesetih in osemdesetih letih prejšnjega stoletja kot značilnost družbe znanja in zaradi vse večje potrebe po integraciji znanja z delom. Večanje obsega in intenzivnosti dela je bilo v organizacijah zaslediti na različnih ravneh. Slog krovnega menedžmenta organizacije se je postopoma preoblikoval iz centraliziranega v decentraliziranega. Krovni menedžment organizacije je tako postopoma delegiral določene zadolžitve, dela in naloge na nižje ravni (npr. profesionalni menedžment). Ključ učinkovitosti delegiranega in izvedenega dela je bilo posameznikovo znanje, kar pomeni, da je ključni kazalnike učeče se organizacije tudi izobrazbena struktura zaposlenih in njihova naklonjenost vseživljenjskemu učenju.

Senge (1990) je v definiciji učeče se organizacije zapisal, da so to »ustanove, kjer ljudje neprestano razvijajo sposobnosti ustvarjanja resnično želenih rezultatov, kjer se ustvarjajo novi modeli razmišljanja in kjer so kolektivna prizadevanja združena v celoto vseživljenjskega učenja« (ibid., 3). Obstanek in razvoj organizacije je zagotovljen le s sposobnostjo prožnosti, prilagoditve in produktivnosti ter z identifikacijo sposobnosti »učenja« (Marquardt 1996, 56) zaposlenih na vseh ravneh organizacije. Pidgeon (2003) razpravlja, da so značilnosti učeče se organizacije predvsem sposobnost prilagoditve zunanjemu okolju organizacije in sposobnost učenja na podlagi izkušenj.

Koncept učeče se organizacije je osnovan na znanju, spretnostih, veščinah in odgovornosti za doseg ciljev organizacije. Učeče se organizacije so premostile tudi paradigmo »klasične« organizacije. Paradigma »klasične« delovne organizacije

vključuje področnost delovanja, rigidnost ali togost delovanja in centralizacijo menedžmenta. Učeča se organizacija je fleksibilnejša, zanjo sta značilni univerzalnost delovanja in decentralizacija, sposobna je prilagoditve nastalim spremembam, omogoča pridobivanje in prenos znanja, ima izoblikovano jasno strategijo in svoje poslanstvo ter kulturo učenja znotraj sebe same (Singer 1990). Pomemben del strategije krovnega menedžmenta organizacije je tudi učinkovita integracija posameznikovih ekspertiz s poslanstvom in cilji organizacije. Integracija ekspertiz naj bi temeljila na procesu preoblikovanja človekovega kapitala za rast in razvoj intelektualnega kapitala ter sovpadala z nadaljnjim razvojem, dopolnjevanjem in uporabo znanja v izdelkih/storitvah. V učeči se organizaciji je v procesu preoblikovanja človekovega kapitala iz osnovnega potenciala v aktivni potencial udeleženo večje število posameznikov (Starč in Ilič 2007, 64–65). Posameznikova integrirana znanja se v omenjenem procesu nadgrajujejo ter realocirajo, kar omogoča učinkovitejšo eksternalizacijo posameznikovega človekovega kapitala v izdelkih/storitvah.

V družbi znanja so bolnišnice po Turnerju (1995, 136) organizacije, v katerih so zdravstvene ekspertize institucionalizirane. Prvine specializacije znanja ohranjajo bolnišnični sistem birokratski (Mintzberg 1979) in centraliziran. Birokratske in centralistične značilnosti posledično ohranjajo po hierarhični lestvici opredeljene komunikacijske poti (vertikalna komunikacija) (Weber 1947, 151 – 157; 324 – 337). Specializacija znanja vsiljuje izvedbo določenega dela le na točno določenih enotah/oddelkih, prenos informacij je pogosto enosmeren in sledi načelu distribuiranega modela (Slika 7.3). Bolnišnice kot birokratske in centralizirano urejene organizacije učinkovito prispevajo k uveljavitvi ter ohranjanju moči zdravniške profesije in subsidiarne subordinacije drugih zdravstvenih poklicev. Birokratičnost organizacijskih sistemov je uspešen instrument izvrševanja kontrole ter uveljavitve superiornosti, ki je zdravniški profesiji družbeno podeljena. Evolucija birokratičnosti in centraliziranosti bolnišnic prikazuje politično, družbeno in profesionalno uveljavitev moči zdravnikov, ki jim omogoča avtonomijo sprejemanja odločitev brez naveze na sistem birokratičnosti.

Na teoretični ravni delni neuspeh profesionalizacije zdravstvene nege lahko pripišemo družbeni in politični podelitvi moči zdravniški profesiji ter pomanjkljivi znanstvenosti profesije zdravstvene nege. Panjkihar in Butterworth (2005, 51) pravita, da so teorije

zdravstvene nege poglavitni vir profesionalnega in profesionalčevega znanja. Izvor teorij zdravstvene nege temelji na relevantnih filozofijah, disciplinah in paradigmah, ki so bile razvite z različnimi raziskovalnimi metodami. Teorije zdravstvene nege omogočajo profesionalcem in njihovim uporabnikom, da lahko vzajemno dosežejo postavljeni cilj. Znanja praktikov zdravstvene nege tako temeljijo na znanosti, umetnosti in etičnosti. Nekateri avtorji so tudi mnenja, da teorije zdravstvene nege lahko učinkovito prispevajo k praktičnemu delu praktika zdravstvene nege in služijo kot podlaga za kakovostno delovanje (Botha 1989, 50–54; Jacono in Jacono 1995, 515; Draper 1990, 14–15).

Koncept in razvoj družbe znanja sta prispevala k postopnemu oddaljevanju od »preživetih« paradigem organizacij. Dudley in drugi (2000, 118–125) ocenjujejo, da je oddaljenost paradigem glavni vzrok razvoja zdravstvenih trgov. Oddaljevanju od stare paradigme je tudi glavni vzrok drugačne obravnave bolnih in bolnikov.<sup>31</sup> Torej lahko govorimo o sodobnih bolnišnicah, katerih razvoj sloni na drugačni obravnavi bolezni in na uporabi nove zdravstvene biotehnologije. Toda znanstveni napredek lahko učinkuje na globljo stratifikacijo zdravstvenih poklicev, na profesionalno naravnost k večjemu družbenemu zapiranju, večji subordinaciji zdravstvenih poklicev in k večji specializaciji storitev.

Na ravni (zdravstvenih) organizacij zasledimo razprave o pomenu organizacijskega znanja v povezavi z menedžmentom znanja (angl. *knowledge management*). Simon (1991) definira sposobnost organizacij ustvarjati in izmenjavati novo znanje kot funkcijo zaposlenih učiti se drug od drugega. Ustvarjanje znanja je spiralni proces vzajemnega delovanja eksplicitnega in implicitnega znanja. Nonaka in Takeuchi (1995) ocenjujeta, da naj bi zaposleni v organizaciji sledili priložnostim pridobivanja novega znanja od sodelavcev. Nonaka (1994, 26) je mnenja, da je ustvarjanje novega znanja učinkovitejše, kadar se zaposleni v organizaciji razvijajo in hkrati učijo. S tem zaposleni, kot trdita Wong in Aspinwall (2004a, 53), prispevajo k večji prilagodljivosti in inovativnosti organizacije. Novo znanje in njegova uporaba sta specifična

---

<sup>31</sup> Ideologiji birokratičnosti je sledil razvoj tudi t. i. neformalnih struktur medicinske avtoritete in posledično razvoj neformalne kulture zdravstvenih organizacij. Neformalna organizacijska kultura se po mnenju Goffmana (1991) kaže kot strategija preživetja bolnikov v tujem birokratskem zdravstvenem okolju.

konkurenčna prednost organizacije (npr. v poslovnih procesih) (Civi 2000). Za organizacije javnega sektorja, kot so zdravstvene organizacije, bi lahko novo znanje predstavljalo konkurenčno prednost pri izvedbi kakovostnih zdravstvenih storitev. Krovni menedžment organizacije s pridobivanjem, razvijanjem in vlaganjem v aktivni potencial pripomore k preoblikovanju organizacije v učečo se organizacijo. Učeča se organizacija je fleksibilna, usmerjena v ustvarjalnost, analizo in intuitivnost. Ima sposobnost prilagajanja spremembam, ki jih narekuje razvoj stroke. Omogoča in krepi učenje svojih članov tako na individualni kot na skupinski ravni.

V organizaciji je nosilec znanja posameznik, ki si znanje pridobiva in ga hkrati tudi nadgrajuje z rednim izobraževanjem/učenjem ter delovnimi izkušnjami. Pomembna sestavina rasti in razvoja organizacije (intelektualnega kapitala) je homogena razporeditev znanja, ki pripomore, da lahko posamezniki oziroma skupine znanje razumejo in ga tudi uporabijo (Slika 7.5). Nonaka in Takeuchi (1995) sta prepričana, da le lahko posamezniki ustvarjajo znanje. Navedena trditev v sistem organizacije vpeljuje implikacijo (so)delovanja posameznikov za ustvarjanje znanja.

Slika 7.5: Razsežnosti znanja



Vir: Sitar 2006, 58.

Davenport in Prusak (1998) opredeljujeta znanje kot nenehno in spreminjajočo se mešanico izkušenj, vrednot, informacij, strokovnega razumevanja, ki skupaj predstavljajo ogrodje, kamor dodajamo nove izkušnje in informacije. Sitarjeva (2006, 57) navaja, da znanje izvira iz misli posameznikov, kjer se tudi razvija, kajti »znanje je ustvarjeno s strani posameznika« (Nonaka in Takeuchi 1995, 239). Organizacije kot entitete posedujejo znanje v dveh oblikah: (a) znanje posameznikov, ki ga ti z delom



integrirajo v organizacijske procese, ter (b) integrirano znanje, ki se oblikuje skozi dinamičen proces oblikovanja znanja, in prepoznavanje tega, kar verjamemo (Nonaka in Takeuchi 1995).

Iz opredelitve znanja lahko izluščimo, da znanje v subjektivni obliki posedujejo posamezniki in v objektivni organizaciji. Lahko tudi izluščimo razumevanje znanja v ožjem in širšem smislu. V ožjem smislu gre za znanje posameznikov, znanje v ljudeh, torej znanje, ki je shranjeno izključno v nas samih. V širšem smislu je znanje lahko tudi znanje organizacije, torej shranjeno v procesih, izdelkih, dokumentih organizacije. Znanje lahko razumemo kot izključno osebno znanje, torej vedno vezano na posameznika (znanje je v njegovi lasti). Znanje lahko zajema tudi naše izkušnje, ki jih prevzamemo od mentorjev, pridobimo na tečajih, z neformalnim učenjem ter lastnim delovanjem (Sitar 2006, 60).

Znana je tudi ekonomska opredelitev znanja, ki pravi, da je znanje konkurenčna prednost organizacije. Znanje za organizacijo predstavlja vir, ki se ga »težko« posnema in reproducira. V organizacijah predstavljajo vir do uspeha učinkovite metode in sistemi za rast, razvoj ter porazdelitev znanja (May 2002).

#### **7.4 Prenos znanja v organizaciji**

Černeličeva (2006, 84) opredeljuje proces prenosa znanja kot prenos znanja od tistih, ki znanje imajo, in od tam, kjer znanje nastaja, do tistih, ki znanje potrebujejo. Podobno razmišljata tudi Davenport in Prusak (1998), ki pravita, da je smiselno najeti »inteligentne« ljudi in jim omogočiti, da se med seboj pogovarjajo. Černeličeva je tudi mnenja, da bo prenos znanja uspešen, če obstaja resnični interes s strani posameznikov. Izmenjava znanja je lahko namerna ali nenamerna. Namerna izmenjava znanja obsega individualno pisno komuniciranje (poročila, pisma, oglasne deske), usposabljanje oziroma izobraževanje, konference in posvetovanja, notranje publikacije, napotke, mentorstvo, mobilnost zaposlenih med različnimi delovnimi mesti in izmenjavanje osebja. Nenamerna izmenjava znanja predstavlja pogosto nenačrtovano delovanje med

ljudmi, kot so anekdote in miti, neformalna omrežja ter namenske delovne skupine (Černelič 2006, 84–85).

Stiles in Kulvisaechana (2003, 22) trdita, da je znanje prepoznavno kot vir vrednosti. Mnogi avtorji so se zato osredotočali na ustvarjanje znanja, njegovo moč, prenos in integracijo (Nonaka 1994, 14–34; Szulanski 1996, 28; Sveiby 1997; Dunford, Snell, in Wright 2001). Učinkovitost menedžmenta je odvisna tudi od strategije upravljanja delavcev znanja (Grant 1996, 377).

Za učinkovit prenos znanja se vključujejo še intraorganizacijske okoliščine (Davenport in Prusak 1998). Z vidika krovnega menedžmenta organizacije govorimo o natančnem proučevanju znanja v organizaciji, časovnih komponentah za realizacijo aplikacije znanja, načinih beleženja in arhiviranja znanja, vzpostavitvi kanalov komunikacije za učinkovito medsebojno prenašanje znanja in njegovo integracijo. Prenos znanja lahko pospešijo ali celo ovirajo menedžerski stil, organizacijska kultura, struktura in sistem organizacije, vrednote itd. Učinkovita in hkrati intenzivna komunikacija pripomore k hitrejšemu prenosu institucionaliziranega znanja v organizaciji. V primerjavi z implicitnim je eksplicitno znanje lažje prenosljivo zaradi svoje »preproste« artikulacije in kodificiranosti. Tehnologija kot dejavnik prenosa pozitivno prispeva k hitremu prenosu implicitnega znanja. V organizaciji je informacijska tehnologija pravzaprav nepogrešljiva. Omogoča obdelavo podatkov in informacij, shranjevanje podatkov (znanja), kar pripomore k homogeni razširitvi znanja med zaposlenimi. Z informacijsko tehnologijo je tudi mogoča uporaba obstoječega znanja.

Pri prenosu organizacijskega učenja je treba omeniti še motnje, težave ali ovire pri prenosu znanja, tj. t. i. inhibicija prenosa znanja (Davenport in Prusak 1998). Avtorja govorita o »inhibitorjih«<sup>32</sup> ali ovirajočih dejavnikih (Preglednica 7.1), ki upočasnijo oziroma onemogočijo prenos znanja ali znanje nekoliko »zabrišejo« oziroma ga popolnoma izbrišejo.

Inhibitorje lahko srečamo tudi v zdravstvenih organizacijah, npr. razlike v kulturi, terminologiji in virih; napačna predstava o učinkovitem delu; položaj; pomanjkanje

---

<sup>32</sup> Zaviralci.

»vpojne« sposobnosti; prepričanje, da je znanje sposobnost le določenih skupin, in nestrpnost do napak ali potrebe po pomoči. V omenjeni preglednici so predstavljene možne rešitve, pri katerih velja izpostaviti predvsem izobraževanje, razprave in timsko delo; prenos znanja; evalvacijo dela in simulacijo na osnovi izmenjave znanja; izobraževanje zaposlenih; spodbujanje nehierarhičnih odnosov in soočenje z napakami ter sodelovanje.

Preglednica 7.1: Inhibitorji znanja in možne rešitve

Inhibitorji	Možne rešitve
Pomanjkanje zaupanja	Vzpostavitev povezav in zaupanja s srečanji
Razlike v kulturi, terminologiji in virih	Vzpostavitev enotnih temeljev z izobraževanjem, razpravami, objavami, timskim delom in rotacijo dela
Pomanjkanje časa, napačna predstava o učinkovitem delu	Vzpostavitev prostorske in časovne lokacije za prenos znanja: pogovori, sobe, seminarji itd.
Položaj in zaslužek znanja	Evalvacija dela in stimulacija na osnovi izmenjave znanja
Pomanjkanje »vpojne« sposobnosti	Izobraževanje zaposlenih za fleksibilnost, zagotovitev časa za učenje
Prepričanje, da je znanje sposobnost le določenih skupin	Spodbujanje nehierarhičnih odnosov, kakovost idej je pomembnejša od položaja vira
Nestrpnost do napak ali potrebe po pomoči	Soočenje z napakami in sodelovanje

Vir: Povzeto po Davenport in Prusak 1998, 97.

## 7.5 Organizacijsko učenje in preoblikovanje znanja

Pomen organizacijskega učenja se je uveljavil s prispevki različnih avtorjev (glej Johannessen, Olsen in Olaisen 2005, 151–171). Njihovo skupno stališče je, da je organizacijsko učenje postalo pomembnejše zaradi vse večjega povpraševanja po znanju tako v organizaciji kakor tudi v družbi znanja. Kot odgovor na zunanje in notranje okolje organizacije obojestransko aktivna participacija tako organizacije kakor njenih posameznikov pripomore k izboljševanju organizacijskih procesov. Zaradi kontinuiranih vplivov s strani zunanjega okolja organizacije avtorji, kot sta Fiol in Lyle (1985), priporočajo ustvarjanje potenciala v strukturah, procesih in aktivnostih za doseg uravnoteženja pri prilagajanju na spreminjajoče se okolje. Hussi (2004, 6)

navaja, da je učenje pomembno za razvoj posameznika in za njegovo prilagajanje na spreminjajoče se okolje. Ta sprememba potrebuje sposobnost kontrole nad delom in izboljšave delovanja ter pripravljenost za razvoj prihodnjega dela (Holmqvist 2003, 104).

Organizacija se lahko uči na podlagi izkušenj (Herriott, Levinthal in March 1985, 298–299; Levitt in March 1988). Učenje je vidno kot relativno pomembna sprememba v organizacijskem znanju, ki je ustvarjeno na podlagi izkušenj (Cyert in March 1992). Drugo prepričanje o organizacijskem učenju trdi, da je učenje proces, ki relativno pomembno alterira značaj obnašanja (Bandura 1986). Tretje prepričanje v literaturi organizacijskega učenja je, da je v socialnem kontekstu organizacijsko učenje v osnovi individualno učenje, čeprav so organizacije vidne kot sestav posameznikov, ki kolektivno in nenehno poskušajo dajati smisel kompleksni realnosti (Brown in Duguid 1991, 53). Četrto prepričanje temelji na tezi, da je organizacijsko učenje organizirano na podlagi obstoječih in organiziranih operacijskih procedur, postopkov ter drugih organizacijskih pravil (Starbuck, Greve, in Hedberg 1978, 111–137; Nonaka, von Krogh in Voelpel 2006, 1183). Znanje je sposobnost definirati situacijo in na podlagi ugotovitev tudi ravnati (von Krogh, Ichijo, in Nonaka 2000).

V družbi znanja je specializirano znanje (ekspertize posameznikov) zavzelo poseben pomen, kajti znanje je neposredno povezano z aktivnostjo posameznika. V organizaciji zavzemajo delavci znanja poseben položaj pri ustvarjanju znanja, komunikaciji in aplikaciji znanja (Freidson 1994, 95 - 100). Produkcija, porazdelitev in aplikacija znanja naj bi bile prepoznavne kot ogrodje organizacije. V teh organizacijah morajo biti delavci znanja prepoznavni kot delavci z določenimi pravili. Znanje samo po sebi ne daje posebnega pomena moči. Samo ekskluzivno znanje daje moč lastniku. Za profesionalce je pomembno, da so sposobni izvajati nadzor nad lastnim delom in odločati o tem, katere metode bodo uporabili.

V procesu konverzije znanja Nonaka in Takeuchi (1995) osebno in subjektivno znanje koncipirata kot potrjeno, povezano ter sintetizirano z drugim znanjem. Znanje ni samo utelešeno v posamezniku, temveč je internalizirano tudi v viziji razvoja organizacije in

organizacijski kulturi. Drugič, znanje je zgodovinsko odvisno in orientirano k problemu. Omeniti je treba, da vsako znanje ne more biti takoj homogeno porazdeljeno.

Gottschalk (1999) omenja, da znanje tvorijo informacije v kombinaciji z izkušnjami, kontekstom, interpretacijami in refleksijo (Davenport in Prusak 1998). Znanje je neotipljivo, brezmejno, dinamično,<sup>33</sup> in če ni uporabno v določenem času ter prostoru, lahko izgublja tudi svojo vrednost/kapital (Nonaka in Konno 1998). Alavi in Leidner (1999, 6) trdita, da se informacije pretvorijo v znanje v trenutku, ko jih posameznik obdeli. Znanje ponovno postane informacija, ko se artikulira ali posreduje drugim članom v obliki besedila, govora itd. (Lambooy 2004, 644). Znanje se od podatkov in informacij razlikuje v naslednjem: podatki so nestrukturirana dejstva, informacije so sestavljene iz strukturiranih podatkov in znanje je sposobnost za uporabo informacij za razrešitev določenega problema. Podatki in informacije so relativno lahko prenosljivi.

## **7.6 Pomen zdravstvenega menedžmenta za akumulacijo človekovega in intelektualnega kapitala zdravstvenih organizacij**

Upravljanje zdravstvenih organizacij pravzaprav zajema upravljanje v dveh dimenzijah, ki se po svojih značilnostih razlikujeta, vendar se med seboj tudi prepletata. Prva je t. i. *administrativna* in druga *profesionalna klinična dimenzija* (Zabada, Asubonteng Rivers in Munchus 1998, 57–61). Ločnica med omenjenima dimenzijama je področje delovanja. Področje delovanja administrativne dimenzije so pravne, ekonomske, finančne in administrativne organizacijske procedure, za profesionalno klinično dimenzijo pa je področje delovanja človek/bolnik. Učinkovito delovanje omenjenih dimenzij zagotavlja tudi njuna prepletenost oziroma njuno vzajemno delovanje. To pomeni, da mora na eni strani administrativna dimenzija zagotoviti vse potrebne pravne, ekonomske, finančne in administrativne vire, ki profesionalni klinični dimenziji omogočajo nemoteno in kontinuirano delovanje, na drugi strani pa mora profesionalna klinična dimenzija za zdravstveno organizacijo zagotoviti profesionalne storitve, ki ne

---

<sup>33</sup> Znanje se kontinuirano nadgrajuje in realocira.

samo administrativni dimenziji, temveč tudi zdravstveni organizaciji omogočajo poslanstvo in obstoj.

Poglavitna vloga zdravstvenega menedžmenta za akumulacijo človekovega in intelektualnega kapitala je načrtovana, enotna in koordinirana strategija upravljanja administrativne in profesionalne klinične sestavine zdravstvene organizacije. V svojem endogenem okolju znanja naj bi menedžment zdravstvene organizacije vzpostavil t. i. zanko učečega znanja (angl. *knowledge learning loop*) (Bose 2003, 65–66), ki vsebuje: (a) relevantne informacije za uporabnike in potrošnike, (b) profile uporabnikov in potrošnikov, (c) povezavo med posameznimi ravni organizacije, (d) aktivno sodelovanje zaposlenih, (e) homogeno porazdelitev znanja in (f) integrirano raziskovanje.

Menedžment zdravstvene organizacije naj bi ugotavljal, katere informacije so prisotne in relevantne tako za zdravstveno in administrativno osebje kot za uporabnike. Na podlagi ugotovitev bi ustvarjal t. i. profile izvajalcev (zdravstveno in administrativno osebje, oddelki, skupine, timi itd.) in oseb/bolnikov, ki bi služili za kategorizacijo in koordinacijo pretoka informacij ter znanja. Vloga menedžmenta naj bi bila tudi vzpostavitev povezave med klinično in administrativno »zalogo« znanja, kar bi omogočilo ugotavljanje aktivnih potencialov in tudi strateške naložbe v kapital znanja. Menedžment znanja pomeni tudi aktivno sodelovanje zaposlenih (na podlagi njihovih vlog v organizaciji) v procesih upravljanja organizacije, pomeni tudi homogeno porazdelitev znanja na vseh ravneh zdravstvene organizacije, kar pripomore k uveljavitvi endogenega okolja znanja, in vlaganje v integrirano raziskovanje.

## **8 Organizacija sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji**

Osnovno zdravstveno varstvo<sup>34</sup> je v Sloveniji organizirano na treh ravneh. Na primarni ravni obsega (ZZD 1992) osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Osnovna zdravstvena dejavnost pomeni spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev in

---

<sup>34</sup> V doktorski disertaciji bomo obravnavali samo javno zdravstveno varstvo.

predlaganje ukrepov za varovanje, krepitev in izboljšanje zdravja ter preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje bolezni in rehabilitacijo bolnikov in poškodovancev. Nato sledijo preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin in drugih prebivalcev po programu preventivnega zdravstvenega varstva in mednarodnih konvencijah, zdravstvena vzgoja ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja. V nadaljevanju pomeni preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih in zobnih bolezni ter rehabilitacijo, zdravstveno rehabilitacijo otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Znotraj primarnega zdravstvenega varstva so organizirani še patronažni obiski, zdravstvena nega, zdravljenje in rehabilitacija bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih. Na koncu še nujna medicinska pomoč in reševalna služba, če ta ni organizirana pri bolnišnici; zdravstveni pregledi športnikov; ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo ter diagnostične in terapevtske storitve.

Zdravstveno varstvo na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost. Specialistična ambulantna dejavnost predstavlja nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti in obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni ali bolezenskih stanj ter izvajanje ambulantne rehabilitacije. Specialistično dejavnost opravljajo bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok. Specialistična ambulantna dejavnost mora imeti za svoje potrebe organizirano ustrezno laboratorijsko in drugo diagnostično dejavnost.

Zdravstveno varstvo na terciarni ravni obsega dejavnost klinik in inštitutov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov, ki izvajajo znanstvenoraziskovalno in vzgojnoizobraževalno delo za medicinsko fakulteto ter druge visoke in višje šole ter opravljajo najzahtevnejše zdravstvene storitve na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni zmožno niti ni smotno opravljati na nižjih ravneh. Zdravstvene storitve oziroma programe, ki se opravljajo na terciarni ravni, določi ministrstvo, pristojno za zdravstvo (ibid. 1992).

Javna zdravstvena služba mora biti organizirana tako, da je vsem prebivalcem Slovenije zagotovljena vedno dostopna nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi

prevozi in preskrbo z nujnimi zdravili, čim prej in čim bliže nastanku potrebe ter med prevozom.

### **8.1 Dolžnosti in pravice izobraževanja zdravstvenih delavcev**

Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci (ibid. 1992) imajo pravico ter dolžnost strokovnega izpopolnjevanja.<sup>35</sup> Zdravstveni zavod jim mora zato omogočiti stalno spremljanje razvoja zdravstvenih ved.

Na podlagi Kolektivne pogodbe za zaposlene v zdravstveni negi<sup>36</sup> (povzetek Kolektivne pogodbe za delavce v zdravstveni negi 1998) imajo zaposleni pravico in dolžnost stalnega izobraževanja, strokovnega izpopolnjevanja in usposabljanja skladno s potrebami delovnega procesa z namenom ohranitve zaposlitve in zaradi napredovanja. Delodajalec jim zato omogoča izobraževanje doma in v tujini, stalno spremljanje stroke, občasno praktično izpopolnjevanje v drugih zdravstvenih zavodih, občasno preverjanje teoretičnega in praktičnega znanja, izobraževanje v ustreznih izobraževalnih zavodih in udeležbo na strokovnih sestankih.

Zaposleni, ki neupravičeno odkloni izobraževanje, izpopolnjevanje ali usposabljanje, ki ga od njega zahteva delovni proces, ali ne izpolnjuje pogodbene obveznosti v zvezi z izobraževanjem, je disciplinsko in odškodninsko odgovoren. Zaposleni se strokovno izpopolnjujejo s praktičnim delom pri svojem delodajalcu na drugih delovnih mestih, kjer lahko pridobijo nova znanja ali razširijo svoje strokovno znanje; s praktičnim delom v ustreznih zavodih, kjer lahko pridobijo novo znanje ali razširijo svoje znanje; na tečajih in seminarjih. Za strokovno izpopolnjevanje šteje tudi udeležba zaposlenih na mednarodnih strokovnih srečanjih.

Zaposleni se morajo strokovno izpopolnjevati, in sicer:

- delavci z visoko strokovno in univerzitetno izobrazbo 10 dni letno,

---

<sup>35</sup> Vsebinsko, roke in postopke strokovnega izpopolnjevanja, razen za zdravnike in zobozdravnike, določi minister, pristojen za zdravstvo.

<sup>36</sup> Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi, Ur. l. RS 60/1998 z dne 28. 8. 1998, stran 4543, člen 51–62.



- delavci z višjo strokovno izobrazbo najmanj 7 dni letno,
- delavci s srednjo strokovno izobrazbo najmanj 5 dni letno.

Zaposleni, ki se je strokovno izobraževal na seminarju ali tečaju, je po opravljenem izpopolnjevanju dolžan predložiti potrdilo o obliki in trajanju strokovnega izpopolnjevanja. V primerih strokovnega izpopolnjevanja s praktičnim delom izvajalec tega izobraževanja delodajalcu, ki je zaposlenega poslal na izpopolnjevanje, pošlje pisno oceno. Delodajalec je dolžan poslati zaposlenega na strokovno izpopolnjevanje, če se pri strokovnem nadzoru ugotovi pomanjkljivo znanje zaposlenega.

## **8.2 Dolžnosti in pravice menedžmenta zdravstvenih organizacij**

Letni program strokovnega izpopolnjevanja in izobraževanja za potrebe delodajalca določi direktor na predlog odgovornega za zdravstveno nego in sprejme tudi sklepe o posamičnem izpopolnjevanju in izobraževanju. Direktor je dolžan enkrat letno pripraviti poročilo o strokovnem izpopolnjevanju in izobraževanju, ki ga predloži odgovornemu za zdravstveno nego, ki poročilo s svojim mnenjem posreduje organu upravljanja. Iz skupnih sredstev delodajalca, namenjenih za izobraževanje, se v letnem načrtu delodajalca posebej določijo sredstva, namenjena za izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi.

Zaposleni imajo pravico in dolžnost, da se izobražujejo v ustreznih izobraževalnih zavodih. Izobraževanje za potrebe delodajalca je delovna obveznost, zaradi česar se tako izobraževanje, če poteka med delovnim časom, šteje v delovni čas. Obseg delovnega časa, namenjenega izobraževanju, se določi glede na čas in vrsto izobraževanja. Če se zaposleni izobražuje za potrebe delodajalca, ima pravico do odsotnosti z dela.<sup>37</sup>

---

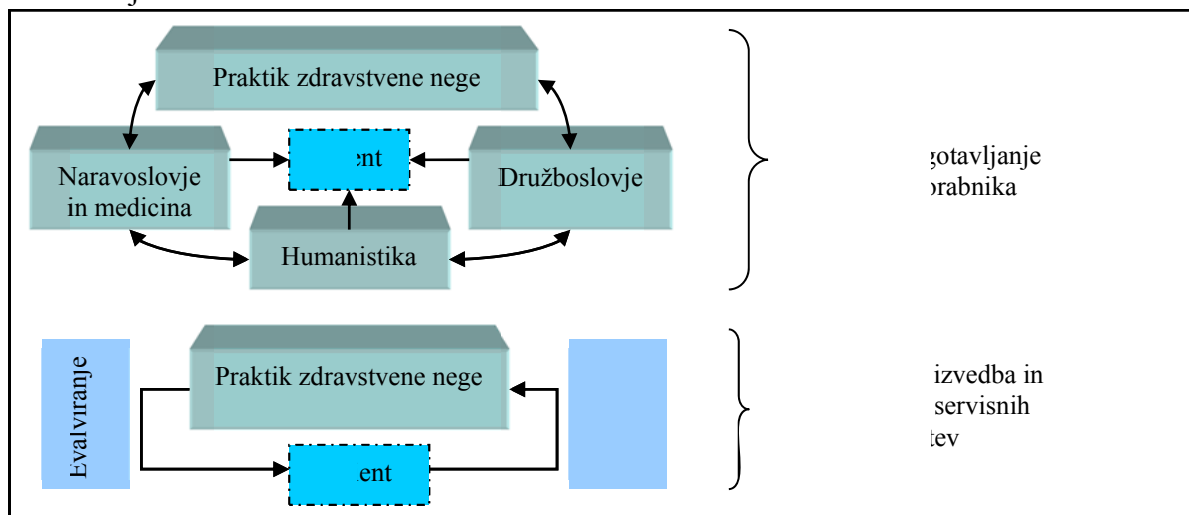
<sup>37</sup> Pravica do odsotnosti z dela: tri delovne dni za vsak izpit na ravni izobraževanja do V. stopnje zahtevnosti, pet delovnih dni za vsak izpit na višji in visoki stopnji, deset delovnih dni za zaključni izpit na ravni do V. stopnje zahtevnosti, petnajst delovnih dni za diplomsko na višji, visoki strokovni šoli ali univerzi, deset delovnih dni za zaključni izpit na podiplomskem študiju, en delovni dan za vsak izpit pri specializaciji, petindvajset delovnih dni za magistrski, specialistični izpit, petintrideset delovnih dni za doktorat.

Zaposlenemu, ki se izobražuje v lastnem interesu, delodajalec omogoča izobraževanje po možnostih. Medsebojni odnosi se uredijo s pogodbo. Zaposleni, ki ga je delodajalec poslal na daljše izobraževanje, je dolžan na poziv delodajalca prekiniti izobraževanje, če je neobhodno potrebno, da se vrne na delo. Odločitev sprejme direktor v soglasju s pristojnim organom. Pravice in obveznosti zaposlenega ter delodajalca v zvezi z izobraževanjem se določijo v pogodbi o izobraževanju.

## 9 Specifičnosti izobraževanja in učenja praktikov zdravstvene nege

V novi koncept zdravstvene nege, ki govori o intelektualnemu delu praktika zdravstvene nege, se smiselno integrirajo znanja naravoslovja in medicine, humanistike ter družboslovja. Specifičnosti izobraževanja in učenja praktikov zdravstvene nege temeljijo na znanjih zdravstvene nege, v katera se učinkovito vključujejo prej omenjene vsebine (Slika 9.1).

Slika 9.1: Pristop v zdravstveni negi za ugotavljanje, načrtovanje, izvajanje in evalviranje servisnih storitev



Vir: Starc 2011i.

Profesionalčev pristop do uporabnika je v zdravstveni negi namreč holističen: praktik zdravstvene nege naj bi celostno ugotavljal uporabnikove potrebe, skupaj z

uporabnikom načrtoval in izvajal storitve ter že na poti načrtovanja in izvajanja skupaj z uporabnikom evalviral zastavljene cilje ter uspehe servisnih storitev.

### **9.1 Primerjava izobraževanja za zdravstveno nego v Sloveniji in Evropski uniji**

Na evropskem področju je bilo usposabljanje (angl. *training*) in nato prehod na izobraževanje (angl. *education*) za zdravstveno nego v tesni povezavi z razvojem institucionalnih oblik zdravstvenega varstva 19. stoletja. Usposabljanje in izobraževanje za delo v zdravstveni negi sta sprva potekali samo v sklopu institucionalnega zdravstva, kjer je produkcija zdravstvenonegovalnega kadra služila samo za zadovoljevanje lastnih kadrovskih potreb. Vse večje potrebe in zahteve družbe so nato postopoma oblikovale samostojno izobraževanje za zdravstveno nego. Zahteve in potrebe sedanje družbe znanja so usmerjene na praktika zdravstvene nege, ki ni samo usposobljen, temveč tudi izobražen strokovnjak zdravstvene nege. V Evropi je družbeni razvoj pripomogel k razvoju različnih načinov izobraževanja za zdravstveno nego glede na trenutne pogoje in načrte družbenoekonomskega razvoja posamezne države in reforme izobraževalnih sistemov. Pred uvedbo bolonjskega modela (ZVŠ, Ur. l. RS 119/2006) visokošolskega izobraževanja so bili izobraževalni programi zdravstvene nege medsebojno neprimerljivi in nekateri med njimi netransparentni. Razlog navedenih neprimerljivosti in netransparentnosti je (bil) v različnih izobraževalnih sistemih. V sedanjem času so v državah članicah EU na podlagi Bolonjske deklaracije aktivnosti usmerjene k preoblikovanju visokošolskega izobraževalnega sistema na enotno, tj. med seboj primerljivo raven (usmeritve EU k enotnemu sistemu in načinu visokošolskega izobraževanja). Tudi konvencija na področju zdravstvene nege naslavlja zahtevo po izvedbi študija zdravstvene nege na terciarni ravni izobraževanja (ILO – Nursing Personnel Convention No. 149 2005, 12–13), ki omogoča produkcijo visokošolsko izobraženega strokovnjaka za področje zdravstvene nege. Tudi Pahorjeva (2006, 41) navaja, da je v večini evropskih držav (zlasti razvitejših) vidna usmeritev k vključevanju zdravstvene nege na univerze z možnostjo pridobitve kvalifikacij za raziskovalno delo.

Pri ponovni reformi študijskih programov, tokrat po bolonjskih načelih (v Sloveniji s študijskim letom 2009/10), moramo ponovno posvetiti posebno pozornost razpravi o

vsebinah študijskega programa zdravstvene nege. Študij zdravstvene nege je nekakšen konglomerat družboslovnih, naravoslovnih, biomedicinskih in humanističnih ved (Slika 9.1). Ta konglomerat je pravzaprav živ organizem. Sestavljajo ga ljudje oziroma živa, aktualna in aplikativna znanja, ki jih profesionalci zdravstvene nege (z lastnim temeljnim znanjem o zdravstveni negi) lahko učinkovito in celostno uporabljajo pri izvajanju lastnih storitev.

Upravljaavec ali menedžer tega konglomerata je praktik zdravstvene nege. Zastavljajo se naslednja vprašanja:

- Če je to praktik zdravstvene nege, kje pravzaprav je zdravstvena nega kot znanost prikazana?
- Ali je zdravstvena nega le (še) hibrid posameznih ved?
- Kateri položaj zavzema zdravstvena nega skladno z omenjenimi vedami?
- Če je zdravstvena nega sestava omenjenih ved, ali neodvisno še nastopa kot izvorna znanost?
- Ali je osnovno težišče usmerjeno k bolniku?

Omenjena vprašanja se nanašajo na prenos izobraževalnih vsebin v predpostavke dejavnosti zdravstvene nege. Zdravstvena nega je predpostavljena kot avtonomen in suveren subjekt pri ugotavljanju, načrtovanju/obravnavi, izvedbi ter globalni evalvaciji problemov oziroma značilnosti zdrave in bolne populacije, skupin ter posameznikov. Bistvo njenega proučevanja in delovanja so biološki organizem posameznika, družina ter skupnost v družbenem okolju. Teoretične implikacije zdravstvene nege postavljajo v osrčje dogajanja posameznika, iz katerega izhajajo potrebe zaradi vplivov endogenega oziroma eksogenega okolja. Zdravstvena nega kot znanost je za lastne proučevane raziskovalne probleme stopila v medsebojno sodelovanje z drugimi vedami, ki proučujejo samo človeka ali človeka in družbo oziroma družbo in človeka. Govorimo o interdisciplinarnem pristopu zdravstvene nege, ki pripomore k celostnemu ugotavljanju, načrtovanju, izvedbi in evalvaciji. Lahko bi ga tudi ocenili kot zvezo med omenjenimi vedami, vendar s suverenim in avtonomnim položajem zdravstvene nege.

V relaciji z omenjenimi vedami zdravstvene nege ne moremo interpretirati kot hibrid. Temeljna znanja<sup>38</sup> zdravstveni negi omogočajo, da lahko zavzame samostojna stališča pri celostni obravnavi tako zdrave kakor bolne populacije ter lahko samostojno načrtuje zdravstvenovzgojne ukrepe. Interdisciplinarnost zdravstvene nege oziroma interdisciplinarno sodelovanje z omenjenimi sorodnimi vedami, omogoča učinkovit pristop pri proučevanju in izvajanju lastnih storitev.

Pojavlja se tudi vprašanje, ali je zdravstvena nega v odnosu z družboslovnimi, humanističnimi in naravoslovnimi ter biomedicinskimi vedami v enakovrednem položaju. Integracija znanja omenjenih ved je lahko učinkovita in podporna sestavina pri načrtovanju, izvedbi in evalvaciji zdravstvenonegovalnih storitev, kar pa omenjenih ved ne postavlja v subordiniran položaj, temveč jim omogoča enakovredno sodelovanje zdravstvene nege. Z drugimi besedami, samostojnosti znanstvenega subjekta zdravstvene nege ne omogočajo druge vede, temveč je njihova integracija pripomogla k učinkoviti razširitvi novega koncepta zdravstvene nege. Tako bi omenjena integracija pripomogla h globljemu spoznanju dejavnikov endogenega in eksogenega organizacijskega okolja, k večji uporabni vrednosti storitev, k inovativnosti na ravni strokovnjaka in na ravni zdravstvene organizacije ter k učinkoviti celostni orientiranosti k posamezniku, družini in skupnosti. Omenjena integracija bi pripomogla družboslovnim, naravoslovnim biomedicinskim in humanističnim vedam spoznanje, da teoretične implikacije zdravstvene nege lahko pripomorejo tudi k integraciji zdravstvene nege kot raziskovalnega predmeta in na podlagi novih izhodišč k novim znanstvenim povezavam.

Pahorjeva (2006) je obravnavala načine izobraževanja za zdravstveno nego v Evropi. Ugotovila je precejšnje razlike med usmeritvami študijskih programov. Avtorica je obravnavala dve dimenziji, in sicer glede na biomedicinski in humanistični pristop, ter glede na osrednjo osebo v zdravstvu: usmerjenost k bolniku in usmerjenost k zdravstvenim delavcem. Ugotovitve prikazujejo razlike med vzhodnim delom Evrope, kjer je prevladoval biomedicinski pristop (usmerjenost študija zdravstvene nege v naravoslovje in medicinsko znanje), in zahodnim delom Evrope, kjer je dominiral humanistični pristop (poudarek na spoznavanju sebe in bolnika kot osebnosti). Razlike

---

<sup>38</sup> Glej Ovijač in Starc (2009): Visokošolski strokovni študijski program 1. stopnje Zdravstvene nege.

so prisotne tudi v primerjavi s severnim delom Evrope, kjer prevladuje usmerjenost k bolniku (bolnikova vloga v procesu zdravljenja in pomen bolnikovega razumevanja lastnega položaja).

V južnem delu Evrope ugotovitve prikazujejo usmerjenost k zdravstvenemu delavcu (poudarjena odločilna vloga praktika zdravstvene nege, manj učenja o pogajanjih in dogovarjanju, manj učenja komunikacije). Za angleško izobraževanje za zdravstveno nego avtorica navaja, da uspešno kombinira humanistično dimenzijo in usmerjenost k bolniku. V slovenskem izobraževanju za zdravstveno nego je bila dolgo prisotna kombinacija biomedicinskega in k zdravstvenemu delavcu usmerjenega izobraževanja (Pahor 2006).

## **9.2 Študij zdravstvene nege v Sloveniji**

Preden se lotimo razprave o slovenskem izobraževalnem sistemu, je treba omeniti, da se je v Sloveniji v devetdesetih letih prejšnjega stoletja (1995) uvedla reforma visokošolskega sistema. Omenjena reforma je bila uveljavljena v študijskem letu 1996/97; z njo je prišlo do ukinitve višješolskega študija z nastankom oziroma z delitvijo na visokostrokovni (praviloma traja tri leta) in univerzitetni študij (praviloma traja od štiri do šest let). Dalj časa trajajoča pogajanja in pogovori bodo s študijskim letom 2009/10 prinesli ponovno študijsko reformo s t. i. študijskimi programi po bolonjskem procesu. V sedanjem času obstajajo v Sloveniji različne ravni izobraževanja za zdravstveno nego, in sicer od srednješolske do visokošolske ravni izobraževanja.

Slovenski izobraževalni sistem na srednješolski ravni (po zaključenem osnovnošolskem izobraževanju) omogoča pridobitev dveh vrst kvalifikacij, in sicer na ravni:

- 4. stopnje izobrazbe (izobraževanje za bolničarja traja tri leta) in
- 5. stopnje izobrazbe (izobraževanje za tehnika zdravstvene nege traja štiri leta oziroma dodatni dve leti po zaključenem izobraževanju za bolničarja).

Po zaključenem štiriletнем srednješolskem izobraževanju se lahko kandidat odloči za pridobitev visoke strokovne izobrazbe s področja zdravstvene nege na visokošolski

ravni (ZViS-UPB3, Ur. l. RS 19/2006): izobraževanje za diplomiranega zdravstvenika oziroma diplomirano medicinsko sestro traja tri leta; izobraževanje za specializacijo iz določenega področja traja dodatno leto po zaključenem izobraževanju za diplomiranega zdravstvenika oziroma diplomirano medicinsko sestro.

Pomemben prispevek k uveljavitvi visokošolskega študijskega programa zdravstvene nege je prineslo leto 1992 s sprejemom skupnega programa Zdravstvene vzgoje Visoke šole za zdravstvo s Pedagoško fakulteto Univerze v Ljubljani. S študijskim letom 1993/94 se je začel študij zdravstvene vzgoje na univerzitetni ravni. Vpis na študij zdravstvene vzgoje je potekal v študijskih letih 1993/94 in 1994/95.

Za slovensko področje je značilna stratifikacija zdravstvene nege (prisotnih je pet ravni zdravstvene nege); ena izmed teh je ostanek reforme usmerjenega izobraževanja. Tako na slovenskem zdravstvenem področju primarnega, sekundarnega in terciarnega zdravstvenega varstva delujejo:

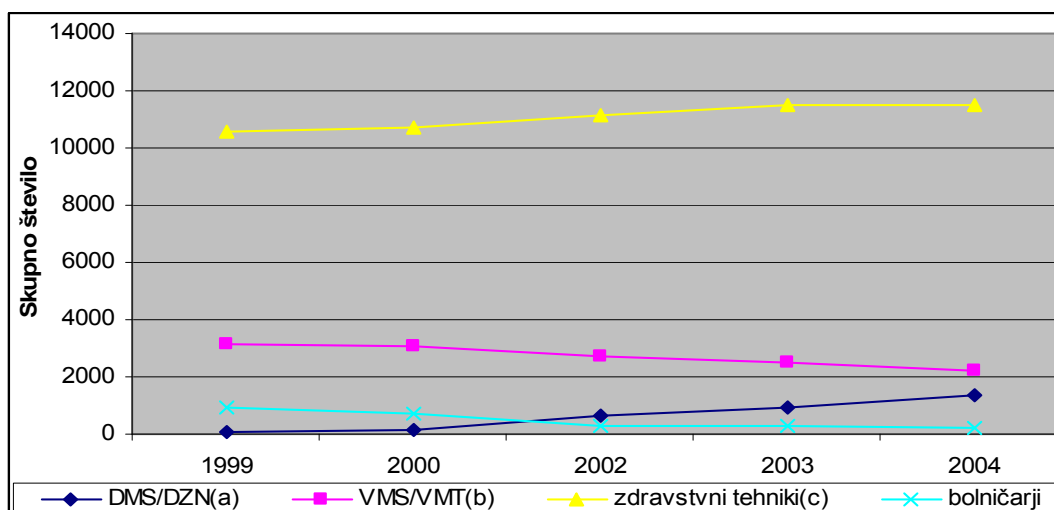
- bolničar(-ka) (3. stopnja izobrazbe),
- srednja medicinska sestra/medicinski tehnik,
- tehnik(-ca) zdravstvene nege (4. stopnja izobrazbe),
- višji medicinski tehnik/višja medicinska sestra (6. stopnja izobrazbe – zgodovinski ostanek),
- diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra (7./I. stopnja izobrazbe),
- profesor(-ica) zdravstvene vzgoje (7./II. stopnja izobrazbe).

V omenjeni stratifikaciji zdravstvene nege obstaja notranja hierarhija odnosov z bolj ali manj jasno delitvijo dela.

Na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva lahko v Sloveniji opazimo postopno večanje visokošolsko izobraženega kadra na področju zdravstvene nege. Iz statističnih podatkov (glej Graf 9.1) je razvidno, da je bilo leta 1999 na vseh ravneh zdravstvenega varstva zaposlenih 81 diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov. Leta 2004 se je število povzpelo na 1357. V petletnem obdobju lahko opazimo razliko oziroma porast visokošolsko izobraženega kadra za 1276. Če

število predstavnikov povprečno porazdelimo, dobimo vsako leto po 255,2 novih visokošolsko izobraženih praktikov zdravstvene nege. Višješolsko izobraženih s področja zdravstvene nege je bilo leta 1999 na vseh ravneh zdravstvenega varstva zaposlenih 3128. Leta 2004 se je število znižalo na 2226. Razlika med letoma 1999 in 2004 je 902. Predpostavljamo lahko, da je zmanjševanje višješolsko in povečevanje visokošolsko izobraženega kadra za področje zdravstvene nege povezano z dokvalifikacijo posameznikov. To pomeni, da so si določeni posamezniki pridobili visokošolsko izobrazbo po merilih za prehode med študijskimi programi. Prav tako domnevamo, da je vzrok zmanjševanja števila višješolsko izobraženega kadra tudi upokožitev ali odhod z delovnega mesta. Za področje zdravstvene nege je bilo leta 1999 zaposlenih 10.570 tehnikov(-ic) zdravstvene nege (vštete so tudi babice) in 931 bolničarjev(-k). Leta 2004 se je število tehnikov zdravstvene nege nekoliko povečalo (na 11.512), število bolničarjev pa se je zelo zmanjšalo (na 249). Razlika med letoma 1999 in 2004 je 942 več tehnikov zdravstvene nege in 682 manj bolničarjev. Domnevamo lahko, da je pojav večanja števila tehnikov(-ic) zdravstvene nege v povezavi z novimi zaposlitvami in z dokvalifikacijo bolničarjev(-k).

Graf 9.1. Sestava zaposlenih v zdravstveni negi po kvalifikaciji in številu od leta 1999 do leta 2004



Vir: Statistični urad Republike Slovenije. Statistični letopis. Dostopno prek: [http://www.stat.si/letopis/index\\_letopis.asp](http://www.stat.si/letopis/index_letopis.asp) (9. november 2009).

<sup>a</sup> diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, <sup>b</sup> višje medicinske sestre/višji medicinski tehniki, <sup>c</sup> vštete tudi babice.



## 10 Preliminarne ugotovitve na osnovi analize literature

Opisana je bila povezava med družbenimi spremembami, racionalizacijo dela in izobraževanjem delavcev. Slednje ocenjujemo kot pomembno za zadovoljitev zahtev družbe znanja in potreb organizacij.

Zgodovinsko sta se s profesionalizacijo poklicev ukvarjali tako teorija značilnosti kot procesna teorija. V doktorski disertaciji smo dali večji poudarek teoriji značilnosti. Omenjena teorija predpostavlja profesijo kot posedovanje za profesijo tipičnih atributov (specialna znanja, kodeks etike in altruistična orientacija). Ne glede na konceptualizacijo Freidsona (1982, 2001), da je profesija tisti poklic, ki si je z učinkovitim prenosom na družbeni trg pridobil ugled, moč in denar, so za profesionalizacijo poklicev pomembne tri glavne značilnosti, in sicer znanje, moč in etika (Abbott 1988). Slednje so v doktorski disertaciji pojmovane kot trije temelji profesionalizacije.

Znanje (ekspertize) članov profesionalne skupine predstavlja sposobnost izvajanja specifičnega dela/storitve, nadzor nad izobraževanjem in izpopolnjevanjem lastnih članov, edinstveno pravico določiti in hkrati evalvirati lastno delo. Ključna predpostavka uspešne profesionalizacije je profesionalna strategija, ki z izobraževalnim sistemom (znanja) omogoča obnavljanje profesij, dostop do specialnega znanja in izvajanje lastnega dela/storitev (moč in etika). Na podlagi teorije značilnosti moč in etika zavzemata položaj družbenega regulatorja (družbeno podeljena vloga).

Profesionalizacija je definirana kot dosežek znanja, etike in delovnih izkušenj, pridobljenih s terciarnim izobraževanjem. V ta koncept uvrščamo povezave med znanjem posameznika (individualna legitimacija znanja) in organizacije (organizacijska legitimacija znanja). Posameznik ali profesionallec v delovnem okolju sprejema samostojne odločitve, ki temeljijo na znanju. Organizacija predstavlja delovno okolje, kjer so profesije koncipirane kot »zaloga znanja«. Na družbeni in organizacijski ravni lahko profesije predstavljajo decentralizirano družbeno obliko nadzora, kjer profesionalizacija deluje v smeri vrednot.

Profesionalna moč je tudi lastnost poklicne skupine in pripomore k uveljavitvi avtonomije ali sposobnosti samoregulacije ter nadzora nad delitvijo dela. V zdravstveni poklicni verigi srečamo legitimno avtonomijo zdravniške profesije, ki je sposobna dominirati nad sorodnimi (zdravstvenimi) profesijami. V primeru zdravstvene nege vzpostavljamo teoretično povezavo med znanjem in profesionalno močjo. V zdravstveni poklicni verigi je znanje praktikov zdravstvene nege eden izmed elementov, ki omogočajo nastanek profesionalne moči. Na podlagi tega lahko teoretično trdimo, da je profesionalna moč tudi v neposredni povezavi z znanjem praktikov zdravstvene nege.

Profesionalno moč praktikov zdravstvene nege sestavljata dve dimenziji: prva je v povezavi s posameznikom oziroma profesionalno skupino, druga je v povezavi z določenimi družbenimi vlogami. V povezavi s profesionalno močjo zdravstvene nege nam kronološka perspektiva prikazuje zgodovinsko pogojeno subordinacijo in s tem neposedovanje profesionalne moči. Ta je pogojena tudi s skromnim/omejenim temeljnim znanjem praktikov zdravstvene nege.

Za področje zdravstvene nege je treba poudariti, da je med pomembnimi sestavinami za pridobitev legitimne avtonomije zdravstvene nege prav profesionalna ekspertiza praktikov zdravstvene nege.

Na področju zdravstvenih storitev sta vpeljana dve pomembni smernici: poudarjanje pravic uporabnikov in dolžnosti izvajalcev zdravstvenih storitev. Obe se integralno umeščata v temeljni pojem etike (zadovoljstvo in pravice uporabnikov) in v temeljni pojem znanja (ponudba profesionalnega dela/storitve), kar posledično prenaša vso odgovornost na profesionalca. Poudariti je treba, da je po predpostavki teorije značilnosti ključna sestavina za profesionalizacijo zdravstvene nege dostop do terciarnega izobraževanja, ki bi tako pripomoglo k polnopravnemu položaju zdravstvene nege kot profesije.

Smernice za profesionalizacijo zdravstvene nege lahko zasledimo tudi v konceptu nove zdravstvene nege. Slednji ponuja izhodišča za demarkacijo področja poklicne avtonomije: zdravstveno nego kot intelektualno delo, skupna prizadevanja pripadnikov

poklicne skupine za izboljšanje lastnega ekonomskega položaja in zagotovitev profesionalne moči.

Družbene spremembe na znanstvenem in tehnološkem področju zahtevajo usposobljenega ter izobraženega praktika zdravstvene nege, ki bi lahko svoje kompetence pridobival in nadgrajeval na podlagi vsebin specifičnega človekovega kapitala.

Človekov (misleči) kapital v zdravstvenih organizacijah sestavljajo tudi praktiki zdravstvene nege. Slednji v procesu vseživljenjskega učenja lasten (osnovni) človekov kapital nenehno preoblikujejo v nadgrajeno obliko človekovega kapitala. Nenehna nadgrajevanja človekovega kapitala pripomorejo k uveljavitvi teoretične predpostavke o t. i. pozitivni vzročni zvezi med organizacijo in posameznikom. Večja kot so torej kakovostna nadgrajevanja/preoblikovanja človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege, večji je tudi prispevek k rasti in razvoju intelektualnega kapitala zdravstvene organizacije. Treba je poudariti, da sama akumulacija človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege ni zadosten pogoj za uspešno pretvorbo osnovnega potenciala v aktivni potencial za intelektualni kapital zdravstvene organizacije, je pa potrební pogoj.

Akumulacijo človekovega kapitala lahko primerjamo z akumulacijo enot kapitala (EK) v zdravstveni organizaciji. Pretvorba je mogoča le, če obstaja interes oziroma želje s strani posameznikov (P) oziroma enot kapitala (EK). Pretvorbo dejansko omogočajo enote kapitala, kajti od njihove aktivnosti je odvisno ustvarjanje in produciranje znanja.

Vloga profesij pri (ne)diferenciaciji človekovega kapitala je zelo pomembna. Profesija naj bi avtonomno združevala vse enote kapitala v homogeno celoto (moč profesije), vendar s poudarkom na potencialno »sposobnejših« članih oziroma tistih članih, ki bi z replikacijo povečali znanje in s tem moč profesije. Po mnenju nekaterih avtorjev (Sveiby 1997; Stewart 1997; Bontis 1998, 72; Empson 2001, 842–844) večino človekovega kapitala ustvarjajo profesionalci/praktiki, ki s procesom integracije z organizacijo ohranjajo lastno znanje in ekspertize (Lowendahl 2000) ter jih tudi nadgrajujejo.

Eno izmed sestavin intelektualnega kapitala zdravstvene organizacije predstavlja tudi dinamično delovanje praktikov zdravstvene nege. Prvi pogoj dinamičnega delovanja predstavlja harmonična porazdelitev znanstvenega in strokovnega znanja, ki hkrati tudi predstavlja pogoj za aktivno produkcijo in transfer novega znanja. V tem primeru govorimo o novem znanju (nadgrajen človekov kapital praktikov zdravstvene nege), ki predstavlja aktivni potencial za rast in razvoj tako praktika zdravstvene nege kakor zdravstvene organizacije. Mnogokrat se teoretični koncepti intelektualnega kapitala prepletajo oziroma sovpadajo s teoretičnimi koncepti človekovega kapitala. Pri obeh konceptih je znanje izpostavljeno kot kapital. Torej tudi kapital znanja s področja zdravstvene nege predstavlja kapital vrednosti za zdravstveno organizacijo. Znanje kot vrednost/kapital je inkorporirano v posamezniku.

Intelektualni kapital zdravstvene organizacije lahko razumemo kot organizacijsko sposobnost izmenjave in kombinacije specifičnega človekovega kapitala, katerega poglobilni namen je stalno ustvarjanje novega znanja. Intelektualni kapital zdravstvene organizacije predstavlja tudi sposobnost vodenja prenove/nadgradnje specifičnega človekovega kapitala in njegovega transfera na intraorganizacijski ter interorganizacijski ravni.

Intelektualna masa (vsota vsega specifičnega človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege) je za zdravstveno organizacijo lahko tudi kritična. To pomeni, da večje kot so zahteve po obsegu, namenu in kakovosti zdravstvene nege, večje je tudi povpraševanje po znanju (večje potrebe po delavcih znanja) in večje so tudi družbene zahteve (povečane so zahteve uporabnikov).

Praktiki zdravstvene nege so tudi intelektualni člani zdravstvene organizacije, ki svoje znanje nadgrajujejo in ga aplikativno uporabljajo za kakovostno izvedbo zdravstvenonegovalnih storitev. Rast in razvoj intelektualnega kapitala zdravstvene organizacije sta mogoča pod pogojem, da je celotna organizacija naklonjena nadgrajevanju specifičnega človekovega kapitala.

Uveljavitev koncepta znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege je v tesni povezavi z njihovo terciarno izobrazbo. Bistvo omenjenega

koncepta je predpostavka o samostojnosti praktikov zdravstvene nege. Slednji so odgovorni za pravilno in kakovostno izvedbo storitev ter predstavljajo vir in »medij« za prenos znanstvenega, strokovnega in menedžerskega znanja v prakso zdravstvene nege. Poleg tega, da znanstveni in strokovni človekov kapital vpliva na karierni razvoj, tudi pojmuje zdravstveno nego kot intelektualno delo.

Praktiki zdravstvene nege v določeni zdravstveni organizaciji pomenijo akumulacijo enot kapitala, ki v izobraževalnih ciklih svoj osnovni potencial kontinuirano nadgrajujejo v aktivni potencial. V zdravstvenih organizacijah so nosilci dela zdravstveni delavci, ki jih koncipiramo kot delavce z ekspertizami ali delavce znanja. Tako za delovanje in razvoj zdravstvene organizacije ter preživetje praktika zdravstvene nege družba znanja pričakuje osebo, ki bo lastno znanje kontinuirano realociral, ga upravljal, nadzoroval, meril, učinkovito uporabljal, apliciral itd. Znanje praktikov zdravstvene nege predstavlja tudi bistvo organizacijske in individualne produktivnosti ter ekonomske dobrobiti (kapitalska vrednost). V zdravstvenih organizacijah je za praktike zdravstvene nege značilna povezava med avtonomijo strokovnjaka in njegovo odgovornostjo kot delavca znanja. Zaznati je potrebo po kompleksni inovativnosti zdravstvene nege, aktivnem učenju praktikov zdravstvene nege in prenosu znanja med člani profesionalne skupine.

Znanja praktikov zdravstvene nege se pojavljajo v interorganizacijski in intraorganizacijski obliki. Temelj delovanja in razvoja zdravstvene organizacije kot učeče se organizacije predstavlja intraorganizacijsko znanje. Na podlagi omenjenega teoretičnega koncepta naj bi zdravstvene organizacije poskušale zadostiti potrebi po znanju. Teoretično to pomeni, da lahko več delavcev znanja privlači nove delavce znanja.

Zdravstveno organizacijo bi bilo smotno koncipirati kot učečo se organizacijo, kjer je bistvenega pomena tudi integracija znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege. Učeča se zdravstvena organizacija bi tako lahko temeljila na intraorganizacijskem in interorganizacijskem povezovanju oziroma združevanju posameznih ekspertiz za ugodno rešitev postavljenega zdravstvenega problema.

Učeče se organizacije so tiste, kjer je učenje zaposlenih temeljna funkcija obstoja in razvoja organizacije. Na podlagi akumulacije znanja in izkušenj posameznikov imajo tovrstne organizacije sposobnost učinkovite adaptacije (prilagoditve) na eksogeno okolje organizacije. Učeče se organizacije predstavljajo tudi okolje, kjer se lahko snujejo drugačni oziroma novi modeli razmišljanja in okolje, kjer so posameznikove ekspertize hkrati integrirane v timsko delo in v poslanstvo organizacije.

Značilnost bolnišnične organizacijske strukture je njena birokratska in centralizirana oblika dela. Tovrstna oblika je zdravniški profesiji hkrati omogočala ohranjati zdravniško moč in subordinacijo drugih zdravstvenih poklicev. Razvojni dosežek birokratskih bolnišnic je pravzaprav profesionalna uveljavitev moči zdravnikov z avtonomijo sprejemanja odločitev brez naveze na birokratski sistem bolnišnic.

Kronološko se je na področju kontinuiranega izobraževanja/učenja prvi pojavil koncept vseživljenjskega izobraževanja, ki je poskušal poenotiti izbor različnih interesov in idej takrat veljavne značilnosti družbe znanja. Nasledil ga je koncept vseživljenjskega učenja, ki ga v sedanjem času uporabljamo za integracijo idej rasti in razvoja znanja posameznika.

Po veljavni definiciji OECD (2000a) za posameznika vseživljenjsko učenje obsega vse vrste in oblike učenja za individualni ter družbeni razvoj. Osrednji namen vseživljenjskega učenja je t. i. preusposabljanje oziroma dopolnjevanje obstoječega znanja v vseh življenjskih obdobjih (»od zibelke do groba«).

Na delovnem področju lahko zaznamo koncept vseživljenjskega učenja tudi v obliki profesionalnega učenja praktikov zdravstvene nege. Profesionalno učenje slednjih se udejanja v formalnem izobraževanju in nadaljuje skozi karierni razvoj. Potreba po vseživljenjskem učenju ni pomembna samo za preživetje posameznika, temveč je tudi osrednji proces za oblikovanje in uporabo interorganizacijskega ter intraorganizacijskega socialnega kapitala. Govorimo lahko tudi o mehanizmu učenja, ki preoblikuje vsakdanje profesionalne izkušnje v celostno razumevanje bolnika.

Vseživljenjsko učenje je pravzaprav načelo (a) na ravni praktika zdravstvene nege, ki mu omogoča »biti« aktivni v vsakdanjih življenjskih in delovnih procesih ter na ravni (b) organizacije, saj z njim zagotovimo rast in razvoj učeče se organizacije.

Na področju zdravstvene nege lahko prav tako zasledimo nujnost učinkovite integracije in hkrati realizacije vseživljenjskega učenja. Zaradi narave strokovnega dela sta integracija in realizacija usmerjeni tako v praktika zdravstvene nege kot tudi v zdravstvene time, ki jim pripada.

Tako izobraževanje kakor učenje omogočata nadgrajevanje znanja, da ga lahko člani profesionalnega menedžmenta in praktiki zdravstvene nege med delovnim procesom učinkovito uporabijo. Delovno okolje, ki nudi bogatejše možnosti izobraževanja in učenja oziroma spodbuja ter omogoča izobraževanje znotraj in zunaj organizacije, zaposleni doživljajo kot organizirano in motivirajoče (Urh 2005). Možnosti izobraževanja in učenja v organizaciji omogočajo oblikovanje ter razvoj poklicne identitete (ibid. 2005), kar ugodno vpliva na razvoj profesionalizacije.

Znana je pogosta delitev znanja na eksplicitno, ki je lahko prepoznavno, artikulirano, razmeroma lahko prenosljivo, in implicitno znanje (angl. *tacit knowledge*), ki je utelešeno v posamezniku in ga razmeroma težko artikuliramo. Znanje lahko delimo še na instrumentalno (udejanjeno v orodjih, napravah, učenje s prikazom), neformalno (izkušnje zaposlenih, medsebojni odnosi – socialni kapital), metaznanje (splošne predpostavke, vrednote), situacijsko (vezano na tipično situacijo), deklarativno (opisi dejstev, metod, postopkov), postopkovno (izraženo je v samem motoričnem ali ročnem delu) in organizacijsko znanje (Takeuchi 1995; Saint Onge 1996; Žontar Vukasović 2005; Jelenc 2005; Jelenc 2008).

Organizacijsko znanje lahko koncipiramo kot sposobnost zdravstvenih organizacij za ustvarjanje in izmenjavo znanja, ki temelji na funkciji zaposlenih, da se učijo drug od drugega. Novo pridobljeno znanje predstavlja tudi konkurenčno prednost za posameznika in organizacijo, pa tudi za učinkovito prilagodljivost. To pomeni, da tako praktik zdravstvene nege kot organizacija lahko vzajemno pripomoreta k učinkovitemu preoblikovanju osnovnega potenciala zaposlenih v aktivni potencial za rast in razvoj

človekovega ter intelektualnega kapitala. Zdravstvene organizacije lahko predstavljajo ugodno organizacijsko okolje za učinkovito pretvorbo znanja s področja zdravstvene nege. Ustvarjanje organizacijskega znanja je proces, ki spiralno poteka po komunikacijskih kanalih in se homogeno razširi ter integrira v podatkovne zbirke in med zaposlene.

Znanje v subjektivni/ožji obliki posedujejo praktiki zdravstvene nege, medtem ko znanje v objektivni/širši obliki posedujejo zdravstvene organizacije. Znanje je tudi ekonomska »vrednost«, saj je v tem primeru znanje ovrednoteno kot vrednost/kapital, ki služi kot konkurenčna prednost zdravstvenih organizacij. Znanje praktika zdravstvene nege služi posamezniku za učinkovito prilagajanje na spreminjajoče se interorganizacijsko in intraorganizacijsko okolje. Znanje ne sme biti samo utelešeno v praktilno zdravstvene nege, temveč naj bo internalizirano v viziji razvoja zdravstvene organizacije.

Koncept profesionalizacije zdravstvene nege vključuje koncept zdravstvene nege kot intelektualnega dela ali dela znanja. To pomeni, da lahko praktik zdravstvene nege avtonomno opravlja kompleksne in ustvarjalne storitve zdravstvene nege. V objektivnem smislu gre za pridobivanje profesionalnega nadzora in demarkacijo lastnih zdravstvenih storitev. Temelj demarkacije tako predstavlja lastno temeljno znanje, ki je osnova za razvoj profesionalnih kompetenc ali ekspertiz. Že v sedanjem času lahko govorimo o obstoju t. i. zaloge znanja s kompleksno konfiguracijo delovnih izkušenj, ki praktikom zdravstvene nege v zdravstveni poklicni verigi omogoča edinstven položaj.

Na podlagi znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala se lahko praktiki zdravstvene nege uvrščajo v misleči kapital organizacije: (a) aktivno znanje omogoča nadgrajevanje znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala, kar neposredno vpliva na (b) rast in razvoj intelektualnega kapitala zdravstvenih organizacij. Temeljno (lastno) znanje pripomore k procesu preobrazbe znanja zdravstvene nege v vrednost/kapital za organizacijo.

Upravljanje zdravstvenih organizacij se pravzaprav nanaša na dve dimenziji, in sicer administrativno in profesionalno klinično dimenzijo. Ločnica med obema predstavlja



področje delovanja. Za učinkovito delovanje oziroma upravljanje zdravstvenih organizacij je treba doseči vzajemnost delovanja tako administrativne (zagotovitev/preskrba pravnih, ekonomskih, finančnih in administrativnih virov) kakor tudi profesionalne klinične dimenzije (profesionalne storitve).

Strategija menedžmenta zdravstvenih organizacij je načrtovana, enotna in koordinirana tako glede administrativne kakor tudi profesionalne klinične dimenzije. Znale naj bi bile informacije glede profila izvajalcev (zdravstvenega in administrativnega osebja) in potrošnikov (bolnikov) zdravstvenih storitev. V menedžmentu zdravstvene organizacije naj bi bila administrativni in profesionalni klinični dimenziji zagotovljena enakopravna udeležba vseh odločujočih poklicnih predstavnikov.

Praktiki zdravstvene nege niso samo usposobljeni, temveč tudi izobraženi strokovnjaki zdravstvene nege. Kakovost izobraženosti temelji na programih terciarnega izobraževanja. Kronološko so se na področju terciarnega izobraževanja izvajali različni študijski programi v različnih izobraževalnih sistemih. Poglavitna slabost študijskih programov sta bili prav njihova neprimerljivost in netransparentnost. V sedanjem času so na področju EU aktivnosti visokošolskega izobraževanja in visokošolskega izobraževalnega sistema usmerjene k postopnemu preoblikovanju in poenotenju študijskih programov. Tovrstne usmeritve je zaznati tudi na področju zdravstvene nege.

Preoblikovan in primerljiv študijski program zdravstvene nege zadostuje tako bolonjskim usmeritvam kakor regulativam reguliranih poklicev v EU. Poleg navedenih smernic je treba upoštevati dejstvo, da praktik zdravstvene nege pri svojem delu učinkovito integrira znanja s področja zdravstvene nege, družboslovja, naravoslovja, biomedicine in humanistike. V tem primeru je zdravstvena nega avtonomni in suvereni subjekt, ki z interdisciplinarnim pristopom pripomore k celostnemu ugotavljanju, načrtovanju, izvedbi in evalvaciji. Lahko bi jo tudi obravnavali kot zvezo med omenjenimi vedami, vendar s poudarkom na njenem avtonomnem položaju.

### **III EMPIRIČNI DEL**

#### **11 Vzorčni načrt in njegova realizacija**

V razdelku demografske značilnosti vzorca smo kontrolne spremenljivke prikazali na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Podroben prikaz pojavnosti navedenih spremenljivk bo pomagal pri sintezi preliminarnih ugotovitev in identifikaciji elementov profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji.

##### **11.1 Primerjava populacije in realiziranega vzorca**

Glede na razpoložljive podatke lahko za posploševanje iz vzorca primerjamo populacijo in realizirani vzorec glede na dve razsežnosti, in sicer po strukturi zaposlenih v vzorčenih enotah (skupaj, enote, ravni) in po doseženi izobrazbi zaposlenih.

V populaciji je razmerje med stopnjami izobrazbe aktivno zaposlenih naslednje (zbirka podatkov Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije<sup>39</sup>): 1329 zaposlenih ima višjo stopnjo izobrazbe (višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik), 3655 jih ima visokostrokovno izobrazbo (diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; v to skupino je uvrščenih še 22 zaposlenih, ki imajo opravljeno specializacijo), 281 jih ima poleg visokostrokovne še univerzitetno izobrazbo in 25 jih ima zaključeno podiplomsko izobrazbo (magister(-ica) znanosti, magister(-ica) zdravstvene nege in doktor(-ica) znanosti) (Preglednica 11.1).

##### **11.2 Reprezentativnost vzorca**

Na podlagi prikazanih vrednosti lahko sklepamo, da se realizirani vzorec deloma ujema s strukturo zaposlenih v zdravstveni negi: navzdol odstopa delež zaposlenih z višješolsko in visokostrokovno izobrazbo, navzgor pa delež zaposlenih z univerzitetno in podiplomsko izobrazbo.

---

<sup>39</sup> Podatki iz registra Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije so bili posredovani dne 2. 1. 2011.

Preglednica 11.1: Primerjava aktivne populacije zaposlenih v zdravstveni negi in realiziranega vzorca

Izobrazba	Aktivna populacija zaposlenih v zdravstveni negi		Realiziran vzorec	
	N	%	n	%
<b>Višja</b>	N = 1329	25,12 %	n = 127	22,20 %
<b>Visokostrokovna</b>	N = 3655	69,10 %	n = 383	66,96 %
<b>Univerzitetna</b>	N = 281	5,32 %	n = 48	8,39 %
<b>Podiplomska</b>	N = 25	0,47 %	n = 14	2,45 %
<b>Skupaj</b>	<b>N = 5290</b>	<b>100 %</b>	<b>n = 572<sup>a</sup></b>	<b>100 %</b>

Vir: Starc 2008.

<sup>a</sup> Od 633 anketnih vprašalnikov je bilo 61 takih, v katerih izobrazba ni bila navedena.

Struktura zaposlenih v zdravstveni negi se je v obdobju med letoma 2002 in 2008 spreminjala. Od leta 2002 do leta 2003 se je na vseh ravneh zdravstvenega varstva ohranilo težišče v korist VMS/VMT<sup>40</sup>. Od leta 2004 naprej pa zasledimo postopno uvajanje kadra z visokostrokovno izobrazbo oziroma prekvalifikacijo kadra iz višješolske v visokostrokovno izobrazbo. Na sekundarni ravni se tako težišče prenese v korist DMS/DZN<sup>41</sup>, z letom 2008 tudi na primarni ravni zdravstvenega varstva (Preglednica 11.2).

Realizirani vzorec se deloma ujema s strukturo zaposlenih v zdravstveni negi in posploševanje iz vzorca na populacijo lahko izvedemo preko strukture zaposlenih in doseženi stopnji izobrazbe. Izpostaviti je potrebno tudi kronološki podatek strukture zaposlenih v zdravstveni negi. Od leta 2002 do 2003 je bilo na vseh ravneh zdravstvenega varstva v korist višjim medicinskim sestram/višjim medicinskim tehnikom. Od leta 2004 naprej pa je zaslediti postopno naraščanje kadra z visokostrokovno izobrazbo.

<sup>40</sup> VMS – višja medicinska sestra; VMT – višji medicinski tehnik.

<sup>41</sup> DMS – diplomirana medicinska sestra; DZN – diplomirani zdravstvenik.

Preglednica 11.2: Struktura zaposlenih v zdravstveni negi po zdravstvenih ravneh med letoma 2002 in 2008

Leto	Stopnja izobrazbe	Skupaj	Skupaj zdravstvo	Osnovno zdravstvo		Spec. ambulante		4	Spec. bolnišnice		5
				1	2	3	2		3	2	
2008	DMS/DZN	2412	2326	492	69	76	15	685	218	1	542
	VMS/VMT	1645	1592	469	76	23	31	235	91	4	567
2007	DMS/DZN	2190	2105	450	56	73	11	827	199	1	297
	VMS/VMT	1735	1675	488	81	25	27	364	98	4	486
2006	DMS/DZN	1940	1875	411	42	67	10	744	174	-	267
	VMS/VMT	1864	1815	522	75	33	30	402	102	4	499
2005	DMS/DZN	1760	1702	373	24	65	9	681	164	-	256
	VMS/VMT	1974	1915	554	67	43	33	434	116	4	528
2004	DMS/DZN	1357	1307	311	13	40	7	560	131	2	145
	VMS/VMT	2226	2170	637	72	57	32	515	131	2	574
2003	DMS/DZN	944	910	213	8	36	5	350	92	0	124
	VMS/VMT	2513	2452	712	73	76	34	622	160	4	598
2002	DMS/DZN	654	628	144	7	25	3	244	71	-	78
	VMS/VMT	2750	2678	747	73	87	41	711	184	4	640

DMS Težišča DMS (diplomirana medicinska sestra), DZN (diplomirani zdravstvenik).

VMS Težišča VMS (višja medicinska sestra), VMT (višji medicinski tehnik).

Legenda: 1 – zdravstveni domovi, 2 – zasebni izvajalci; 3 – javni zavodi, 4 – splošne bolnišnice, 5 – klinike in inštituti.

Statistični letopis ne razpolaga s podatki po strukturi podiplomske izobrazbe aktivno zaposlenih v zdravstveni negi.

Vir: Statistični letopis od leta 2003 do leta 2009.

Naraščanje in uvajanje diplomiranega osebja na vse ravni zdravstvenega varstva ima lahko več razsežnosti. S strani celotnega sistema zdravstvenega varstva in bolnikov je morda izražena potreba in/ali zahteva po bolj kvalificiranem kadru, ki svoje storitve izvajajo na visokostrokovni ravni. Na drugi strani pa je lahko namen in usmerjenost stroke k *progresivnemu intelektualizmu zdravstvene nege*<sup>42</sup>. To bi pripomoglo k višanju kakovosti storitev, prilagajanje novim in zahtevnejšim zdravstvenim razmeram (bolezni, posegi in postopki), obvladovanje ter upravljanje z lastnim znanjem, boljše intraprofesionalno in interdisciplinarno komunikacijo in ne nazadnje tudi soočenje z

<sup>42</sup> Progresivni intelektualizem v zdravstveni negi opredeljujemo kot progresivno integracijo tako potrebe kakor pomena postsekundarnega izobraževanja članov profesionalne skupine. Poglavitni cilj je razvoj stroke kakor tudi opravljanje in upravljanje storitev na visokošolski ravni.

novodobnimi bolniki. Navedeni elementi progresivnega intelektualizma zdravstvene lahko nakazujejo željo po profesionalizaciji poklica.

## 12 Demografske značilnosti vzorca

Rezultati statistične analize demografskih značilnosti vzorca in hi-kvadrat kontrolnih spremenljivk so prikazani v prilogi E.1.

### 12.1 Raven zdravstvene organizacije

Na podlagi števila vrnjenih anketnih vprašalnikov je prevladovala skupina na terciarni ravni (44,9 %, n = 284), sledili sta skupina na primarni ravni (30,6 %, n = 194) in skupina na sekundarni ravni (22,9 %, n = 145) (Preglednica 12.1).

Preglednica 12.1: Frekvenčna porazdelitev anketirancev po zdravstvenih ravneh

Raven zdravstvenega varstva	%	<i>n</i>
Primarna raven	30,6	194
Sekundarna raven	22,9	145
Terciarna raven	44,9	284
Skupaj	98,4	623
Manjkajoče vrednosti	1,6	10
Skupaj	<b>100</b>	<b>633</b>

Vir: Starc 2008.

Leta 2008 je bilo v populaciji aktivno zaposlenih v zdravstveni negi največje težišče VMS/VMT na terciarni (34,47 %) in DMS/DZN na sekundarni ravni zdravstvenega varstva (28,40 %) (Preglednica 12.2).

Preglednica 12.2: Struktura zaposlenih po zdravstvenih ravneh za leto 2008

	Primarna raven				Sekundarna raven			Terciarna raven	N
	Osnovno zdravstvo		Spec. ambulante		Splošne bolnišnice	Spec. bolnišnice		Klinike in inštituti	
	zdr. domovi	zasebni izvajalci	javni zavodi	zasebni izvajalci		javni zavodi	zasebni izvajalci		
<b>DMS/DZN</b>	20,4	2,86	3,15	0,62	28,4	9,04	0,04	23,47	2412
<b>VMS/VMT</b>	28,51	4,62	0,99	1,4	14,29	5,53	0,24	34,47	1645

**DMS** Težišča DMS (diplomirana medicinska sestra), DZN (diplomirani zdravstvenik).

**VMS** Težišča VMS (višja medicinska sestra), VMT (višji medicinski tehnik).

Vir: Statistični letopis 2010: Zdravstveni delavci in sodelavci, zaposleni v zdravstvu, po izobrazbi in mestu zaposlitve, 2008.

### 12.1.1 Spol

Vzorec anketirancev je sestavljal večji delež žensk (93,7 %, n = 546) in razmeroma majhen delež moških (6,3 %, n = 37). Frekvenčna distribucija po spolu je na vseh ravneh zdravstvenega varstva pokazala prevalenco žensk.

Na primarni ravni je bilo anketiranih žensk 95,8 % (n = 184) in le 4,2 % moških (n = 8), na sekundarni ravni je bilo žensk 97,3 % (n = 108) in 2,7 % moških (n = 3) ter na terciarni ravni žensk 90,7 % (n = 254) in 9,3 % moških (n = 26) (Preglednica 12.3). Na vprašanje o spolu anketirancev je bilo neodgovorjenih 7,9 % (n = 50) anketnih vprašalnikov.

Preglednica 12.3: Spolna struktura po zdravstvenih ravneh v % (n = 583)

Spol	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven	Skupaj	n	N
<b>Ženski</b>	95,8	97,3	90,7	93,7	546	15.843
<b>Moški</b>	4,2	2,7	9,3	6,3	37	1652
<b>Skupaj</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>583</b>	<b>17.495</b>

Vir: Starc 2008.

p = 0,018;  $\chi^2 = 8,084$ .

Velika večina moških (9,3 %) deluje na terciarni ravni zdravstvenega varstva. Torej sta strukturi moških in žensk glede na zdravstveno raven statistično značilno različni.

Komentarja na statistično značilno različnost v populaciji ne moremo dati, ker ni dostopnih ustreznih podatkov.

### 12.1.2 Starost

V vzorcu je bil na vseh zdravstvenih ravneh skupaj največji delež starih od 41 do 50 let (32,5 %, n = 186). Težišča starostne strukture se po zdravstvenih ravneh razlikujejo le na primarni ravni (označeno v Preglednici 12.4). Na primarni ravni je prevladovala starost od 41 do 50 let (43,2 %, n = 80), na sekundarni od 31 do 40 let (44,3 %, n = 47) in enako na terciarni ravni (30,2 %, n = 85). Komentarja na statistično značilno različnost v populaciji ne moremo dati, ker ni dostopnih ustreznih podatkov.

Preglednica 12.4: Starostna struktura po zdravstvenih ravneh v % (n = 572)

Starost	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven	Skupaj	<i>n</i>
od 20 do 30	12,4	20,8	29,9	22,6	129
od 31 do 40	26,5	44,3	30,2	31,6	181
od 41 do 50	43,2	27,4	27,4	32,5	186
od 51 do 60	17,3	7,5	12,1	12,9	74
od 61 in več	0,5	0	0,4	0,3	2
<b>Skupaj</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>572</b>

Legenda: Siva oznaka polja v preglednici: težišča starostne strukture.

Vir: Starc 2008.

p = 0,000;  $\chi^2 = 37,883$ .

Na vprašanje o starosti anketirancev je ostalo neodgovorjenih 9,6 % (n = 61) anketnih vprašalnikov (Preglednica 12.9): na primarni 4,6 % (n = 9), sekundarni 26,9 % (n = 39) in 1,1 % na terciarni ravni (n = 3).

### 12.1.3 Delovna doba

Na vseh ravneh zdravstvenega varstva skupaj je na splošno prevladovala skupina z delovno dobo nad 26 let, in sicer 23,1 % (n = 132), takoj za njo sledi skupina od 21 do

25 let (18,9 %, n = 108). Težišča po delovni dobi se po zdravstvenih ravneh razlikujejo (označeno v Preglednici 12.5). Razliko smo ugotovili na sekundarni ravni, kjer je prevladovala skupina z delovno dobo od 6 do 10 let (21,7 %, n = 23), in na terciarni ravni, kjer je prevladovala skupina od 0 do 5 let delovne dobe (23,5 %, n = 66). Komentarja na statistično značilno različnost v populaciji ne moremo dati, ker ni dostopnih ustreznih podatkov.

Na vprašanje o delovni dobi anketirancev je bilo neodgovorjenih 9,6 % (n = 61) anketnih vprašalnikov: na primarni 4,6 % (n = 9), na sekundarni 26,9 % (n = 39) in na terciarni ravni 1,1 % (n = 3).

Preglednica 12.5: Delovna doba po zdravstvenih ravneh v % (n = 572)

<b>Delovna doba</b>	<b>Primarna raven</b>	<b>Sekundarna raven</b>	<b>Terciarna raven</b>	<b>Skupaj</b>	<b>n</b>
<b>od 0 do 5</b>	10,8	17,9	23,5	18,4	105
<b>od 6 do 10</b>	9,7	21,7	16,7	14,4	88
<b>od 11 do 15</b>	9,2	18,9	14,6	13,6	78
<b>od 16 do 20</b>	15,7	7,5	8,5	10,7	61
<b>od 21 do 25</b>	22,2	17	17,4	18,9	108
<b>nad 26</b>	32,4	17	19,2	23,1	132
<b>Skupaj</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>572</b>

Legenda: siva oznaka polja v preglednici: težišča strukture delovne dobe.

Vir: Starc 2008.

p = 0,000;  $\chi^2 = 40,313$ .

Na sekundarni in terciarni ravni so razmeroma mladi predstavniki praktikov zdravstvene nege, in sicer po starosti od 31 do 40 let (Preglednica 12.4) in tudi po letih delovne dobe od 0 do 10 let (Preglednica 12.5). Na primarni ravni pa so relativno zreli praktiki nad 61 let starosti in nad 26 let delovne dobe.

## 12.2 Značilnosti vzorca po zdravstvenih ravneh

### 12.2.1 Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe anketirancev

Po izobrazbeni strukturi (glej Preglednico 12.6) je prevladovala v celotnem vzorcu skupina z visokostrokovno izobrazbo (67 %, n = 383), sledita skupini z višješolsko



izobrazbo (22,2 %, n = 127), univerzitetno izobrazbo (8,4 %, n = 48), skupina s specializacijo po visokostrokovni izobrazbi (1,7 %, n = 10), specializacijo po univerzitetni izobrazbi (0,5 %, n = 3), z magisterijem (0,2 %, n = 1) in doktoratom znanosti (0,2 %, n = 1)<sup>43</sup>.

Preglednica 12.6: Dosežena (najvišja) izobrazba po zdravstvenih ravneh v % (n = 572)

Izobrazba	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven	Skupaj	n
Višja	24,2	18,6	19	20,1	127
Visokostrokovna	67,2	51,7	65,1	66,3	383
Univerzitetna	5,5	5,5	10,6	10,8	48
Specializacija in magisterij	1,5	0	3,9	2,2	14
Skupaj	948,4	100	98,3	99,4	572

Legenda: siva oznaka polja v preglednici: težišča po izobrazbeni strukturi.

V preglednici 12.11 smo združili skupini specializacija po visokostrokovni in univerzitetni izobrazbi ter magisterij.

Vir: Starc 2008.

p = 0,000;  $\chi^2 = 584,073$ .

Težišča dosežene (najvišje) stopnje izobrazbe po zdravstvenih ravneh se razlikujejo (označeno v Preglednici 12.6). Prevladuje modalna skupina z visokostrokovno izobrazbo, sledi ji skupina z višješolsko izobrazbo, najmanj zastopani sta skupina z univerzitetno izobrazbo ter skupina s specializacijo in magisterijem. Težišče višje izobrazbe zasledimo na primarni ravni. Komentarja na statistično značilno različnost v populaciji ne moremo dati, ker ni dostopnih ustreznih podatkov.

### 12.2.2 Delovno mesto/funkcija v zdravstveni organizaciji

Po funkciji oziroma po delovnem mestu je v celotnem vzorcu prevladovala skupina timski(-ka) medicinska sestra/zdravstvenik (43,5 %, n = 250), sledijo ji skupina izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku (37,6 %, n = 216), vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja enega oddelka) (14,4 %, n = 83), vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja več oddelkov) (3,5 %, n = 20) in vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (1,0 %, n = 6) (Preglednica 12.7).

<sup>43</sup> Doktorat kot dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe v Preglednici 8.9 ni zapisan na nobeni zdravstveni ravni.

Preglednica 12.7: Delovno mesto/funkcija po zdravstvenih ravneh v % (n = 575)

Delovno mesto/funkcija	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven	Skupaj	<i>n</i>
Izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku	45,9	35,3	33	37,6	216
Timski(-ka) medicinska sestra/zdravstvenik	38,8	43,7	46,5	43,5	250
Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja enega oddelka)	9,3	16,8	16,8	14,4	83
Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja večjega števila oddelkov)	4,4	3,4	2,9	3,5	20
Vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda)	1,6	0,8	0,7	1	6
<b>Skupaj</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>575</b>

Legenda: siva oznaka polja v preglednici: težišča po strukturi delovnega mesta/funkciji.

Vir: Starc 2008.

$p = 0,109$ ;  $\chi^2 = 13,096$ .

Težišča po delovnem mestu/funkciji po zdravstvenih ravneh se razlikujejo. Na primarni ravni je prevladovala skupina izvajalcev zdravstvene nege na oddelku, bilo jih je 84 (45,9 %). Na terciarni ravni jih je bilo 46,5 % (n = 127), pri čemer je prevladovala skupina timska medicinska sestra/zdravstvenik, v skupini vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja enega oddelka) pa zasledimo (označeno v Preglednici 12.7) enako težišče (16,8 %). Pod rubriko drugo (glej anketni vprašalnik) smo na terciarni ravni zabeležili tudi koordinatorje zdravstvenovzgojnega dela in koordinatorje za kakovost v zdravstveni negi (1,4 %, n = 4).

### 12.3 Posploševanje na podlagi kakovosti realiziranega vzorca

Na podlagi realiziranega vzorca lahko sklepamo, da v populaciji prevladuje naslednja struktura kadra v zdravstveni negi: večji delež žensk in moških z visokostrokovno izobrazbo na terciarni ravni zdravstvenega varstva, sledita ji skupina na primarni in sekundarni ravni. Na sekundarni in terciarni ravni so relativno mlajši praktiki od 31 do 40 let z delovno dobo od 0 do 10 let. Na primarni ravni prevladujejo relativno zreli praktiki v starosti od 41 do 50 let in nad 26 leti delovne dobe. Po funkciji izvajalec(-ka) zdravstvene nege prevladuje na oddelku na primarni, timska medicinska sestra/zdravstvenik pa na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva.

Vzorec kaže na splošno večji delež žensk z visokostrokovno izobrazbo na terciarni ravni zdravstvenega varstva v starosti od 31 do 50 let in z delovno dobo nad 26 let ter po funkciji timska medicinska sestra/zdravstvenik.

Glede na leta starosti delovne dobe sklepamo lahko, da je anketni vprašalnik (kvantitativni in kvalitativni del) izpolnjevala relativno zrela skupina praktikov zdravstvene nege<sup>44</sup>.

### **13 Vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege po ravneh**

Teoretično predpostavljamo, da je profesionalizacija zdravstvene nege povezana z rednim nadgrajevanjem znanja v različnih procesih izobraževanja in učenja. Torej je tudi v povezavi z vseživljenjskim učenjem na področju zdravstvene nege.

#### **13.1 Udeležba anketirancev v procesu izobraževanja in učenja**

Na vseh ravneh zdravstvenega varstva so se procesa izobraževanja in učenja anketiranci večinoma udeleževali od 1- do 2-krat, 40,5 % udeležba (n = 231). Težišča po udeležbi v procesu izobraževanja in učenja se po zdravstvenih ravneh razlikujejo (označeno v Preglednici 13.1).

Na primarni ravni je bila večinska udeležba od 3- do 4- krat, (41,4 %, n = 77); na sekundarni od 1- do 2- krat, (48,1 %, n = 51); prav tako na terciarni ravni (41,6 %, n = 116).

---

<sup>44</sup> Sklep velja samo za javni sektor zdravstvenega varstva.

Preglednica 13.1: Udeležba v procesu izobraževanja in učenja po zdravstvenih ravneh v 5 (n = 571)

Udeležba v proces izobraževanja in učenja	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven	Skupaj	<i>n</i>
nikoli	5,9	2,8	8,2	6,5	37
od 1- do 2-krat	34,4	48,1	41,6	40,5	231
od 3- do 4-krat	41,4	30,2	30,5	34	194
5- in večkrat	18,3	18,9	19,7	19,1	109
<b>Skupaj</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>571</b>

Legenda: siva oznaka polja v preglednici: težišča po strukturi udeležbe v procese izobraževanja in učenja.

Vir: Starc 2008.

$p = 0,074$ ;  $\chi^2 = 11,513$ .

### 13.2 Aktivna udeležba anketirancev v procesu izobraževanja in učenja

Anketiranci so se procesa izobraževanja in učenja na vseh ravneh zdravstvenega varstva aktivno udeležili od 1- do 2-krat (23,7 %, n = 135), sledita skupini 5-krat in več ter od 3- do 4-krat in od 2- do 3-krat (4,7 %, n = 27) z isto frekvenco ponavljanja. Na vseh ravneh zdravstvenega varstva je bila v povprečju aktivna udeležba od 1- do 2-krat. Težišča po aktivni udeležbi v procesu izobraževanja in učenja se po zdravstvenih ravneh razlikujejo (označeno v Preglednici 13.2). Tako je za primarno raven odgovorilo (17,5 %, n = 32), sekundarno (19,6 %, n = 21) in terciarno raven (29,3 %, n = 82) anketirancev. Za vse zdravstvene ravni moramo izpostaviti tudi tiste, ki so bili aktivni udeleženci 5-krat in več (6,1 %, n = 36), na primarni ravni (7,1 %, n = 13); sekundarni ravni (2,8 %, n = 3), terciarni ravni (6,8 %, n = 19) anketirancev. Največ aktivne udeležbe je bilo na terciarni ravni, sledta primarna in nato sekundarna raven.

Pri primerjavi frekvenčne distribucije anketirancev po aktivni udeležbi in neudeležbi je bilo na vseh ravneh zdravstvenega varstva največ takih anketirancev, ki niso nikoli bili aktivni v procesu izobraževanja in učenja (65,4 %, n = 373). Na drugih zdravstvenih ravneh je prevladovala neudeležba na primarni ravni (73,2 %, n = 134), terciarni (56,4 %, n = 158) in na sekundarni ravni (75,7 %, n = 81).

Preglednica 13.2: Aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja po zdravstvenih ravneh v % (n = 570)

Aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven	Skupaj	n
Nikoli	73,2	75,7	56,4	65,4	373
od 1- do 2-krat	17,5	19,6	29,3	23,7	135
od 3- do 4-krat	2,2	1,9	7,5	4,7	27
od 5- in večkrat	7,1	2,8	6,8	6,1	35
<b>Skupaj</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>570</b>

Legenda: siva oznaka polja v preglednici: težišča po strukturi aktivne udeležbe v procese izobraževanja in učenja.

Vir: Starc 2008.

p = 0,000;  $\chi^2 = 25,604$ .

Zanimiva je ugotovitev, da je na vseh ravneh zdravstvenega varstva naj številnejša skupina, ki ni bila nikoli aktivna v procesu izobraževanja in učenja (65,4 %, n = 373). Na primarni ravni se navedenega procesa ni nikoli udeležilo 73,2 %, na sekundarni 75,7 % in terciarni ravni 56,4 % enot vzorca (Preglednica 13.3). Deficitarna skupina je tako na sekundarni ravni. Največ aktivne udeležbe je bilo v skupini na terciarni ravni zdravstvenega varstva.

Preglednica 13.3: Primerjava udeležbe/neudeležbe v procesu izobraževanja in učenja v % (n = 570)

	Udeležba v procesu izobraževanja in učenja: NIKOLI		Aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja: NIKOLI		Udeležba v procesu izobraževanja in učenja		Aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja	
		n (nikoli)		n (nikoli)		n		n
Primarna raven	5,9	11	73,2	134	31,37	175	26,8	49
Sekundarna raven	2,8	3	75,7	81	32,4	103	8,1	26
Terciarna raven	8,2	23	56,4	158	30,6	256	14,53	122
<b>Skupaj</b>	<b>6,4</b>	<b>37</b>	<b>65,5</b>	<b>373</b>	<b>31,2</b>	<b>534</b>	<b>11,5</b>	<b>197</b>

Vir: Starc 2008.

Praktiki zdravstvene nege so se v povprečju procesa izobraževanja in učenja udeležili od 1- do 2-krat. Največjo udeležbo smo zasledili na primarni (od 3- do 4-krat), terciarni (5-krat in večkrat) in sekundarni ravni (od 1- do 2-krat).

Aktivne udeležbe smo v povprečju zasledili od 1 - do 2 - krat. Največ aktivne udeležbe je bilo na terciarni (od 3- do 4-krat), primarni (5-krat in večkrat) in sekundarni ravni (od 1- do 2-krat). Na splošno lahko sklepamo, da sta na primarni in terciarni ravni prevladovali tako pasivna in tudi aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja.

V povprečju se procesa izobraževanja in učenja ni nikoli udeležilo 6,4 % anketirancev. Največja neudeležba je bila na terciarni, nato na primarni in sekundarni ravni. Anketiranci pa se v povprečju niso aktivno udeležili v 65,5 %. Najmanjša aktivna udeležba je bila na sekundarni, nato na primarni in terciarni ravni.

### **13.3 Različne oblike izobraževanja in učenja**

V vzorcu so skupine opredeljene glede na raven zdravstvenega varstva in različne navedene oblike izobraževanja in učenja, ki so pripomogle k pridobivanju in nadgradnji znanja. Na podlagi ocen anketirancev na vseh ravneh zdravstvenega varstva izstopajo (*navedene so tiste oblike, ki so bile ocenjene z 9 – najbolj pripomogla*<sup>45</sup>): učne delavnice (95), interna izobraževanja (93), seminarji v Sloveniji (84), strokovna srečanja (60), tečajji (55), formalno pridobivanje izobrazbe (49), simpozij v Sloveniji (26), kongresi v Sloveniji (24), kongresi v tujini in konference v Sloveniji po 8, seminarji v tujini (7) in simpozij v tujini (3).

---

<sup>45</sup> Anketiranec(-ka) je lahko posameznim oblikam izobraževanja in učenja pripisal oceno od 1 = *najmanj pripomogla* do 9 = *najbolj pripomogla*.

Preglednica 13.4: Oblike izobraževanja in učenja za pridobivanje in nadgrajevanje znanja po zdravstvenih ravneh, v %

Oblike izobraževanja in učenja	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven	Skupaj	<i>n</i>
Učne delavnice	17	13,1	51,1	81,2	95
Interna izobraževanja	13,9	7,6	19	40,5	93
Seminarji (SLO)	16,5	13,8	11,3	41,6	84
Strokovna srečanja	12,4	9	8,1	29,5	60
Tečajji	9,8	6,2	9,5	25,5	55
Formalno pridobivanje izobrazbe	8,8	6,2	7,7	22,7	49
Simpozij (SLO)	4,6	1,4	5,3	11,3	26
Kongresi (SLO)	2,1	4,1	4,9	11,1	24
Kongresi (tujina)	0	0,7	0	0,7	8
Konference (SLO)	1	0,7	1,8	3,5	8
Seminarji (tujina)	0,5	0	2,1	2,6	7
Simpozij (tujina)	0	1,4	0,4	1,8	3

Legenda: siva oznaka polja v preglednici: težišča po strukturi oblik izobraževanja in učenja, ki so pripomogle k pridobitvi in nadgradnji znanja. Vrednosti v preglednici so izražene v obliki absolutnih frekvenc.

Vir: Starc 2008.

Težišča posameznih oblik izobraževanja in učenja, ki so pripomogle k pridobivanju in nadgrajevanju znanja po zdravstvenih ravneh, so označene v Preglednici (13.4). Omenjeni deleži so rezultat relativno pogoste udeležbe na seminarjev in učnih delavnic v Sloveniji in redke v tujini.

### 13.4 Pridobivanje znanja, ki pomeni pridobitev za zdravstveno organizacijo

Večina anketirancev se strinja, da pridobitev novega znanja pomeni pridobitev tudi za njihovo zdravstveno organizacijo: 452 (80,9 %). Na primarni ravni se je s trditvijo strinjalo 155 (85,6 %), na terciarni ravni 214 (78,4 %) in na sekundarni 83 anketirancev (79,0 %) (Preglednica 13.5).

Težišča po pridobivanju znanja kot pridobitev za zdravstveno organizacijo se po zdravstvenih ravneh razlikujejo. Na primarni ravni je največje težišče na strinjanju s trditvijo (85,6 %), na terciarni ravni na nestrinjanju (8,4 %), na sekundarni ravni pa so neopredeljeni (16,2 %).

Na podlagi zbranih podatkov lahko v na splošno trdimo, da so se procesa izobraževanja in učenja večinoma udeleževali od 1- do 2-krat. Enako težišče je na sekundarni in terciarni ravni.

Preglednica 13.5: Pridobitev znanja kot pridobitev za zdravstveno organizacijo po zdravstvenih ravneh v % (n = 559)

Pridobivanje znanja, ki pomeni pridobitev za organizacijo	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven	Skupaj	n
Da	85,6	79	78,4	80,9	452
Ne	2,8	4,8	8,4	5,9	33
Ne vem	11,6	16,2	13,2	13,2	74
<b>Skupaj</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>559</b>

Legenda: siva oznaka polja v preglednici: težišča po strukturi pridobitve znanja kot pridobitev za zdravstveno organizacijo.

Vir: Starc 2008.

p = 0,091;  $\chi^2 = 8,014$

Če povzamemo vse demografske značilnosti vzorca (Preglednica 13.6), lahko sklepamo, da so bili anketiranci zreli, stari od 41 do 50 let in z nad 26 leti delovne dobe z visokostrokovno izobrazbo, na delovnem mestu timski(-ka) medicinska sestra/zdravstvenik, ki so se procesa izobraževanja in učenja pasivno in aktivno udeležili povprečno od 1- do 2-krat ter pritrjujejo, da znanje pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.

Preglednica: 13.6: Splošne demografske značilnosti vzorca v %

Spremenljivke	Primarna raven	Sekundarna raven	Terciarna raven	Skupaj	n
Starost: od 41 do 50	43,2	27,4	27,4	32,5	186
Delovna doba: nad 26 let	32,4	17	19,2	23,1	132
Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe: visokostrokovna	67,2	51,7	65,1	66,3	383
Delovno mesto/funkcija: timski(-ka) medicinska sestra/zdravstvenik	38,8	43,7	46,5	43,5	250
Udeležba v procesu izobraževanja in učenja: od 1- do 2 krat	34,4	48,1	41,6	40,5	231
Aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja: NIKOLI	73,2	75,7	56,4	65,4	373
Aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja: od 1- do 2 krat	17,5	19,6	29,3	23,7	135
Pridobivanje znanja, ki pomeni pridobitev za organizacijo: DA	85,6	79	78,4	80,9	452

Vir: Starc 2011j.



Razmeroma velik odstotek anketirancev se procesa izobraževanja in učenja ni udeležil nikoli.

Na primarni ravni je bilo težišče pasivne od 3 - do 4 - krat in aktivne udeležbe od 1 - do 2 - krat. Deficit aktivne udeležbe se pojavi na primarni ravni zdravstvenega varstva. Različne oblike izobraževanja in učenja so pripomogle k pridobivanju in nadgradnji znanja. Na podlagi ocen anketirancev na vseh ravneh zdravstvenega varstva izstopajo: učne delavnice (95), interna izobraževanja (93), seminarji v Sloveniji (84), strokovna srečanja (60), tečaji (55), formalno pridobivanje izobrazbe (4)9, simpozij v Sloveniji (26), kongresi v Sloveniji (24), kongresi v tujini in konference v Sloveniji po 8, seminarji v tujini (7) in simpozij v tujini (3).

Prav tako se večina anketirancev strinja, da pomeni pridobitev novega znanja pridobitev tudi za njihovo zdravstveno organizacijo (80,9 %). Na primarni ravni se je s trditvijo strinjalo 85,6 %, na sekundarni 79 % in na terciarni ravni 78,4 % anketirancev.

Izobraževanja in učenja so se anketiranci na splošno aktivno in pasivno udeležili od 1- do 2-krat. Teoretično lahko predpostavljamo, da imajo udeležbe v izobraževanju in učenju oziroma povračila vlaganj v učne delavnice, interna izobraževanja, seminarje v Sloveniji, strokovna srečanja, tečaje, formalno pridobivanje izobrazbe, simpozije in kongrese v Sloveniji ter kongrese v tujini, konference v Sloveniji, seminarje in simpozije v tujini lahko tudi funkcijo osebne rasti in razvoja zaposlenih, »ki povečuje storilnost oziroma delovno uspešnost praktika zdravstvene nege« (Starc in Ilič 2007, 62). Tudi Coleman (1990, 304) zagovarja stališče, da je človekov kapital utelešen v veščinah in znanju, ki si jih je posameznik pridobil s samoizobraževanjem oziroma vseživljenjskim učenjem.

Preživetje zdravstvene organizacije je neposredno povezano z intelektualnim delom zaposlenih. To dokazujejo tudi študije (Bruderl, Preisendorfer in Zeiler 1992, 231–240; Gimeno in drugi 1997, 777), ki pravijo, da je človekov kapital ključna sestavina za razlago delovanja zdravstvene organizacije. To dokazuje raziskava, s katero smo

ugotovili, da se anketiranci na splošno strinjajo, da pridobitev novega znanja pomeni pridobitev tudi za njihovo zdravstveno organizacijo (80,9 %).

Pomemben element razvoja profesionalizacije zdravstvene nege je tudi intelektualni kapital zdravstvene organizacije. Lahko ga razumemo kot znanje in sposobnost zdravstvene organizacije (Nahapiet in Ghoshal 1998, 245–248), kar sovpada s konceptom človekovega kapitala. Praktiki zdravstvene nege so z aktivno in/ali pasivno udeležbo v procesu izobraževanja in učenja lastno znanje nadgrajevali, kar omogoča avtonomno delovanje za osebni in organizacijski razvoj (ibid. 1998) ter ustvarjanje novega znanja (Smith, Collins in Clark 2001). Hargreaves (2001, 490) domneva, da intelektualni kapital raste z dvema procesoma: ob ustvarjanju novega znanja ter s sposobnostjo prenosa znanja med organizacijami in ljudmi. Ustvarjanje novega znanja poteka (tudi) z vseživljenjskim učenjem praktikov zdravstvene nege.

## **14 Indeksacije sestavin raziskovalnega modela in kontrolnih spremenljivk (ANOVA)**

V tem poglavju opisujemo potek analize, ki smo jo opravili na podlagi analize križanja (angl. *cross tabs tabel*). V nadaljevanju smo na podlagi izračunane vrednosti F-statistike razbrali stopnjo tveganja. Če je bila stopnja tveganja dovolj majhna, smo zavrnili hipotezo, da so aritmetične sredine enake (Sagadin 2003; Kvas in Seljak 2004).

### **14.1 Tvorba indeksov za numerični opis sestavin konceptualnega modela**

Izračunana vrednost Cronbachovega alfa koeficienta kaže na razmeroma visoko stopnjo zanesljivosti merjenja neodvisnih spremenljivk: indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege ( $\alpha = 0,63$ ), indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi ( $\alpha = 0,88$ ), indeks znanja v zdravstveni negi ( $\alpha = 0,87$ ), profesionalno moč v zdravstveni negi smo poimenovali kot indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev

v zdravstveni negi ( $\alpha = 0,88$ ) in indeks etike v zdravstveni negi ( $\alpha = 0,64$ ) (Preglednica 14.1 in Priloga E.2).

Preglednica 14.1: Cronbachov alfa koeficient za posamezni indeks sestavin raziskovalnega modela

		Indeks profesionalizacije zdravstvene nege	Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	Indeks znanja v zdravstveni negi	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	Indeks etike v zdravstveni negi
Skupaj	Arit. sredina	2,85	2,62	3,29	3,54	3,36	3,16
	N	583	583	570	579	565	565
	Std. deviacija	0,35	0,4	0,47	0,4	0,49	0,62
	Cronbachov alfa	<b>0,75</b>	<b>0,63</b>	<b>0,88</b>	<b>0,87</b>	<b>0,88</b>	<b>0,64</b>

Osnova za tvorjenje posameznih indeksov so bili sklopi trditve iz anketnega vprašalnika, ki opisujejo posamezne sestave razdelanega raziskovalnega modela (glej Priloga A). V anketnem vprašalniku (II. del: profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege) smo na podlagi predloženih definicij profesionalizacije (Abbott 1988) in avtonomije (Giddey 1995) trditve razvrstili v dve skupini.

### Odvisna spremenljivka

Indeks profesionalizacije zdravstvene nege (Abbott 1988) sestavljajo naslednje trditve:

- Redno berem strokovne revije s področja zdravstvene nege.
- V zdravstveni negi se zavedamo lastnih kompetenc.
- Zdravstvena nega je nujno potreben poklic.
- Večina pripadnikov(-ic) zdravstvene nege bi ostala v poklicu, čeprav bi se znižali osebni dohodki.
- Pri svojem delu sem strokovnjak(-inja).
- Pripadniki(-ce) zdravstvene nege imajo interes spodbujati napredek stroke.

### Neodvisne spremenljivke

Indeks strokovne avtonomije v zdravstveni negi (Giddey 1995) sestavljajo naslednje trditve:

- Imam priložnost presojsati o delu kolegov in kolegic.

- Pri svojem delu sprejemam samostojne odločitve.
- Moje odločitve v zvezi z delom niso pod vplivom kritik kolegov(-ic).
- Samostojno lahko ugotavljam vse bolnikove potrebe.

Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi sestavljajo naslednje trditve:

- Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu osebnemu razvoju.
- Vseživljenjsko učenje pripomore k razvoju zdravstvene nege.
- Vseživljenjsko učenje pripomore k izboljšani izvedbi mojega strokovnega dela.
- Vseživljenjsko učenje mi omogoča nadgradnjo znanja s področja zdravstvene nege.
- Vseživljenjsko učenje vpliva na moj etični odnos do bolnikov.
- Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), podpira vseživljenjsko učenje.
- Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), vlaga v moje vseživljenjsko učenje.
- Cilj zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), je tudi vseživljenjsko učenje zaposlenih.
- Vseživljenjsko učenje mi omogoča večjo pripadnost zdravstveni organizaciji.
- Vseživljenjsko učenje mi omogoča večjo motivacijo na delovnem mestu.
- Vseživljenjsko učenje mi omogoča nadgradnjo strokovnega znanja.
- Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela.
- Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu učinkovitemu sprejemanju nove tehnologije.

Indeks znanja v zdravstveni negi sestavljajo naslednje trditve:

- Znanje mi omogoča večjo prilagodljivost na delovnem mestu.
- Znanje mi omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu.
- Tudi moje znanje prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege.
- Znanje moram nenehno obnavljati, dopolnjevati in nadgrajevati.
- Znanje je dejavnik napredka v zdravstveni negi.
- Znanje predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi.
- Znanje je sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati.
- Znanje mi omogoča, da imam pri svojem delu moč in vpliv.

- V primeru kočljivih delovnih situacij se posvetujem s kolegi(-cami) (pripadniki istega poklica oz. stroke).
- Imam vsa znanja in spretnosti za kakovostno opravljanje zdravstvene nege.
- Znanje mi omogoča doseganje optimalnega izkoristka uporabljenih sredstev.
- Znanje mi omogoča uvajanje novih metod dela.

Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev (v anketnem vprašalniku kot profesionalna moč v zdravstveni negi) sestavljajo naslednje trditve:

- Profesionalna moč je temelj zdravstvene nege.
- Profesionalna moč pomeni izključno pravico uporabe znanj o zdravstveni negi.
- Profesionalna moč pomeni samostojno izvajanje zdravstvene nege.
- Profesionalna moč pomeni delovati kot profesionallec.
- Profesionalna moč temelji na profesionalnem znanju.
- Določitev področja delovanja zdravstvene nege bi zagotovilo profesionalno moč.
- Profesionalna moč pomeni učinkovitejši izkoristek delovnega časa.
- Profesionalna moč temelji na prenosu teoretičnih vsebin v prakso.
- Profesionalna moč pomeni delegiranje odgovornosti podrejenim.
- Profesionalna moč pomeni izboljševanje procesa dela.
- Profesionalna moč pomeni, da lahko drugim določam zahtevnost dela.

Indeks etike v zdravstveni negi sestavljajo naslednje trditve:

- Etika vsebuje oblikovanje sodb (kaj je v situaciji prav in kaj narobe).
- V zdravstveni negi so etična ravnanja odvisna od vseživljenjskega učenja.
- Etika je ponotranjenje vrednot o zdravstveni negi.

## 14.2. Bivariatna povezava indeksov in kontrolnih spremenljivk

Bivariatna povezava indeksov in kontrolnih spremenljivk je prikazana v Prilogi F<sub>4</sub>.

### 14.2.1 Spol

V skupinah, opredeljenih glede na spol, je bila z indeksom moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi ( $F = 4,72$ ;  $p = 0,030$ ) statistično največja povezanost v skupini žensk. Pri drugih indeksih nismo zaznali statistično pomembnih povezanosti z indeksi sestavin raziskovalnega modela (Preglednica 14.2 in 14.3).

Preglednica 14.2: Povezanost spola z indeksi sestavin raziskovalnega modela

Spol		Indeks profesionalizacije zdravstvene nege	Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	Indeks znanja v zdravstveni negi	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	Indeks etike v zdravstveni negi
ženske	Arit. sredina	2,86	2,63	3,3	3,55	3,38	3,17
	N	546	546	533	542	528	528
	Std. deviacija	0,34	0,4	0,46	0,4	0,48	0,63
moški	Arit. sredina	2,78	2,5	3,16	3,43	3,2	3,08
	N	37	37	37	37	37	37
	Std. deviacija	0,41	0,45	0,57	0,41	0,55	0,56
Skupaj	Arit. sredina	2,85	2,62	3,29	3,54	3,36	3,16
	N	583	583	570	579	565	565
	Std. deviacija	0,35	0,4	0,47	0,4	0,49	0,62
	F	1,637	3,347	2,827	3,091	4,715	0,644
	p	0,201	0,068	0,093	0,079	0,03	0,422

Pri obarvanih poljih so razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

#### *Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi*

Navedene trditve so del indeksa moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi najvišja v skupini žensk, kar se kaže v:

- *strinjanju, da profesionalna moč pomeni delovati kot profesionalec* ( $F = 7,05$ ;  $p = 0,008$ ),

- strinjanju, da profesionalna moč temelji na prenosu teoretičnih vsebin v prakso ( $F = 5,58; p = 0,019$ ),
- strinjanju, da profesionalna moč pomeni, da lahko drugim določam zahtevnost dela ( $F = 4,10; p = 0,043$ ).

Preglednica 14.3: Različnost aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede spola anketirancev

Spol		Profesionalna moč pomeni delovati kot profesionallec.	Profesionalna moč temelji na prenosu teoretičnih vsebin v prakso.	Profesionalna moč pomeni, da lahko drugim določam zahtevnost dela.
ženske	Arit. sredina	3,67	3,40	2,83
	N	525	525	522
	Std. deviacija	,570	,718	,918
moški	Arit. sredina	3,41	3,11	2,51
	N	37	37	37
	Std. deviacija	,798	,843	,989
Skupaj	<b>Arit. sredina</b>	<b>3,65</b>	<b>3,38</b>	<b>2,81</b>
	<b>N</b>	<b>562</b>	<b>562</b>	<b>559</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>,590</b>	<b>,729</b>	<b>,925</b>
	<b>F</b>	<b>7,050</b>	<b>5,580</b>	<b>4,100</b>
	<b>p</b>	<b>0,008</b>	<b>0,019</b>	<b>0,043</b>

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

Na splošno lahko trdimo, da je možen vzrok statistično pomembne povezanosti v prevalenci ženskega spola v zdravstvene nege. Tega področja zaradi omejitev nismo raziskovali.

## 14.2.2 Starost

V skupinah, opredeljenih glede na starost, indeks profesionalizacije zdravstvene nege ( $F = 7,36; p = 0,000$ ), indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege ( $F = 2,90; p = 0,034$ ), indeks znanja v zdravstveni negi ( $F = 4,47; p = 0,004$ ) in indeks sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi ( $F = 3,54; p = 0,016$ ) z večanjem starosti rastejo. Največja povezanost z indeksom profesionalizacije zdravstvene nege je v skupini od 51 let in več (2,92) ter najmanjša v skupini od 20 do 30 let (2,73). Največja povezanost z indeksom strokovne avtonomije je v skupini od 31 do 40 let (2,66) in najmanjša v skupini od 20

do 30 let (2,53). Pri indeksu znanja v zdravstveni negi je največja povezanost v skupini od 41 do 50 let (3,60) in najmanjša s skupino od 20 do 30 let (3,44). Pri indeksu moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi je največja povezanost v skupini od 31 do 40 let (3,42) in najmanjša v skupini od 20 do 30 let (3,25). Na splošno lahko trdimo, da se z večanjem starosti veča tudi povezanost z navedenimi indeksi. Pri drugih indeksih raziskovalnega modela nismo opazili statistično pomembnih povezanosti (Preglednica 14.4 in 14.5a-b).

#### *Indeks profesionalizacije zdravstvene nege*

Navedene trditve so del indeksa profesionalizacije zdravstvene nege. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja profesionalizacije zdravstvene nege najvišja v skupini od 51 in več let, kar se kaže v:

- *udeležbi v procesu izobraževanja in učenja* ( $F = 5,69$ ;  $p = 0,001$ ); s starostjo se povečuje udeležba v procesu izobraževanja in učenja; največja udeležba je bila v skupini od 41 do 50 let (2,83), najmanjša v skupini od 20 do 30 let (2,44),
- *branju strokovnih revij s področja zdravstvene nege* ( $F = 9,91$ ;  $p = 0,000$ ); s starostjo se povečuje branje strokovnih revij s področja zdravstvene nege; največ branja strokovnih revij je bilo v skupini 51 in več let (3,09), najmanj v skupini od 20 do 30 let (2,63),
- *strokovnosti opravljenega dela* ( $F = 4,26$ ;  $p = 0,005$ ); s starostjo se samoocena strokovnosti opravljenega dela povečuje; najbolj v skupini od 51 in več let (3,62), najmanj v skupini od 20 do 30 let (3,33),
- *interesu spodbujanja napredka stroke* ( $F = 8,36$ ;  $p = 0,000$ ); s starostjo se spodbujanje napredka stroke povečuje; najbolj v skupini od 51 in več let (3,41) starosti, najmanj v skupini od 20 do 30 let (2,90).

#### *Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege*

Spodaj navedene trditve so del indeksa strokovne avtonomije zdravstvene nege. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja strokovne avtonomije v zdravstveni negi najvišja v skupini od 41 do 50 let starosti, kar se kaže v:

- *priložnosti presojati o delu kolegov in kolegic* ( $F = 4,11$ ;  $p = 0,007$ ); s starostjo se strinjanje povečuje; najbolj v skupini od 51 in več let (2,66), najmanj v skupini od 20 do 30 let (2,29),



- sprejemanju samostojnih odločitev ( $F = 4,54$ ;  $p = 0,004$ ); s starostjo se strinjanje povečuje; najbolj v skupini od 41 do 50 let (3,16), najmanj v skupini od 20 do 30 let (2,82),
- odločitvah v zvezi z delom, ki niso pod vplivom kritik kolegov(-ic) ( $F = 2,90$ ;  $p = 0,034$ ); najbolj v skupini od 51 in več let (2,67), najmanj v skupini od 20 do 30 let (2,36).

#### *Indeks znanja v zdravstveni negi*

Navedene trditve so del indeksa znanja v zdravstveni negi. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja znanja v zdravstveni negi najvišja v skupini od 41 do 50 let starosti, kar se kaže v:

- znanju, ki predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi ( $F = 5,90$ ;  $p = 0,001$ ); s starostjo se strinjanje povečuje; najbolj v skupini od 51 in več let (3,77), najmanj v skupini od 20 do 30 let (3,47),
- znanju, ki pomeni sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati ( $F = 5,75$ ;  $p = 0,001$ ); s starostjo se strinjanje o tem povečuje; najbolj so se strinjali pripadniki skupine od 41 do 50 let starosti (3,66), najmanj pa skupina od 20 do 30 let (3,40).

#### *Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev*

Navedene trditve so del indeksa moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi. Trdimo lahko, da je stopnja moči za sprejemanje strokovnih odločitev najvišja v skupini od 31 do 40 let starosti, kar se kaže v:

- profesionalni moči, ki je temelj zdravstvene nege ( $F = 2,88$ ;  $p = 0,035$ ), s starostjo se strinjanje povečuje; najbolj v skupinah od 31 do 40 in od 41 do 50 let (3,53), najmanj v skupini od 20 do 30 let (3,33),
- profesionalni moči, ki pomeni izključno pravico uporabe znanj o zdravstveni negi ( $F = 3,88$ ;  $p = 0,009$ ), s starostjo se strinjanje povečuje; najbolj v skupini od 51 in več let (3,34), najmanj v skupini od 20 do 30 let (3,02),
- profesionalni moči, ki pomeni samostojno izvajanje zdravstvene nege ( $F = 3,08$ ;  $p = 0,027$ ), s starostjo se strinjanje povečuje; najbolj v skupini od 31 do 40 let (3,70), najmanj v skupini od 20 do 30 let (3,50),

- profesionalni moči, ki pomeni delovati kot profesionalec ( $F = 3,10$ ;  $p = 0,027$ ), s starostjo se strinjanje povečuje; najbolj v skupinah od 31 do 40 in od 41 do 50 let (3,70), najmanj v skupini od 20 do 30 let (3,52).

Preglednica 14.4: Povezanost starosti z indeksi sestavin raziskovalnega modela

Starost		Indeks profesionalizacije zdravstvene nege	Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	Indeks znanja v zdravstveni negi	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	Indeks etike v zdravstveni negi
od 20 do 30	Arit. sredina	2,73	2,53	3,24	3,44	3,25	3,13
	N	129	129	128	129	127	127
	Std. deviacija	0,39	0,41	0,49	0,4	0,49	0,56
od 31 do 40	Arit. sredina	2,85	2,66	3,28	3,54	3,42	3,1
	N	181	181	181	181	179	173
	Std. deviacija	0,34	0,4	0,44	0,37	0,44	0,66
od 41 do 50	Arit. sredina	2,9	2,63	3,34	3,6	3,4	3,2
	N	186	186	186	185	184	182
	Std. deviacija	0,33	0,41	0,47	0,42	0,52	0,62
51 in več	Arit. sredina	2,92	2,64	3,31	3,58	3,36	3,32
	N	76	76	74	73	74	72
	Std. deviacija	0,32	0,39	0,49	0,39	0,5	0,6
Skupaj	Arit. sredina	2,85	2,62	3,29	3,54	3,37	3,17
	N	572	572	569	568	564	554
	Std. deviacija	0,35	0,4	0,47	0,4	0,49	0,62
	F	7,362	2,902	1,334	4,472	3,536	2,391
	p	0	0,034	0,263	0,004	0,015	0,068

Pri obarvanih poljih so razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

#### Indeks etike v zdravstveni negi

V skupinah, opredeljenih glede na starost, nismo opazili statistično pomembnih povezanosti z indeksom etike v zdravstveni negi. Vendar pa v starostno opredeljenih skupinah obstaja statistično pomembna razlika pri etiki, ki pomeni ponotranjanje vrednost o zdravstveni negi ( $F = 5,04$ ;  $p = 0,002$ ); s starostjo se strinjanje povečuje, najbolj se je s tem strinjala skupina od 41 do 50 let starosti (3,38), najmanj pa skupina od 20 do 30 let (3,12).

Preglednica 14.5a: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na starost anketirancev - 1. del

Starost		V letu 2007 ste se udeležili procesa izobraževanja in učenja	Redno berem strokovne revije s področja zdravstvene nege	Pri svojem delu sem strokovnjak/inja	Pripadniki/ce zdravstvene nege imajo interes spodbujati napredek stroke	Pri svojem delu sprejemam samostojne odločitve	Imam priložnost presoјati o delu kolegov in kolegic
od 20 do 30	Arit. sredina	2,44	2,63	3,33	2,9	2,82	2,29
	N	126	129	129	129	127	129
	Std. deviacija	0,872	0,858	0,752	0,883	0,811	0,842
od 31 do 40	Arit. sredina	2,61	2,86	3,53	3,22	3,07	2,58
	N	180	180	180	181	180	180
	Std. deviacija	0,887	0,731	0,629	0,702	0,843	0,933
od 41 do 50	Arit. sredina	2,83	3,08	3,55	3,18	3,16	2,64
	N	183	186	183	185	186	185
	Std. deviacija	0,762	0,76	0,635	0,726	0,807	1,007
51 in več	Arit. sredina	2,76	3,09	3,62	3,41	3,12	2,66
	N	75	76	76	76	75	76
	Std. deviacija	0,928	0,836	0,632	0,657	0,854	0,987
Skupaj	<b>Arit. sredina</b>	<b>2,66</b>	<b>2,91</b>	<b>3,5</b>	<b>3,16</b>	<b>3,05</b>	<b>2,55</b>
	<b>N</b>	<b>564</b>	<b>571</b>	<b>568</b>	<b>571</b>	<b>568</b>	<b>570</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>0,861</b>	<b>0,803</b>	<b>0,667</b>	<b>0,763</b>	<b>0,833</b>	<b>0,954</b>
	<b>F</b>	<b>5,687</b>	<b>9,909</b>	<b>4,26</b>	<b>8,362</b>	<b>4,54</b>	<b>4,113</b>
	<b>p</b>	<b>0,001</b>	<b>0</b>	<b>0,005</b>	<b>0</b>	<b>0,004</b>	<b>0,007</b>

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

Ostale različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na starost anketirancev so prikazane v Preglednici 14.5b.

Preglednica 14.5b: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na starost anketirancev - 2. del

Starost		Moje odločitve v zvezi z delom niso pod vplivom kritik kolegov/ic	Znanje predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi.	Znanje je sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati	Profesionalna moč je temelj zdravstvene nege	Profesionalna moč pomeni izključno pravico uporabe znanj o zdravstveni negi	Profesionalna moč pomeni samostojno izvajanje zdravstvene nege	Profesionalna moč pomeni delovati kot profesionalec
od 20 do 30	Arit. sredina	2,36	3,47	3,4	3,33	3,02	3,5	3,52
	N	129	129	128	127	126	126	127
	Std. deviacija	0,874	0,662	0,644	0,724	0,784	0,603	0,641
od 31 do 40	Arit. sredina	2,61	3,62	3,62	3,53	3,3	3,7	3,7
	N	179	181	180	179	179	179	179
	Std. deviacija	0,869	0,56	0,552	0,603	0,784	0,559	0,557
od 41 do 50	Arit. sredina	2,51	3,71	3,66	3,53	3,28	3,6	3,7
	N	184	185	185	184	184	183	182
	Std. deviacija	0,823	0,561	0,577	0,635	0,841	0,662	0,556
51 in več	Arit. sredina	2,67	3,77	3,62	3,51	3,34	3,69	3,64
	N	76	73	73	74	73	74	73
	Std. deviacija	0,9	0,457	0,568	0,687	0,803	0,521	0,632
Skupaj	<b>Arit. sredina</b>	<b>2,53</b>	<b>3,64</b>	<b>3,58</b>	<b>3,48</b>	<b>3,24</b>	<b>3,62</b>	<b>3,65</b>
	<b>N</b>	<b>568</b>	<b>568</b>	<b>566</b>	<b>564</b>	<b>562</b>	<b>562</b>	<b>561</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>0,864</b>	<b>0,581</b>	<b>0,591</b>	<b>0,657</b>	<b>0,812</b>	<b>0,603</b>	<b>0,59</b>
	<b>F</b>	<b>2,904</b>	<b>5,903</b>	<b>5,751</b>	<b>2,879</b>	<b>3,878</b>	<b>3,084</b>	<b>3,086</b>
	<b>p</b>	<b>0,034</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,035</b>	<b>0,009</b>	<b>0,027</b>	<b>0,027</b>

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

Na splošno lahko trdimo, da so se s starostjo povečevali udeležba v procesu izobraževanja in učenja, branje strokovnih revij s področja zdravstvene nege, samoocena strokovnosti opravljenega dela in interes spodbujanja napredka stroke, presojanje dela kolegov(-ic), sprejemanje strokovnih odločitev, ki niso pod kritiko kolegov(-ic), sprejemanje samostojnih odločitev, predstavljanje znanja kot vir vrednosti v zdravstveni negi ter sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati. Povečuje se tudi prepričanje, da je profesionalna moč temelj zdravstvene nege, izključno s pravico uporabe znanj o zdravstveni negi, samostojno izvajanje zdravstvene nege ter delovanje kot profesionalec in prepričanje, da etika pomeni ponotrnanje vrednot o zdravstveni negi.

### 14.2.3 Leta delovne dobe

V skupinah, opredeljenih glede na leta delovne dobe, indeks profesionalizacije zdravstvene nege ( $F = 3,94$ ;  $p = 0,002$ ) s povečevanjem let delovne dobe raste. Pri navedenem indeksu je največja povezanost s skupino nad 26 let (2,92), najmanjša s skupino od 0 do 5 let delovne dobe (2,77). Na splošno lahko trdimo, da se z večanjem delovne dobe veča tudi povezanost z indeksom profesionalizacije zdravstvene nege. Pri drugih indeksih nismo zaznali statistično pomembnih povezanosti (Preglednica 14.6 in 14.7).

Preglednica 14.6: Povezanost števila let delovne dobe z indeksi sestavin raziskovalnega modela

Število let delovne dobe		Indeks profesionalizacije zdravstvene nege	Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	Indeks znanja v zdravstveni negi	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	Indeks etike v zdravstveni negi
do 0 do 5	Arit. sredina	2,77	2,53	3,31	3,48	3,29	3,18
	N	105	105	104	105	104	103
	Std. deviacija	0,37	0,44	0,46	0,39	0,46	0,55
do 6 do 10	Arit. sredina	2,76	2,63	3,23	3,49	3,25	3,17
	N	88	88	88	88	87	87
	Std. deviacija	0,41	0,36	0,5	0,37	0,49	0,6
do 11 do 15	Arit. sredina	2,85	2,67	3,19	3,48	3,42	2,99
	N	78	78	78	78	77	75
	Std. deviacija	0,31	0,38	0,43	0,43	0,46	0,67
do 16 do 20	Arit. sredina	2,9	2,68	3,35	3,63	3,5	3,16
	N	61	61	61	61	60	57
	Std. deviacija	0,35	0,4	0,41	0,31	0,41	0,67
do 21 do 25	Arit. sredina	2,9	2,62	3,31	3,6	3,41	3,13
	N	108	108	108	107	108	107
	Std. deviacija	0,3	0,4	0,47	0,36	0,5	0,63
nad 26	Arit. sredina	2,92	2,63	3,35	3,58	3,37	3,31
	N	132	132	130	129	128	125
	Std. deviacija	0,33	0,41	0,5	0,45	0,53	0,61
Skupaj	Arit. sredina	2,85	2,62	3,29	3,54	3,37	3,17
	N	572	572	569	568	564	554
	Std. deviacija	0,35	0,4	0,47	0,4	0,49	0,62
	F	3,937	1,637	1,735	2,608	2,693	2,626
	p	0,002	0,148	0,125	0,024	0,02	0,023

Pri obarvanih poljih so razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

V skupinah, opredeljenih glede na leta delovne dobe, obstajajo statistično pomembne razlike pri:

- *udeležbi v procesu izobraževanja in učenja* ( $F = 3,85$ ;  $p = 0,002$ ): največja udeležba je bila v skupini od 21 do 25 let (2,88), najmanjša v skupini od 0 do 5 let delovne dobe (2,44). Trdimo lahko, da se z rastjo delovne dobe povečuje udeležba v procesu izobraževanja in učenja,
- *neraziskanosti koristi zdravstvene nege, ki jo le ta daje družbi* ( $F = 4,14$ ;  $p = 0,001$ ): najbolj so se strinjali v skupini nad 26 let (3,23), najmanj v skupini od 0 do 5 let delovne dobe (3,04). Na splošno lahko sklepamo, da je skupina nad 26 let delovne dobe najbolj zaskrbljena nad neraziskanostjo koristi zdravstvene nege, ki jo ta daje družbi.

#### *Indeks profesionalizacije zdravstvene nege*

Navedena trditev je del indeksa profesionalizacije zdravstvene nege. Na splošno pa lahko trdimo, da je stopnja profesionalizacije zdravstvene nege najvišja v skupini nad 26 let delovne dobe, kar se kaže v:

- *rednem branju strokovnih revij s področja zdravstvene nege* ( $F = 6,81$ ;  $p = 0,000$ ): največ branja strokovnih revij je bilo v skupini nad 26 let delovne dobe (3,17), najmanj v skupini od 0 do 5 let delovne dobe (2,60).

#### *Indeks znanja v zdravstveni negi*

Navedene trditve so del indeksa znanja v zdravstveni negi. Posplošimo lahko, da je indeks znanja v zdravstveni negi najvišji v skupini od 16 do 20 let delovne dobe, kar se kaže v:

- *znanju in s tem sposobnosti definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati* ( $F = 3,06$ ;  $p = 0,010$ ): najbolj so se s to trditvijo strinjali v skupini od 16 do 20 let delovne dobe (3,72), najmanj v skupini od 0 do 5 let delovne dobe (3,44),
- *znanju, ki predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi* ( $F = 2,64$ ;  $p = 0,020$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini od 21 do 25 let delovne dobe (3,74), najmanj v skupini od 0 do 5 let delovne dobe (3,53),
- *lastnem znanju, ki prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege* ( $F = 2,91$ ;  $p = 0,013$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini nad 26 let delovne dobe (3,53), najmanj pa v skupini od 11 do 15 let delovne dobe (3,23).

### *Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi*

Navedene trditve so del indeksa moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi. Na splošno lahko trdimo, da je indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi najvišji v skupini od 16 do 20 let delovne dobe, kar se kaže v:

- *profesionalni moči, ki je temelj zdravstvene nege* ( $F = 2,80$ ;  $p = 0,017$ ): najbolj so se s to trditvijo strinjali v skupini od 16 do 20 let delovne dobe (3,65), najmanj v skupini od 6 do 10 let delovne dobe (3,31),
- *profesionalni moči, ki pomeni izključno pravico uporabe znanj o zdravstveni negi* ( $F = 2,78$ ;  $p = 0,017$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini od 11 do 15 let delovne dobe (3,38), najmanj v skupini od 0 do 5 let delovne dobe (3,05),
- *profesionalni moči, ki pomeni učinkovitejši izkoristek delovnega časa* ( $F = 2,75$ ;  $p = 0,018$ ): najbolj so se s to trditvijo strinjali v skupini od 16 do 20 let delovne dobe (3,50), najmanj v skupini od 6 do 10 let delovne dobe (3,11).

### *Indeks etike v zdravstveni negi*

Navedena trditev je del indeksa etike v zdravstveni negi. Na splošno lahko trdimo, da je indeks etike v zdravstveni negi najvišji v skupini nad 26 let delovne dobe, kar se kaže v:

- *ponotranjanju vrednot o zdravstveni negi* ( $F = 3,65$ ;  $p = 0,003$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini nad 26 let delovne dobe (3,41), najmanj v skupini od 11 do 15 let delovne dobe (3,01).

### *Indeks avtonomije zdravstvene nege*

Indeksu strokovne avtonomije zdravstvene nege nismo dokazali statistično pomembnih povezanosti.

### *Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi*

Indeksu vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi nismo dokazali statistično pomembnih povezanosti.

Na splošno lahko trdimo, da so se z večanjem let delovne dobe povečevali udeležba v procesih izobraževanja in učenja, zaskrbljenost glede neraziskanosti koristi zdravstvene nege, ki jo ta daje družbi, redno branje strokovnih revij s področja zdravstvene nege in

odločitve, ki niso bile pod vplivom kritik kolegov(-ic). Povečevalo se je tudi prepričanje, da je znanje sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati, da je znanje vir vrednosti in prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege. V nadaljevanju pa še, da je profesionalna moč temelj zdravstvene nege, ki pomeni izključno pravico uporabe znanj o zdravstveni negi, učinkovitejši izkoristek delovnega časa in ponotranjanje vrednot o zdravstveni negi.

Preglednica 14.7: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na število let delovne dobe

Število let delovne dobe		V letu 2007 ste se udeležili procesa izobraževanja in učenja	Korist, ki jo zdravstvena nega daje družbi, ni povsem raziskana.	Redno berem strokovne revije s področja zdravstvene nege.	Znanje je sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati.	Znanje predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi.	Tudi moje znanje prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege.	Profesionalna moč je temelj zdravstvene nege.	Profesionalna moč pomeni izključno pravico uporabe znanj o zdravstveni negi.	Profesionalna moč pomeni učinkovitejši izkoristek delovnega časa.	Etika je ponotranjenje vrednot o zdravstveni negi.
do 0 do 5	Arit. sredina	2,44	3,04	2,6	3,44	3,53	3,31	3,38	3,05	3,22	3,2
	N	102	105	105	104	105	104	104	103	104	101
	Std. deviacija	0,885	0,94	0,873	0,588	0,636	0,751	0,728	0,809	0,788	0,693
do 6 do 10	Arit. sredina	2,53	3,07	2,83	3,5	3,56	3,27	3,31	3,08	3,11	3,1
	N	88	88	88	88	88	88	87	87	87	87
	Std. deviacija	0,83	0,868	0,715	0,661	0,623	0,707	0,634	0,781	0,706	0,763
do 11 do 15	Arit. sredina	2,57	3,36	2,83	3,55	3,55	3,23	3,51	3,38	3,38	3,01
	N	77	78	78	77	78	78	77	77	77	74
	Std. deviacija	0,834	0,821	0,763	0,597	0,573	0,821	0,641	0,762	0,726	0,749
do 16 do 20	Arit. sredina	2,77	3,57	2,92	3,72	3,7	3,51	3,65	3,33	3,5	3,33
	N	61	61	61	61	61	61	60	60	60	57
	Std. deviacija	0,956	0,67	0,714	0,488	0,495	0,649	0,515	0,774	0,651	0,69
do 21 do 25	Arit. sredina	2,88	3,12	3,01	3,68	3,74	3,46	3,53	3,3	3,39	3,29
	N	105	108	107	107	107	107	108	108	107	105
	Std. deviacija	0,805	0,894	0,746	0,542	0,502	0,717	0,587	0,823	0,711	0,689
nad 26	Arit. sredina	2,76	3,23	3,17	3,63	3,71	3,53	3,54	3,31	3,25	3,41
	N	131	131	132	129	129	128	128	127	126	122
	Std. deviacija	0,83	0,891	0,821	0,6	0,589	0,72	0,709	0,842	0,836	0,79
Skupaj	<b>Arit. sredina</b>	<b>2,66</b>	<b>3,2</b>	<b>2,91</b>	<b>3,58</b>	<b>3,64</b>	<b>3,39</b>	<b>3,48</b>	<b>3,24</b>	<b>3,29</b>	<b>3,24</b>
	<b>N</b>	<b>564</b>	<b>571</b>	<b>571</b>	<b>566</b>	<b>568</b>	<b>566</b>	<b>564</b>	<b>562</b>	<b>561</b>	<b>546</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>0,861</b>	<b>0,879</b>	<b>0,803</b>	<b>0,591</b>	<b>0,581</b>	<b>0,737</b>	<b>0,657</b>	<b>0,812</b>	<b>0,756</b>	<b>0,743</b>
	<b>F</b>	<b>3,848</b>	<b>4,139</b>	<b>6,809</b>	<b>3,060</b>	<b>2,644</b>	<b>2,917</b>	<b>2,795</b>	<b>2,776</b>	<b>2,748</b>	<b>3,650</b>
	<b>p</b>	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,010</b>	<b>0,022</b>	<b>0,013</b>	<b>0,017</b>	<b>0,017</b>	<b>0,018</b>	<b>0,003</b>

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .



#### 14.2.4 Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe

V skupinah, opredeljenih glede na doseženo (najvišjo) stopnjo izobrazbe, nismo zaznali statistično pomembnih povezanosti z indeksi sestavin raziskovalnega modela (Preglednica 14.8).

Preglednica 14.8: Povezanost dosežene stopnje izobrazbe z indeksi raziskovalnega modela

Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe		Indeks profesionalizacije zdravstvene nege	Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	Indeks znanja v zdravstveni negi	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	Indeks etike v zdravstveni negi
Višja	Arit. sredina	2,87	2,58	3,25	3,48	3,33	3,25
	N	127	127	126	125	126	123
	Std. deviacija	0,31	0,39	0,52	0,42	0,51	0,64
Visokostrokovna	Arit. sredina	2,84	2,63	3,31	3,57	3,37	3,15
	N	383	383	380	381	375	371
	Std. deviacija	0,36	0,41	0,45	0,36	0,47	0,62
Univerzitetna	Arit. sredina	2,86	2,64	3,21	3,5	3,39	3,07
	N	48	48	47	48	47	46
	Std. deviacija	0,28	0,38	0,5	0,47	0,5	0,58
Specializacija in magisterij	Arit. sredina	2,98	2,84	3,3	3,5	3,36	3,17
	N	14	14	14	14	14	14
	Std. deviacija	0,48	0,44	0,38	0,41	0,57	0,65
Skupaj	<b>Arit. sredina</b>	<b>2,85</b>	<b>2,62</b>	<b>3,29</b>	<b>3,54</b>	<b>3,36</b>	<b>3,16</b>
	<b>N</b>	<b>572</b>	<b>572</b>	<b>567</b>	<b>568</b>	<b>562</b>	<b>554</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>0,35</b>	<b>0,4</b>	<b>0,47</b>	<b>0,39</b>	<b>0,49</b>	<b>0,62</b>
	<b>F</b>	<b>0,936</b>	<b>1,938</b>	<b>1,068</b>	<b>1,978</b>	<b>0,342</b>	<b>1,279</b>
	<b>p</b>	<b>0,423</b>	<b>0,122</b>	<b>0,362</b>	<b>0,116</b>	<b>0,795</b>	<b>0,281</b>

V preglednici niso razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

Vendar v skupinah, opredeljenih glede na doseženo (najvišjo) stopnjo izobrazbe, obstajajo statistično pomembne razlike pri *aktivni udeležbi v procesu izobraževanja in učenja v letu 2007* ( $F = 4,86$ ;  $p = 0,002$ ); višja kot je izobrazba, več je bilo aktivne udeležbe, največ aktivne udeležbe je bilo v skupini specializacija in magisterij (2,14), najmanj v skupini višješolska izobrazba (1,36).

Na splošno lahko trdimo, da višja je bila izobrazba, večja je bila tudi aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja. Kot pomemben podatek pridobivanja znanja na formalni in neformalni način bomo izpostavili podatek, da so se pripadniki skupine »specializacija in magisterij« najbolj aktivno udeležili procesa izobraževanja in učenja, najmanj intenzivno pa pripadniki skupine »višješolska izobrazba«.

#### 14.2.5 Raven zdravstvenega varstva

V skupinah, opredeljenih glede na raven zdravstvenega varstva, je bila z indeksom profesionalizacije zdravstvene nege ( $F = 7,50$ ;  $p = 0,001$ ), indeksom strokovne avtonomije zdravstvene nege ( $F = 5,73$ ;  $p = 0,003$ ), indeksom vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi ( $F = 4,33$ ;  $p = 0,014$ ) in indeksom znanja v zdravstveni negi ( $F = 3,48$ ;  $p = 0,032$ ) zazna statistično največja povezanost v skupini na primarni in najnižja v skupini na terciarni ravni zdravstvenega varstva. Pri drugih indeksih nismo zaznali statistično pomembnih povezanosti (Preglednici 14.9 in 14.10a-b).

Preglednica 14.9: Povezanost zdravstvene ravni organizacije z indeksi sestavin raziskovalnega modela

Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija		Indeks profesionalizacije zdravstvene nege	Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	Indeks znanja v zdravstveni negi	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	Indeks etike v zdravstveni negi
Primarna raven	Arit. sredina	2,92	2,68	3,37	3,6	3,42	3,23
	N	194	194	187	192	185	191
	Std. deviacija	0,32	0,4	0,43	0,39	0,44	0,62
Sekundarna raven	Arit. sredina	2,83	2,64	3,26	3,51	3,37	3,13
	N	145	145	107	144	106	136
	Std. deviacija	0,34	0,41	0,46	0,38	0,5	0,63
Terciarna raven	Arit. sredina	2,8	2,56	3,25	3,51	3,32	3,11
	N	284	284	282	283	279	275
	Std. deviacija	0,36	0,4	0,5	0,41	0,51	0,63
Skupaj	Arit. sredina	2,84	2,62	3,29	3,54	3,36	3,15
	N	623	623	576	619	570	602
	Std. deviacija	0,35	0,4	0,47	0,4	0,49	0,63
	F	7,503	5,73	4,325	3,476	2,525	2,167
	p	0,001	0,003	0,014	0,032	0,081	0,115

Pri obarvanih poljih so razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

V skupinah, opredeljenih glede na raven zdravstvene organizacije, obstajajo statistično pomembne razlike pri:

- *aktivni udeležbi v letu 2007* ( $F = 7,35$ ;  $p = 0,001$ ): največ aktivne udeležbe je bilo v skupini na terciarni ravni (1,65), najmanj v skupini na sekundarni ravni (1,32).

#### *Indeks profesionalizacije zdravstvene nege*

Spodaj navedene trditve so del indeksa profesionalizacije zdravstvene nege. Trdimo, da je stopnja profesionalizacije zdravstvene nege najvišja v skupini na primarni ravni zdravstvenega varstva, kar se kaže v:

- *rednem branju strokovnih revij s področja zdravstvene nege* ( $F = 10,37$ ;  $p = 0,000$ ): največ branja strokovnih revij je bilo v skupini na primarni ravni (3,07), najmanj v skupini na terciarni ravni (2,75),
- *strinjanju, da so pri lastnem delu strokovnjaki* ( $8,87$ ;  $p = 0,000$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini na primarni ravni (3,60), najmanj v skupini na sekundarni ravni (3,29),

#### *Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege*

Navedene trditve so del indeksa strokovne avtonomije zdravstvene nege. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja strokovne avtonomije zdravstvene nege najvišja v skupini na primarni ravni zdravstvenega varstva, kar se kaže v:

- *priložnosti presoje o delu kolegov(-ic)* ( $F = 7,73$ ;  $p = 0,001$ ): največ priložnosti je bilo v skupini na sekundarni ravni (2,74), najmanj pa v skupini na primarni ravni (2,34),
- *sprejemanju samostojnih odločitev pri lastnem delu* ( $F = 10,02$ ;  $p = 0,000$ ): največ odločitev je bilo sprejetih v skupini na primarni ravni (3,26), najmanj v skupini na terciarni ravni (2,94),
- *strinjanju, da večina pripadnikov zdravstvene nege ne verjame v lastno delo* ( $F = 6,74$ ;  $p = 0,001$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini na terciarni ravni (2,62), najmanj pa v skupini na primarni ravni (2,32),

### *Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi*

Navedene trditve so del indeksa vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi. Trdimo, da je stopnja vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi najvišja v skupini na primarni ravni zdravstvenega varstva, kar se kaže v:

- *vlaganju v vseživljenjsko učenje zaposlenega s strani zdravstvene organizacije* ( $F = 11,32$ ;  $p = 0,000$ ): največ je vodstvo zdravstvene organizacije vlagalo v skupini na primarni ravni (2,69), najmanj v skupini na terciarni ravni (2,30),
- *vseživljenjskem učenju in njegovemu prispevku k razvoju zdravstvene nege* ( $F = 3,69$ ;  $p = 0,026$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini na primarni ravni (3,80), najmanj v skupini na terciarni ravni (3,66),
- *vseživljenjskem učenju, ki omogoča nadgradnjo strokovnega znanja* ( $F = 4,28$ ;  $p = 0,014$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini na primarni ravni (3,73), najmanj v skupini na sekundarni in terciarni ravni (3,57).

### *Indeks znanja v zdravstveni negi*

Navedene trditve so del indeksa znanja v zdravstveni negi. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja znanja v zdravstveni negi najvišja v skupini na primarni ravni zdravstvenega varstva, kar se kaže v:

- *strinjanju, da znanje predstavlja vir napredka v zdravstveni negi* ( $F = 6,94$ ;  $p = 0,001$ ): najbolj je so se tem strinjali v skupini na primarni ravni (3,76), najmanj v skupini na terciarni ravni (3,55),
- *znanju kot dejavnik napredka v zdravstveni negi* ( $F = 3,46$ ;  $p = 0,032$ ): najbolj so se s to trditvijo strinjali v skupini na primarni ravni (3,85), najmanj v skupini na terciarni ravni (3,74),
- *znanju kot sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati* ( $F = 3,36$ ;  $p = 0,036$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini na primarni ravni (3,67), najmanj v skupini na terciarni ravni (3,53),
- *imetju vseh znanj in spretnosti za kakovostno opravljanje zdravstvene nege* ( $F = 3,53$ ;  $p = 0,030$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini na primarni ravni (3,29), najmanj v skupini na sekundarni ravni (3,12).

*Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi*

Indeksu moči za sprejemanje strokovnih odločitev nismo dokazali statistično pomembnih povezanosti. Vendar v skupini, opredeljeni na raven zdravstvenega varstva, obstajajo statistično pomembne razlike pri strinjanju, *da profesionalna moč pomeni izključno pravico uporabe znanj o zdravstveni negi* ( $F = 6,29$ ;  $p = 0,002$ ); najbolj so se s to trditvijo strinjali v skupini na primarni ravni (3,41), najmanj v skupini na sekundarni ravni (3,16).

Preglednica 14.10a: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na raven zdravstvene organizacije - 1. del

Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija		V letu 2007 ste bili aktivni udeležene(-ka)	Redno berem strokovne revije s področja zdravstvene nege.	Pri svojem delu sem strokovnjak/inja.	Imam priložnost presojati o delu kolegov in kolegic.	Večina pripadnikov/ic zdravstvene nege ne verjame v lastno delo.	Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen/a, vlaga v moje vseživljenjsko učenje.
Primarna raven	Arit. sredina	1,43	3,07	3,6	2,34	2,32	2,69
	N	183	194	194	193	192	186
	Std. deviacija	0,848	0,749	0,595	0,977	0,904	0,881
Sekundarna raven	Arit. sredina	1,32	2,97	3,29	2,74	2,49	2,41
	N	107	144	143	145	144	106
	Std. deviacija	0,653	0,793	0,72	1,033	0,893	0,87
Terciarna raven	Arit. sredina	1,65	2,75	3,49	2,56	2,62	2,3
	N	280	284	282	283	282	282
	Std. deviacija	0,888	0,81	0,687	0,899	0,852	0,895
Skupaj	Arit. sredina	<b>1,52</b>	<b>2,9</b>	<b>3,48</b>	<b>2,53</b>	<b>2,5</b>	<b>2,45</b>
	N	<b>570</b>	<b>622</b>	<b>619</b>	<b>621</b>	<b>618</b>	<b>574</b>
	Std. deviacija	<b>0,845</b>	<b>0,799</b>	<b>0,676</b>	<b>0,966</b>	<b>0,886</b>	<b>0,902</b>
	F	<b>7,35</b>	<b>10,367</b>	<b>8,874</b>	<b>7,729</b>	<b>6,739</b>	<b>11,315</b>
	p	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

V Preglednici 14.10b sledi nadaljevanje prikaza različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na raven zdravstvene organizacije.

Preglednica 14.10b: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na raven zdravstvene organizacije - 2. del

Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija		Vseživljenjsko učenje pripomore k razvoju zdravstvene nege.	Vseživljenjsko učenje mi omogoča nadgradnjo strokovnega znanja.	Znanje predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi.	Znanje je dejavnik napredka v zdravstveni negi.	Znanje je sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati.	Imam vsa znanja in spretnosti za kakovostno opravljanje zdravstvene nege.	Profesionalna moč pomeni izključno pravico uporabe znanj o zdravstveni negi.
Primarna raven	Arit. sredina	3,8	3,73	3,76	3,85	3,67	3,29	3,41
	N	187	184	192	192	191	192	185
	Std. deviacija	0,429	0,47	0,488	0,421	0,554	0,715	0,702
Sekundarna raven	Arit. sredina	3,7	3,57	3,65	3,79	3,58	3,12	3,13
	N	107	106	144	144	144	143	106
	Std. deviacija	0,553	0,648	0,597	0,424	0,548	0,644	0,874
Terciarna raven	Arit. sredina	3,66	3,57	3,55	3,74	3,53	3,28	3,16
	N	282	281	283	281	282	283	277
	Std. deviacija	0,569	0,673	0,619	0,507	0,621	0,616	0,836
Skupaj	Arit. sredina	<b>3,71</b>	<b>3,62</b>	<b>3,64</b>	<b>3,79</b>	<b>3,59</b>	<b>3,25</b>	<b>3,23</b>
	N	576	571	619	617	617	618	568
	Std. deviacija	0,527	0,613	0,581	0,465	0,586	0,657	0,81
	F	3,688	4,28	6,944	3,46	3,356	3,526	6,291
	p	0,026	0,014	0,001	0,032	0,036	0,03	0,002

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

#### *Primarna raven zdravstvenega varstva*

Na splošno lahko trdimo, da je raven zdravstvene organizacije povezana s spodaj naštetimi trditvami. Med zaposlenimi na primarni ravni zdravstvenega varstva je bilo več branja strokovnih revij s področja zdravstvene nege, najbolj so se strinjali s trditvijo, da so pri lastnem delu strokovnjaki. Navedene teoretične spremenljivke so del indeksa profesionalizacije zdravstvene nege. Sklepamo lahko, da je stopnja profesionalizacije zdravstvene nege najvišja na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Zaposleni na primarni ravni imajo priložnost presojeti delo kolegov(-ic), sprejemajo tudi več samostojnih odločitev. Strinjajo se tudi, da večina pripadnikov zdravstvene nege ne verjame v lastno delo. Trditev je del spremenljivk indeksa strokovne avtonomije zdravstvene nege. Na splošno lahko sklepamo, da je stopnja samostojnosti v zdravstveni negi najvišja na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Zaposleni na primarni ravni se strinjajo, da njihova zdravstvena organizacija vlaga v njihovo vseživljenjsko učenje, da vseživljenjsko učenje pripomore k razvoju zdravstvene nege in da to omogoča nadgradnjo strokovnega znanja. Navedene teoretične spremenljivke so del indeksa vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi. Na splošno lahko sklepamo, da je stopnja vseživljenjskega učenja najvišja na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Zaposleni na primarni ravni se prav tako tudi strinjajo s tem, da je znanje vir in dejavnik napredka v zdravstveni negi, pomeni sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati. Prav tako se strinjajo, da imajo vsa znanja in spretnosti za kakovostno opravljanje zdravstvene nege. Navedene teoretične spremenljivke so del indeksa znanja v zdravstveni negi. Sklepamo lahko, da je stopnja znanja v zdravstveni negi najvišja na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Indeksu moči za sprejemanje strokovnih odločitev nismo dokazali statistično pomembnih povezanosti. Vendar pa smo ugotovili strinjanje s trditvijo, da profesionalna moč pomeni izključno pravico do uporabe znanj o zdravstveni negi. Teoretična spremenljivka je del indeksa moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi.

Prav tako so se anketiranci bolj strinjali, da večina pripadnikov zdravstvene nege verjame v lastno delo.

#### *Sekundarna raven zdravstvenega varstva*

Na sekundarni ravni je bilo več priložnosti za presojo dela kolegov(-ic), manj pa je bilo aktivne udeležbe v procesu izobraževanja in učenja, strinjanja, da so praktiki zdravstvene nege pri lastnem delu strokovnjaki in da je pomen profesionalne moči izključna pravica uporabe znanj o zdravstveni negi.

#### *Terciarna raven zdravstvenega varstva*

Na terciarni ravni zdravstvenega varstva je bilo več aktivne udeležbe v procesu izobraževanja in učenja, več je bilo prepričanja, da večina pripadnikov zdravstvene nege ne verjame v lastno delo. Manj je bilo branja strokovnih revij s področja zdravstvene

nege, sprejemanja samostojnih odločitev, vlaganja v vseživljenjsko učenje s strani vodstva zdravstvene organizacije in strinjanja, da je znanje vir napredka v zdravstveni negi.

Glede na raven zdravstvene organizacije je treba izpostaviti različne oblike izobraževanja in učenja, ki so pripomogle k pridobivanju in nadgradnji znanja. Na podlagi ocen na vseh zdravstvenih ravneh bomo navedli le tri najbolj ocenjene: učne delavnice, interna izobraževanja in seminarji. Na primarni ravni so to učne delavnice, seminarji v Sloveniji in interna izobraževanja, na sekundarni ravni seminarji v Sloveniji, učne delavnice in strokovna srečanja ter na terciarni ravni pa za interna izobraževanja, učne delavnice in seminarji v Sloveniji.

#### **14.2.6 Delovno mesto/funkcija v zdravstveni organizaciji**

V skupinah, opredeljenih glede na delovno mesto/funkcijo v zdravstveni organizaciji, je statistično največja povezanost z indeksom strokovne avtonomije zdravstvene nege (4,35;  $p = 0,002$ ) v skupini vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (2,84) in najmanjša v skupini izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku (2,57); z indeksom znanja pa v zdravstveni negi ( $F = 2,90$ ;  $p = 0,021$ ) v skupini vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (3,75) in najmanjša v skupini izvajalec(-ka) zdravstvene nege (3,51). Na splošno lahko sklepamo, da je stopnja strokovne avtonomije in znanja v zdravstveni negi najvišja v skupini vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda). Pri drugih indeksih nismo opazili statistično pomembnih povezanosti (Preglednici 14.11 in 14.12).

V skupinah, opredeljenih glede na delovno mesto/funkcijo v zdravstveni organizaciji, obstajajo statistično pomembne razlike:

- *udeležba v procesu izobraževanja in učenja v letu 2007* ( $F = 5,28$ ;  $p = 0,000$ ): največ udeležbe je bilo v skupini vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (3,50), najmanj v skupini izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku (2,54),



- *aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja v letu 2007* ( $F = 7,61$ ;  $p = 0,000$ ): največ aktivne udeležbe je bilo v skupini vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja večjega števila oddelkov) (2,25), najmanj v skupini izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku (1,37),
- *priložnost presojati o delu kolegov in kolegic* ( $F = 19,70$ ;  $p = 0,000$ ): največ priložnosti presoje je bilo v skupini vodja kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (3,67), najmanj v skupini izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku (2,28),
- *sprejemanje samostojnih odločitev pri lastnem delu* ( $F = 4,41$ ;  $p = 0,002$ ): največ sprejemanja samostojnih odločitev je bilo v skupini vodja kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (3,50), najmanj v skupini izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku (2,94),
- *lastne odločitve v zvezi z delom, ki niso pod vplivom kritik kolegov(-ic)* ( $F = 4,88$ ;  $p = 0,001$ ): največ odločitev, ki niso bile pod vplivom kritik kolegov(-ic), je bilo sprejetih v skupini vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja enega oddelka) (2,81), več odločitev, ki so bile pod vplivom kritik pa v skupini vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (1,50),
- *strinjanje, da večina pripadnikov zdravstvene nege ne verjame v lastno delo* ( $F = 4,01$ ;  $p = 0,003$ ): najbolj so se s to trditvijo strinjali v skupini vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja enega oddelka) in vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja večjega števila oddelkov) (2,75), najmanj pa v skupini vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (1,67),
- *strinjanje, da lastno znanje omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu* ( $F = 4,13$ ;  $p = 0,003$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (4,00), najmanj v skupini timska(-ki) medicinska sestra/zdravstvenik (3,59),
- *strinjanje, da znanje omogoča večjo prilagodljivost na delovnem mestu* ( $F = 2,67$ ;  $p = 0,031$ ): najbolj so se s to trditvijo strinjali v skupini vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (4,00), najmanj pa v skupini timska medicinska sestra/zdravstvenik (3,57),
- *strinjanje, da znanje prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege* ( $F = 3,42$ ;  $p = 0,009$ ); najbolj so se strinjali v skupini vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja

večih oddelkov) (3,79), najmanj v skupini timska medicinska sestra/zdravstvenik (3,32),

- *strinjanje, da je znanje sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati* ( $F = 2,43$ ;  $p = 0,047$ ): najbolj so se s to trditvijo strinjali v skupini vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja več oddelkov) (3,79), najmanj v skupini vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (3,33)
- *strinjanje, da znanje omogoča moč in vpliv pri lastnem delu* ( $F = 2,90$ ;  $p = 0,021$ ): najbolj so se s tem strinjali strinjali v skupini vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja več oddelkov) (3,53), najmanj v skupini izvajalec(-ka) zdravstvene nege in vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) (3,17).

Preglednica 14.11: Povezanost delovnega mesta/funkcije z indeksi sestavin raziskovalnega modela

Vaše delovno mesto v organizaciji		Indeks profesionalizacije zdravstvene nege	Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	Indeks znanja v zdravstveni negi	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	Indeks etike v zdravstveni negi
Izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku	Arit. sredina	2,812	2,566	3,255	3,506	3,321	3,139
	N	216	216	210	215	206	210
	Std. deviacija	0,366	0,409	0,487	0,418	0,507	0,653
Timski(-ka) medicinska sestra/zdravstvenik	Arit. sredina	2,851	2,592	3,269	3,52	3,364	3,201
	N	250	250	245	248	243	237
	Std. deviacija	0,349	0,378	0,478	0,411	0,472	0,591
Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja enega oddelka)	Arit. sredina	2,888	2,74	3,406	3,638	3,45	3,062
	N	83	83	82	83	81	81
	Std. deviacija	0,322	0,39	0,409	0,343	0,495	0,695
Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja več oddelkov)	Arit. sredina	2,978	2,772	3,388	3,693	3,454	3,367
	N	20	20	19	19	20	20
	Std. deviacija	0,393	0,517	0,454	0,207	0,384	0,518
Vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zn spl.)	Arit. sredina	2,925	2,837	3,5	3,75	3,243	3,112
	N	6	6	6	6	6	6
	Std. deviacija	0,144	0,311	0,395	0,174	0,756	0,504
Skupaj	Arit. sredina	2,847	2,613	3,29	3,54	3,363	3,162
	N	575	575	562	571	556	554
	Std. deviacija	0,353	0,401	0,473	0,4	0,49	0,629
	F	1,566	4,348	2,148	2,9	1,283	1,35
	p	0,182	0,002	0,074	0,021	0,275	0,25

Pri obarvanih poljih so razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

*Vodja vseh kliničnih/oddelčnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda)*

V skupini je bilo več udeležbe v procesu izobraževanja in učenja. Sledijo priložnosti za presojo dela kolegov in kolegic, več je bilo tudi odločitev, ki so bile pod vplivom kritik, in sprejemanja samostojnih odločitev pri lastnem delu. Več je bilo strinjanja, da lastno znanje omogoča večjo inovativnost in prilagoditev na delovnem mestu. navedene teoretične spremenljivke so del indeksa strokovne avtonomije in znanja v zdravstveni negi. Na splošno lahko sklepamo, da je stopnja strokovne avtonomije in znanja v zdravstveni negi najvišja v skupini vodje zdravstvene nege.

*Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja večjega števila oddelkov)*

V skupini vodij večjega števila oddelkov je bilo več aktivne udeležbe v procesu izobraževanja in učenja. Prav tako je bilo več strinjanja, da znanje prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege, da je znanje sposobnost definirati situacijo in da se na podlagi tega tudi ravnamo ter omogočamo moč in vpliv pri lastnem delu. Te teoretične spremenljivke so del indeksa znanja v zdravstveni negi. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja znanja v zdravstveni negi najvišja v skupini vodij večjega števila oddelkov.

*Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja enega oddelka)*

V skupini vodij enega oddelka je bilo več odločitev, ki niso bile pod vplivom kritik.

*Timski(-ka) medicinska sestra/zdravstvenik*

V skupini timski(-ka) medicinska sestra/zdravstvenik je bilo manj strinjanja s trditvijo, da lastno znanje omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu.

*Izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku*

V skupini izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku je bilo manj pasivne in aktivne udeležbe v procesu izobraževanja in učenja, presoje o delu kolegov in kolegic ter sprejemanja samostojnih odločitev pri lastnem delu.

Preglednica 14.12: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na delovno mesto/funkcijo

Vaše delovno mesto v organizaciji		V letu 2007 ste se udeležili procesa izobraževanja in učenja	V letu 2007 ste bili aktivni udeleženec(-ka)	Imam priložnost presojati o delu kolegov in kolegic	Pri svojem delu sprejemam samostojne odločitve	Moje odločitve v zvezi z delom niso pod vplivom kritik kolegov/ic.	Večina pripadnikov/ic zdravstvene nege ne verjame v lastno delo	Znanje mi omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu	Znanje mi omogoča večjo prilagodljivost na delovnem mestu	Tudi moje znanje prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege	Znanje je sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati	Znanje mi omogoča, da imam pri svojem delu moč in vpliv
Izvajalec/ka zdravstvene nege na oddelku	Arit. sredina	2,54	1,37	2,28	2,94	2,48	2,41	3,61	3,58	3,37	3,51	3,17
	N	208	207	214	215	214	213	215	215	215	213	215
	Std. deviacija	0,867	0,732	0,926	0,907	0,902	0,905	0,542	0,581	0,773	0,604	0,848
Timski/ka medicinska sestra/zdravstvenik	Arit. sredina	2,62	1,49	2,48	2,98	2,5	2,49	3,59	3,57	3,32	3,58	3,2
	N	242	241	250	248	248	248	247	248	246	248	246
	Std. deviacija	0,837	0,832	0,906	0,795	0,79	0,863	0,624	0,669	0,75	0,604	0,857
Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja enega oddelka)	Arit. sredina	2,9	1,69	3,11	3,29	2,81	2,75	3,83	3,76	3,57	3,7	3,48
	N	81	81	83	82	83	83	83	83	83	83	83
	Std. deviacija	0,816	0,861	0,812	0,728	0,848	0,839	0,377	0,484	0,628	0,512	0,687
Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja več oddelkov)	Arit. sredina	3,05	2,25	3,35	3,4	2,65	2,75	3,79	3,79	3,79	3,79	3,53
	N	19	20	20	20	20	20	19	19	19	19	19
	Std. deviacija	0,848	1,164	0,875	0,681	0,875	0,91	0,419	0,419	0,419	0,419	0,772
Vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zn spl.)	Arit. sredina	3,5	2,17	3,67	3,5	1,5	1,67	4	4	3,67	3,33	3,17
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	Std. deviacija	0,548	0,983	0,516	0,548	0,548	0,516	0	0	0,516	0,816	0,408
Skupaj	Arit. sredina	2,66	1,51	2,54	3,03	2,53	2,5	3,64	3,61	3,39	3,58	3,24
	N	556	555	573	571	571	570	570	571	569	569	569
	Std. deviacija	0,856	0,835	0,954	0,835	0,855	0,884	0,56	0,606	0,739	0,592	0,831
	F	5,279	7,614	19,699	4,408	4,876	4,013	4,125	2,673	3,421	2,429	2,904
	p	0,000	0,000	0,000	0,002	0,001	0,003	0,003	0,031	0,009	0,047	0,021

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

### 14.2.7 Udeležba v procesu izobraževanja in učenja v letu 2007

V skupinah, opredeljenih glede na udeležbo v procesu izobraževanja in učenja v letu 2007 (Preglednici 14.13, 14.14a-c), je bila z indeksom profesionalizacije zdravstvene nege ( $F = 6,11$ ;  $p = 0,000$ ), indeksom strokovne avtonomije zdravstvene nege ( $F = 8,10$ ;  $p = 0,000$ ), indeksom vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi ( $F = 9,58$ ;  $p = 0,000$ ) in indeksom znanja v zdravstveni negi ( $F = 4,71$ ;  $p = 0,003$ ) statistično najbolj povezana skupina, ki se je procesa izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat. Na splošno lahko sklepamo, da je stopnja profesionalizacije, strokovne avtonomije, vseživljenjskega učenja in znanja v zdravstveni negi najvišja v skupini, ki se je procesa izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat. Pri indeksu moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi in etike v zdravstveni negi nismo zaznali statistično pomembnih povezanosti.

V skupinah, opredeljenih glede na udeležbo v procesu izobraževanja in učenja v letu 2007, obstajajo statistično pomembne razlike pri:

- *pridobivanju in nadgradnji znanja s formalnim izobraževanjem* ( $F = 5,36$ ;  $p = 0,001$ ): največ pridobivanj in nadgrajevanja znanja je bilo v skupini udeležbe 5-krat in večkrat (7,00), najmanj v skupini, ki se procesa izobraževanja in učenja ni nikoli udeležila (1,00).

#### *Indeks profesionalizacije zdravstvene nege*

Navedene trditve so del indeksa profesionalizacije zdravstvene nege. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja profesionalizacije zdravstvene nege najvišja v skupini, ki se je procesa izobraževanja in učenja udeležila 5- in večkrat:

- *aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja* ( $F = 18,44$ ;  $p = 0,000$ ): največ aktivne udeležbe je bilo v skupini z udeležbo 5-krat in večkrat (1,96), najmanj pa v skupini, ki se procesa izobraževanja in učenja ni nikoli udeležila (1,10),
- *redno branje strokovnih revij s področja zdravstvene nege* ( $F = 8,65$ ;  $p = 0,000$ ): največ rednega branja je bilo v skupini z udeležbo 5-krat in večkrat (3,17), najmanj v skupini, ki se procesa izobraževanja in učenja ni nikoli udeležila (2,57),

- *strinjanje, da so pri lastnem delu strokovnjaki* ( $F = 4,70$ ;  $p = 0,003$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini z udeležbo 5-krat in večkrat (3,63), zanimiva je bila ugotovitev, da je bila statistično pomembna razlika prisotna tudi v skupini, ki se ni udeležila procesov izobraževanja in učenja (3,62).

Preglednica 14.13: Povezanost udeležbe v procesu izobraževanja in učenja z indeksi sestavin raziskovalnega modela

V letu 2007 ste se udeležili procesa izobraževanja in učenja		Indeks profesionalizacije zdravstvene nege	Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	Indeks znanja v zdravstveni negi	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	Indeks etike v zdravstveni negi
Nikoli	Arit. sredina	2,77	2,5	3,14	3,43	3,32	3,1
	N	37	37	37	37	36	36
	Std. deviacija	0,36	0,45	0,55	0,47	0,52	0,58
do 1- do 2-krat	Arit. sredina	2,79	2,57	3,19	3,48	3,3	3,13
	N	234	234	233	232	232	231
	Std. deviacija	0,36	0,4	0,5	0,41	0,49	0,64
do 3- do 4-krat	Arit. sredina	2,88	2,62	3,34	3,59	3,41	3,25
	N	200	200	198	198	196	193
	Std. deviacija	0,3	0,38	0,43	0,39	0,44	0,56
do 5- in večkrat	Arit. sredina	2,95	2,77	3,44	3,61	3,42	3,17
	N	110	110	110	110	108	103
	Std. deviacija	0,37	0,4	0,4	0,34	0,51	0,69
Skupaj	<b>Arit. sredina</b>	<b>2,85</b>	<b>2,62</b>	<b>3,29</b>	<b>3,54</b>	<b>3,36</b>	<b>3,18</b>
	<b>N</b>	<b>581</b>	<b>581</b>	<b>578</b>	<b>577</b>	<b>572</b>	<b>563</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>0,35</b>	<b>0,4</b>	<b>0,47</b>	<b>0,4</b>	<b>0,48</b>	<b>0,62</b>
	<b>F</b>	<b>6,114</b>	<b>8,102</b>	<b>9,581</b>	<b>4,712</b>	<b>2,556</b>	<b>1,409</b>
	<b>p</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,003</b>	<b>0,054</b>	<b>0,239</b>

Pri obarvanih poljih so razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

#### *Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege*

Navedeni trditvi sta del indeksa strokovne avtonomije zdravstvene nege. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja strokovne avtonomije zdravstvene nege najvišja v skupini, ki se je udeležila v procesov izobraževanja in učenja 5-krat in večkrat,:

- *priložnost lastne presoje o delu kolegov(-ic)* ( $F = 7,96$ ;  $p = 0,000$ ): največ priložnosti za presojo dela kolegov(-ic) je bilo v skupini z udeležbo 5- krat in

večkrat (2,89), najmanj v skupini, ki se procesa izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (2,24),

- *sprejemanje samostojnih odločitev pri lastnem delu* ( $F = 5,76$ ;  $p = 0,001$ ): največ samostojnih odločitev je bilo sprejetih v skupini z udeležbo 5-krat in večkrat (3,24), najmanj v skupini, ki se procesa izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (2,59).

#### *Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi*

Navedene trditve so del indeksa vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi najvišja v skupini, ki se je udeležila procesov izobraževanja in učenja 5-krat in večkrat:

- *podpiranje vseživljenjskega učenja s strani vodstva zdravstvene organizacije* ( $F = 4,91$ ;  $p = 0,002$ ): največ podpore je bilo v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (3,05), najmanj v skupini, ki se procesov izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (2,62),
- *vlaganje v vseživljenjsko učenje zaposlenega s strani vodstva zdravstvene organizacije* ( $F = 6,20$ ;  $p = 0,000$ ): največ vlaganj v vseživljenjsko učenje zaposlenega je bilo v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (2,66), najmanj v skupini, ki se procesov izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (2,22),
- *vseživljenjsko učenje zaposlenih, ki je v zdravstveni organizaciji postavljeno tudi kot cilj* ( $F = 5,55$ ;  $p = 0,001$ ): najbolj so bili prepričani v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (2,87), najmanj v skupini, ki se procesov izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (2,46),
- *vseživljenjsko učenje, ki omogoča večjo motivacijo na delovnem mestu* ( $F = 3,94$ ;  $p = 0,008$ ): najbolj so bili prepričani v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (3,38), najmanj v skupini, ki se procesov izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (2,95).
- *vseživljenjsko učenje, ki pripomore k razvoju zdravstvene nege* ( $F = 2,79$ ;  $p = 0,040$ ): najbolj so bili prepričani v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (3,81), najmanj v skupini, ki se procesov izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (3,62),

- vseživljenjsko učenje, ki pripomore k izboljšani izvedbi strokovnega dela ( $F = 3,53$ ;  $p = 0,015$ ): najbolj so bili prepričani v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5- in večkrat (3,85), najmanj v skupini, ki se procesov izobraževanja in učenja ni nikoli udeležila (3,65),
- vseživljenjsko učenje, ki vpliva na etični odnos do bolnikov ( $F = 4,013$ ;  $p = 0,008$ ): najbolj so bili prepričani v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (3,54), najmanj v skupini, ki se procesov izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (3,11),
- vseživljenjsko učenje, ki omogoča nadgradnjo strokovnega znanja ( $F = 6,43$ ;  $p = 0,000$ ): največ nadgradnje strokovnega znanja je bilo v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (3,74), najmanj v skupini od 1- do 2-krat (3,50),
- vseživljenjsko učenje, ki zaposlenemu pripomore k učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela ( $F = 6,07$ ;  $p = 0,000$ ): najbolj so bili prepričani v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (3,55), najmanj v skupini, ki se procesa izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (3,16),
- vseživljenjsko učenje, ki pripomore k učinkovitemu sprejemanju nove tehnologije ( $F = 4,23$ ;  $p = 0,006$ ): najbolj so bili prepričani v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (3,64), najmanj v skupini, ki se je procesa izobraževanja in učenja udeležila od 1- do 2- krat (3,36).

#### *Indeks znanja v zdravstveni negi*

Spodaj trditve so del indeksa znanja v zdravstveni negi. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja znanja v zdravstveni negi najvišja v skupini, ki se je udeležila procesov izobraževanja in učenja 5-krat in večkrat:

- znanje je treba nenehno obnavljati, dopolnjevati in nadgrajevati ( $F = 5,39$ ;  $p = 0,001$ ): najbolj so se strinjali v skupini z udeležbo 5-krat in večkrat (3,95), najmanj v skupini od 1- do 2-krat (3,78),
- znanje predstavlja dejavnik napredka v zdravstveni negi ( $F = 5,17$ ;  $p = 0,002$ ): najbolj so se s tem strinjali v skupini 5-krat in večkrat (3,88), najmanj v skupini od 1- do 2-krat (3,78),



- *znanje je vir vrednosti v zdravstveni negi* ( $F = 3,32$ ;  $p = 0,019$ ): najbolj so bili prepričani v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (3,74), najmanj v skupini od 1- do 2- krat (3,56),
- *znanje, ki omogoča imeti pri delu moč in vpliv* ( $F = 3,00$ ;  $p = 0,030$ ): najbolj so bili prepričani v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (3,36), najmanj v skupini, ki se procesa izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (3,05),
- *znanje, ki pomeni sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati* ( $F = 2,73$ ;  $p = 0,043$ ): najbolj so bili prepričani v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (3,63), najmanj v skupini, ki se procesa izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (3,32),
- *posvetovanje s kolegi(-cami) v primeru kočljivih delovnih situacij (pripadniki istega poklica oziroma stroke)* ( $F = 4,78$ ;  $p = 0,003$ ): največ posvetovanj v primeru kočljivih delovnih situacij je bilo v skupini udeležbe 3- do 4-krat (3,83), najmanj v skupini, ki se procesa izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli (3,57).

#### *Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi*

Navedena trditev je del indeksa znanja v zdravstveni negi. Na splošno lahko trdimo, da je stopnja moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi najvišja v skupini, ki se je udeležila procesov izobraževanja in učenja 5-krat in večkrat:

- *profesionalna moč, ki pomeni samostojno izvajanje zdravstvene nege* ( $F = 3,22$ ;  $p = 0,022$ ): najbolj so bili prepričani v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat (3,71), najmanj v skupini z udeležbo 1- do 2- krat (3,52).

Na splošno lahko trdimo, da so se z večanjem udeležbe v procesu izobraževanja in učenja pri praktiki zdravstvene nege večali pridobivanje in nadgrajevanje znanja s formalnim izobraževanjem, aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja, branje strokovnih revij s področja zdravstvene nege in strinjanje, do so pri lastnem delu strokovnjaki. V nadaljevanju so sledile še priložnosti lastne presoje o delu kolegov(-ic), sprejemanje samostojnih odločitev pri lastnem delu, podpora od vodstva zdravstvene organizacije, vlaganje in postavitve vseživljenjskega učenja kot cilj, nadgradnje strokovnega znanja in

učinkovito prilagajanje na spremenjene pogoje dela ter prepričanje, da je znanje dejavnik napredka v zdravstveni negi in da ga je treba nenehno obnavljati, dopolnjevati in nadgrajevati, na koncu pa še posvetovanje s kolegi(-cami) v kočljivih delovnih situacijah.

Preglednica 14.14a: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na udeležbo v procesu izobraževanja in učenja - 1. del

V letu 2007 ste se procesa izobraževanja in učenja udeležili		K pridobitvi in nadgradnji znanja je pripomoglo formalno pridobivanje izobrazbe (npr. dodiplomski, podiplomski študij)	V letu 2007 ste bili aktivni udeleženec(-ka)	Redno berem strokovne revije s področja zdravstvene nege	Pri svojem delu sem strokovnjak(-inja)	Imam priložnost presojati o delu kolegov in kolegic	Pri svojem delu sprejemam samostojne odločitve	Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), podpira vseživljenjsko učenje
nikoli	Arit. sredina	1	1,1	2,57	3,62	2,24	2,59	2,62
	N	2	31	37	37	37	37	37
	Std. deviacija	0	0,3	0,69	0,59	1,01	1,04	0,95
od 1- do 2-krat	Arit. sredina	5,53	1,32	2,79	3,38	2,4	3,03	2,75
	N	73	234	234	232	232	233	233
	Std. deviacija	3,16	0,68	0,85	0,72	0,91	0,87	0,91
od 3- do 4-krat	Arit. sredina	5,1	1,56	2,97	3,54	2,54	3,04	2,98
	N	63	199	199	200	199	198	197
	Std. deviacija	3,19	0,81	0,77	0,65	0,95	0,74	0,81
od 5-krat in večkrat	Arit. sredina	7	1,96	3,17	3,63	2,89	3,24	3,05
	N	45	110	110	108	110	109	109
	Std. deviacija	2,48	1,11	0,73	0,61	0,97	0,78	0,94
Skupaj	<b>Arit. sredina</b>	<b>5,69</b>	<b>1,52</b>	<b>2,91</b>	<b>3,5</b>	<b>2,53</b>	<b>3,04</b>	<b>2,88</b>
	<b>N</b>	<b>183</b>	<b>574</b>	<b>580</b>	<b>577</b>	<b>578</b>	<b>577</b>	<b>576</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>3,11</b>	<b>0,85</b>	<b>0,81</b>	<b>0,68</b>	<b>0,96</b>	<b>0,83</b>	<b>0,89</b>
	<b>F</b>	<b>5,358</b>	<b>18,441</b>	<b>8,653</b>	<b>4,699</b>	<b>7,962</b>	<b>5,763</b>	<b>4,921</b>
	<b>P</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

V nadaljevanju so prikazane ostale različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na udeležbo v procesu izobraževanja in učenja (glej Preglednico 14.14b).

Preglednica 14.14b: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na udeležbo v procesu izobraževanja in učenja - 2. del

V letu 2007 ste se procesa izobraževanja in učenja udeležili		Cilj zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), je tudi vseživljenjsko učenje zaposlenih	Vseživljenjsko učenje mi omogoča večjo motivacijo na delovnem mestu	Vseživljenjsko učenje pripomore k razvoju zdravstvene nege	Vseživljenjsko učenje pripomore k izboljšani izvedbi mojega strokovnega dela	K pridobitvi in nadgradnji znanja je pripomoglo formalno pridobivanje izobrazbe (npr. dodiplomski, podiplomski študij)	V letu 2007 ste bili aktivni udeleženec(-ka)	Redno berem strokovne revije s področja zdravstvene nege
nikoli	Arit. sredina	2,46	2,95	3,62	3,65	1	1,1	2,57
	N	37	37	37	37	2	31	37
	Std. deviacija	0,93	0,998	0,594	0,484	0	0,3	0,69
od 1- do 2-krat	Arit. sredina	2,52	3,15	3,66	3,68	5,53	1,32	2,79
	N	233	232	233	233	73	234	234
	Std. deviacija	0,92	0,814	0,551	0,545	3,16	0,68	0,85
od 3- do 4-krat	Arit. sredina	2,77	3,27	3,75	3,73	5,1	1,56	2,97
	N	197	197	198	198	63	199	199
	Std. deviacija	0,84	0,738	0,521	0,487	3,19	0,81	0,77
5-krat in večkrat	Arit. sredina	2,87	3,38	3,81	3,85	7	1,96	3,17
	N	108	110	110	110	45	110	110
	Std. deviacija	0,91	0,754	0,439	0,379	2,48	1,11	0,73
Skupaj	<b>Arit. sredina</b>	<b>2,67</b>	<b>3,22</b>	<b>3,71</b>	<b>3,73</b>	<b>5,69</b>	<b>1,52</b>	<b>2,91</b>
	<b>N</b>	<b>575</b>	<b>576</b>	<b>578</b>	<b>578</b>	<b>183</b>	<b>574</b>	<b>580</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>0,9</b>	<b>0,797</b>	<b>0,526</b>	<b>0,497</b>	<b>3,11</b>	<b>0,85</b>	<b>0,81</b>
	<b>F</b>	<b>5,547</b>	<b>3,937</b>	<b>2,79</b>	<b>3,051</b>	<b>5,358</b>	<b>18,441</b>	<b>8,653</b>
	<b>p</b>	<b>0,001</b>	<b>0,008</b>	<b>0,040</b>	<b>0,028</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

V Preglednici 14.14c pa so prikazane preostale različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na udeležbo v procesu izobraževanja in učenja.

Preglednica 14.14c: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na udeležbo v procesu izobraževanja in učenja - 3. del

V letu 2007 ste se procesa izobraževanja in učenja udeležili		Pri svojem delu sem strokovnjak(-inja)	Imam priložnost presojati o delu kolegov in kolegic	Pri svojem delu sprejemam samostojne odločitve	Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), podpira vseživljenjsko učenje	Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), vlaga v moje vseživljenjsko učenje	Cilj zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), je tudi vseživljenjsko učenje zaposlenih	Vseživljenjsko učenje mi omogoča večjo motivacijo na delovnem mestu	Vseživljenjsko učenje pripomore k razvoju zdravstvene nege	Vseživljenjsko učenje pripomore k izboljšani izvedbi mojega strokovnega dela
		Arit. Sredina	3,62	2,24	2,59	2,62	2,22	2,46	2,95	3,62
nikoli	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
	Std. Deviacija	0,59	1,01	1,04	0,95	0,98	0,93	0,998	0,594	0,484
	Arit. Sredina	3,38	2,4	3,03	2,75	2,29	2,52	3,15	3,66	3,68
od 1- do 2-krat	N	232	232	233	233	232	233	232	233	233
	Std. Deviacija	0,72	0,91	0,87	0,91	0,92	0,92	0,814	0,551	0,545
	Arit. Sredina	3,54	2,54	3,04	2,98	2,54	2,77	3,27	3,75	3,73
od 3- do 4-krat	N	200	199	198	197	197	197	197	198	198
	Std. Deviacija	0,65	0,95	0,74	0,81	0,85	0,84	0,738	0,521	0,487
	Arit. Sredina	3,63	2,89	3,24	3,05	2,66	2,87	3,38	3,81	3,85
5-krat in večkrat	N	108	110	109	109	110	108	110	110	110
	Std. Deviacija	0,61	0,97	0,78	0,94	0,87	0,91	0,754	0,439	0,379
	Arit. Sredina	3,5	2,53	3,04	2,88	2,44	2,67	3,22	3,71	3,73
Skupaj	N	577	578	577	576	576	575	576	578	578
	Std. Deviacija	0,68	0,96	0,83	0,89	0,9	0,9	0,797	0,526	0,497
	F	4,699	7,962	5,763	4,921	6,204	5,547	3,937	2,79	3,051
	P	0,003	0,000	0,001	0,002	0,000	0,001	0,008	0,040	0,028

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

#### 14.2.8 Aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja

V skupini aktivne udeležbe v procesu izobraževanja in učenja v letu 2007 nismo zaznali statistično pomembnih povezanosti (Preglednici 14.15 in 14.16).

Preglednica 14.15: Povezanost aktivne udeležbe v procesu izobraževanja in učenja z indeksi sestavin raziskovalnega modela

V letu 2007 ste bili aktivni udeleženec(-ka) (npr. vodili ste delavnico, predavali na strokovnem srečanju ipd.) v procesu izobraževanja in učenja		Indeks profesionalizacije zdravstvene nege	Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	Indeks znanja v zdravstveni negi	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	Indeks etike v zdravstveni negi
nikoli	Arit. sredina	2,86	2,62	3,29	3,53	3,37	3,18
	N	380	380	377	376	373	367
	Std. deviacija	0,35	0,39	0,48	0,41	0,48	0,61
od 1- do 2-krat	Arit. sredina	2,84	2,61	3,27	3,54	3,31	3,15
	N	137	137	137	137	137	136
	Std. deviacija	0,38	0,42	0,45	0,41	0,51	0,64
od 3- do 4-krat	Arit. sredina	2,74	2,69	3,3	3,61	3,42	3,03
	N	27	27	27	27	26	25
	Std. deviacija	0,25	0,45	0,42	0,32	0,42	0,73
5-krat in večkrat	Arit. sredina	2,82	2,62	3,38	3,64	3,46	3,28
	N	36	36	36	36	35	34
	Std. deviacija	0,34	0,47	0,41	0,34	0,49	0,58
Skupaj	<b>Arit. sredina</b>	<b>2,85</b>	<b>2,62</b>	<b>3,29</b>	<b>3,54</b>	<b>3,37</b>	<b>3,17</b>
	<b>N</b>	<b>580</b>	<b>580</b>	<b>577</b>	<b>576</b>	<b>571</b>	<b>562</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>0,35</b>	<b>0,4</b>	<b>0,47</b>	<b>0,4</b>	<b>0,48</b>	<b>0,62</b>
	<b>F</b>	<b>1,029</b>	<b>0,326</b>	<b>0,574</b>	<b>1,084</b>	<b>1,065</b>	<b>0,943</b>
	<b>P</b>	<b>0,379</b>	<b>0,806</b>	<b>0,632</b>	<b>0,355</b>	<b>0,363</b>	<b>0,419</b>

V preglednici razlike niso statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

Vendar pa v skupinah, opredeljenih glede na aktivno udeležbo v procesu izobraževanja in učenja, obstajajo statistično pomembne razlike pri:

- *zavedanju lastnih kompetenc v zdravstveni negi* ( $F = 5,99$ ;  $p = 0,001$ ); najbolj so se lastnih kompetenc zavedali v skupini aktivne udeležbe 1- do 2-krat (2,80), najmanj v skupini s 3- do 4-kratno udeležbo (2,26),
- *priložnosti presoje o delu kolegov(-ic)* ( $F = 6,78$ ;  $p = 0,000$ ); največ priložnosti presoje so imeli v skupini aktivne udeležbe od 3- do 4-krat (3,07), najmanj pa v skupini, ki se procesa izobraževanja in učenja ni nikoli udeležila (2,42).

Statistično značilno povezanost aktivne udeležbe smo zasledili le pri dveh spremenljivkah. Najbolj so se zavedali lastnih kompetenc v skupini, ki se je procesa izobraževanja in učenja aktivno udeležila od 1- do 2-krat. Zanimiva je ugotovitev, da se lastnih kompetenc najmanj zavedajo v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja aktivno udeležila od 3- do 4 krat. Teoretično bi lahko pričakovali, da večja kot je udeležba v proces izobraževanja in učenja, večja je tudi nadgradnja znanja in s tem tudi večje zavedanja lastnih kompetenc. Največ priložnosti za presojo dela kolegov(-ic) je bilo v skupini, ki se je procesov izobraževanja in učenja aktivno udeležila od 3- do 4-krat.

Preglednica 14.16: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede aktivne udeležbe v procesu izobraževanja in učenja v letu 2007

V letu 2007 ste bili aktivni udeleženec(-ka) (npr. vodili ste delavnico, predavali na strokovnem srečanju ipd.) v procesu izobraževanja in učenja		V zdravstveni negi se zavedamo lastnih kompetenc	Imam priložnost presojati o delu kolegov in kolegic
<b>Nikoli</b>	Arit. sredina	2,79	2,42
	N	380	377
	Std. deviacija	0,85	0,96
<b>od 1- do 2-krat</b>	Arit. sredina	2,8	2,68
	N	137	137
	Std. deviacija	0,84	0,92
<b>od 3- do 4-krat</b>	Arit. sredina	2,26	3,07
	N	27	27
	Std. deviacija	0,76	0,73
<b>5-krat in večkrat</b>	Arit. sredina	2,36	2,78
	N	36	36
	Std. deviacija	0,9	1,05
<b>Skupaj</b>	<b>Arit. sredina</b>	<b>2,74</b>	<b>2,53</b>
	<b>N</b>	<b>580</b>	<b>577</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>0,86</b>	<b>0,96</b>
	<b>F</b>	<b>5,99</b>	<b>6,78</b>
	<b>P</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

### 14.2.9 Pridobivanje znanja, ki pomeni pridobitev za zdravstveno organizacijo

V skupini, ki se je strinjala s trditvijo, da posameznikovo pridobivanje znanja pomeni tudi pridobitev za zdravstveno organizacijo, je odgovor najmočneje povezan z indeksom profesionalizacije zdravstvene nege ( $F = 21,05$ ;  $p = 0,000$ ), indeksom strokovne avtonomije zdravstvene nege ( $F = 14,48$ ;  $p = 0,000$ ), indeksom vseživljenjskega učenja ( $F = 37,89$ ;  $p = 0,000$ ), indeksom znanja v zdravstveni negi ( $F = 16,68$ ;  $p = 0,000$ ) in indeksom moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi ( $F = 5,00$ ;  $p = 0,007$ ). Za indeks etike v zdravstveni negi nismo zabeležili statistično pomembnih povezanosti (Preglednice 14.17, 14.18a-d).

Preglednica 14.17: Povezanost pridobitve novega znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo, z indeksi sestavin raziskovalnega modela

Ali vaša pridobitev novega znanja pomeni tudi pridobitev za vašo zdravstveno organizacijo		Indeks profesionalizacije zdravstvene nege	Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	Indeks znanja v zdravstveni negi	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	Indeks etike v zdravstveni negi
da	Arit. sredina	2,89	2,66	3,36	3,59	3,39	3,2
	N	459	459	458	457	453	445
	Std. deviacija	0,33	0,4	0,41	0,37	0,48	0,63
ne	Arit. sredina	2,67	2,39	2,81	3,39	3,21	3,03
	N	33	33	32	32	32	32
	Std. deviacija	0,42	0,45	0,51	0,5	0,55	0,65
ne vem	Arit. sredina	2,65	2,46	3,04	3,33	3,24	3,07
	N	77	77	76	76	76	75
	Std. deviacija	0,34	0,33	0,56	0,45	0,45	0,56
Skupaj	<b>Arit. sredina</b>	<b>2,85</b>	<b>2,62</b>	<b>3,29</b>	<b>3,54</b>	<b>3,36</b>	<b>3,17</b>
	<b>N</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>566</b>	<b>565</b>	<b>561</b>	<b>552</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>0,35</b>	<b>0,4</b>	<b>0,47</b>	<b>0,4</b>	<b>0,48</b>	<b>0,62</b>
	<b>F</b>	<b>21,049</b>	<b>14,478</b>	<b>37,894</b>	<b>16,682</b>	<b>4,999</b>	<b>2,478</b>
	<b>P</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,007</b>	<b>0,085</b>

Pri obarvanih poljih so razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

V omenjeni skupini obstajajo statistično značilne razlike pri spodaj navedenih spremenljivkah. Navedena skupina se je v letu 2007 udeležila procesa izobraževanja in

učenja. Prav tako se strinja, da interna izobraževanja in učne delavnice prispevajo k pridobivanju in nadgradnji znanja:

- *udeležba v procesu izobraževanja in učenja* ( $F = 9,17; p = 0,000$ ),
- *interna izobraževanja pripomorejo k pridobivanju in nadgradnji znanja* ( $F = 13,68; p = 0,000$ ),
- *k pridobitvi in nadgradnji znanja so pripomogli seminarji (Slovenija)* ( $F = 5,038; p = 0,007$ ),
- *učne delavnice pripomorejo k pridobivanju in nadgradnji znanja* ( $F = 15,92; p = 0,000$ ),
- *v letu 2007 ste bili aktivni udeleženec(-ka)* ( $F = 4,935; p = 0,008$ ).

Večina anketirancev na primarni, sekundarni in terciarni ravni se je strinjala, da pridobitev novega znanja pomeni pridobitev tudi za njihovo zdravstveno organizacijo.

#### *Indeks profesionalizacije zdravstvene nege*

Navedene trditve so del spremenljivk indeksa profesionalizacije zdravstvene nege, na katerega najbolj vpliva pritrtilna trditev, da pridobitev novega znanja pomeni tudi pridobitev za zdravstveno organizacijo:

- *redno berem strokovne revije s področja zdravstvene nege* ( $F = 10,42; p = 0,000$ ),
- *v zdravstveni negi se zavedamo lastnih kompetenc* ( $F = 5,89; p = 0,003$ ),
- *pri svojem delu sem strokovnjak(-inja)* ( $F = 15,76; p = 0,000$ ),
- *večina pripadnikov(-ic) zdravstvene nege bi ostala v poklicu, četudi bi se znižali osebni dohodki* ( $F = 4,637; p = 0,001$ ).

#### *Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege*

Navedena spremenljivka je ena od spremenljivk indeksa strokovne avtonomije zdravstvene nege, na katerega najbolj vpliva pritrtilna trditev, da pridobitev novega znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo:

- *imam priložnost presoje o delu kolegov(-ic)* ( $F = 11,62; p = 0,000$ ),
- *Pri svojem delu sprejemam samostojne odločitve* ( $F = 4,862; p = 0,008$ ),



- *moje odločitve v zvezi z delom niso pod vplivom kritik kolegov(-ic) ( $F = 4,96$ ;  $p = 0,007$ ),*
- *samostojno lahko ugotavljam vse bolnikove potrebe ( $F = 4,7$ ;  $p = 0,009$ ).*

#### *Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi*

Naslednje spremenljivke so del indeksa vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi, na katerega najbolj vpliva strinjanje s trditvijo, da pomeni pridobitev novega znanja pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo:

- *vseživljenjsko učenje, ki pripomore k osebemu razvoju ( $F = 15,41$ ;  $p = 0,000$ ),*
- *vseživljenjsko učenje, ki pripomore k razvoju zdravstvene nege ( $F = 14,01$ ;  $p = 0,000$ ), vseživljenjsko učenje, ki pripomore k izboljšani izvedbi lastnega strokovnega dela ( $F = 14,96$ ;  $p = 0,000$ ),*
- *vseživljenjsko učenje, ki omogoča nadgradnjo znanja s področja zdravstvene nege ( $F = 11,76$ ;  $p = 0,000$ ),*
- *vseživljenjsko učenje, ki vpliva na lastni etični odnos do bolnikov ( $F = 6,90$ ;  $p = 0,001$ ),*
- *strinjanje, da vodstvo zdravstvene organizacije podpira vseživljenjsko učenje ( $F = 21,63$ ;  $p = 0,000$ ),*
- *strinjanje, da vodstvo zdravstvene organizacije vlaga v vseživljenjsko učenje zaposlenih ( $F = 13,17$ ;  $p = 0,000$ ),*
- *strinjanje, da je cilj zdravstvene organizacije tudi vseživljenjsko učenje zaposlenih ( $F = 19,99$ ;  $p = 0,000$ ),*
- *strinjanje, da vseživljenjsko učenje omogoča večjo pripadnost zdravstveni organizaciji ( $F = 26,52$ ;  $p = 0,000$ ),*
- *strinjanje, da vseživljenjsko učenje omogoča večjo motivacijo na delovnem mestu ( $F = 14,89$ ;  $p = 0,000$ ),*
- *strinjanje, da vseživljenjsko učenje omogoča nadgradnjo strokovnega znanja ( $F = 18,39$ ;  $p = 0,000$ ),*
- *strinjanje, da vseživljenjsko učenje pripomore k učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela ( $F = 18,60$ ;  $p = 0,000$ ),*

- *strinjanje, da vseživljenjsko učenje pripomore k učinkovitemu sprejemanju nove tehnologije ( $F = 9,87; p = 0,000$ ).*

#### *Indeks znanja v zdravstveni negi*

Naslednje spremenljivke so del spremenljivk indeksa znanja v zdravstveni negi, na katerega najbolj vpliva strinjanje s trditvijo, da pomeni pridobitev novega znanja pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo:

- *strinjanje, da znanje omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu ( $F = 9,93; p = 0,000$ ),*
- *strinjanje, da lastno znanje tudi prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege ( $F = 19,28; p = 0,000$ ),*
- *strinjanje, da je znanje treba nenehno obnavljati, dopolnjevati in nadgrajevati ( $F = 6,86; p = 0,001$ ),*
- *strinjanje, da je znanje dejavnik napredka v zdravstveni negi ( $F = 8,52; p = 0,000$ ),*
- *strinjanje, da znanje predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi ( $F = 8,77; p = 0,000$ ),*
- *strinjanje, da znanje omogoča imeti pri lastnem delu moč in vpliv ( $F = 12,45; p = 0,000$ ),*
- *posvetovanje s kolegi(-cami) v primeru kočljivih delovnih situacij (pripadniki istega poklica oziroma stroke) ( $F = 8,19; p = 0,000$ ),*
- *strinjanje, da znanje omogoča uvajanje novih metod dela ( $F = 12,00; p = 0,000$ ).*

#### *Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi*

Naslednje spremenljivke so del spremenljivk indeksa moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi, na katerega najbolj vpliva strinjanje s trditvijo, da pridobitev novega znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo:

- *strinjanje, da je profesionalna moč temelj zdravstvene nege ( $F = 3,10; p = 0,046$ );*
- *strinjanje, da profesionalna moč pomeni izključno pravico uporabe znanj o zdravstveni negi ( $F = 3,76; p = 0,024$ )*
- *strinjanje, da profesionalna moč pomeni delovati kot profesionallec ( $F = 3,73; p = 0,025$ )*

- *strinjanje, da določitev področja delovanja zdravstvene nege bi zagotovilo profesionalno moč ( $F = 5,43; p = 0,005$ )*
- *strinjanje, da profesionalna moč pomeni delegiranje odgovornosti podrejenim ( $F = 3,51; p = 0,030$ ).*

Na splošno lahko trdimo, da s trditvijo o pridobivanju znanja, ki pomeni pridobitev za zdravstveno organizacijo, soglašajo praktiki zdravstvene nege, ki so se udeležili procesa izobraževanja in učenja, internih izobraževanj in učnih delavnic, redno berejo strokovne revije s področja zdravstvene nege, se zavedajo lastnih kompetenc, so strokovnjaki pri lastnem delu, imajo priložnost presojati delo kolegov(-ic).

Vseživljenjsko učenje pripomore k osebnemu razvoju, razvoju zdravstvene nege, izboljša izvedbo lastnega strokovnega dela, omogoča nadgradnjo znanja s področja zdravstvene nege, vpliva na etični odnos do bolnikov, povečuje pripadnost k zdravstveni organizaciji, izboljšuje motivacijo na delovnem mestu, prispeva k nadgradnji strokovnega znanja, učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela in k sprejemanju nove tehnologije.

Prav tako se praktiki zdravstvene nege strinjajo, da vodstvo zdravstvene organizacije podpira in vlaga v vseživljenjsko učenje zaposlenih, kar je tudi postavljeno kot cilj zdravstvene organizacije. Z navedeno trditvijo se strinjajo tudi praktiki zdravstvene nege, ki pravijo, da znanje omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu, prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege, da pa ga je treba nenehno obnavljati, dopolnjevati in nadgrajevati, je dejavnik napredka in vir vrednosti v zdravstveni negi, da omogoča imeti pri lastnem delu moč in vpliv, posvetovanje s kolegi(-cami) v primeru kočljivih situacij in uvajanje novih metod dela.

Strinjajo se tudi, da je profesionalna moč temelj zdravstvene nege, ki pomeni izključno pravico do uporabe znanj o zdravstveni negi in delovati kot profesionallec. Prav tako se strinjajo, da bi določitev področja delovanja zdravstvene nege zagotovila profesionalno moč za delegiranje odgovornosti podrejenim.

Preglednica 14.18a: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na pridobitev znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo - 1. del

Ali je vaš pridobitev novega znanja pridobitev tudi za vašo zdravstveno organizacijo		V letu 2007 ste se procesa izobraževanja in učenja udeležili	K pridobitvi in nadgradnji znanja so pripomogla interna izobraževanja	K pridobitvi in nadgradnji znanja so pripomogle učne delavnice	K pridobitvi in nadgradnji znanja so pripomogli seminarji (Slovenija)	V letu 2007 ste bili aktivni udeleženc/ka	Redno berem strokovne revije s področja zdravstvene nege	Pripadniki(-ce) zdravstvene nege smo resnično »poklicani« za ta poklic	V zdravstveni negi se zavedamo lastnih kompetenc	Večina pripadnikov/ic zdravstvene nege bi ostala v poklicu, četudi bi se znižali osebni dohodki	Pri svojem delu sem strokovnjak(-inja)	Imam priložnost presojati o delu kolegov in kolegic
		Arit. Sredina	N	Std. Deviacija	Arit. Sredina	N	Std. Deviacija	Arit. Sredina	N	Std. Deviacija	Arit. Sredina	N
<b>da</b>	Arit. Sredina	2,77	6,97	7,4	6,94	1,58	2,99	2,79	2,79	1,98	3,55	2,63
	N	454	342	265	300	456	458	454	459	458	456	458
	Std. Deviacija	0,82	1,8	1,88	1,863	0,888	0,8	0,91	0,85	0,915	0,62	0,95
<b>ne</b>	Arit. Sredina	2,21	4,63	4,83	5,33	1,44	2,52	2,53	2,39	1,58	3,42	2,18
	N	33	16	12	15	32	33	32	33	33	33	33
	Std. Deviacija	0,89	2,78	2,95	2,992	0,716	0,83	0,95	0,93	0,83	0,79	1,04
<b>ne vem</b>	Arit. Sredina	2,54	6,36	6,11	6,060	1,26	2,65	2,3	2,53	1,77	3,09	2,13
	N	76	53	38	47	77	77	77	77	77	76	76
	Std. Deviacija	0,68	2,01	2,14	2,319	0,616	0,76	0,92	0,82	0,759	0,85	0,88
<b>Skupaj</b>	<b>Arit. Sredina</b>	<b>2,71</b>	<b>6,8</b>	<b>7,14</b>	<b>6,83</b>	<b>1,53</b>	<b>2,92</b>	<b>2,71</b>	<b>2,73</b>	<b>1,93</b>	<b>3,48</b>	<b>2,54</b>
	<b>N</b>	<b>563</b>	<b>411</b>	<b>315</b>	<b>362</b>	<b>565</b>	<b>568</b>	<b>563</b>	<b>569</b>	<b>565</b>	<b>565</b>	<b>567</b>
	<b>Std. Deviacija</b>	<b>0,82</b>	<b>1,93</b>	<b>2,05</b>	<b>2,004</b>	<b>0,853</b>	<b>0,81</b>	<b>0,93</b>	<b>0,86</b>	<b>0,853</b>	<b>0,69</b>	<b>0,96</b>
	<b>F</b>	<b>9,169</b>	<b>13,678</b>	<b>15,922</b>	<b>5,038</b>	<b>4,935</b>	<b>10,472</b>	<b>10,082</b>	<b>5,891</b>	<b>4,637</b>	<b>15,757</b>	<b>11,624</b>
	<b>P</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,007</b>	<b>0,008</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

Sledi nadaljevanje prikaza različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na pridobitev znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo (glej Preglednico 14.18b).

Preglednica 14.18b: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na pridobitev znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo - 2. del

Ali je vaša pridobitev novega znanja pridobitev tudi za vašo zdravstveno organizacijo		Pri svojem delu sprejemam samostojne odločitve	Moje odločitve v zvezi z delom niso pod vplivom kritik kolegov/ic	Samostojno lahko ugotavljam vse bolnikove potrebe	Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu osebnemu razvoju	Vseživljenjsko učenje pripomore k razvoju zdravstvene nege	Vseživljenjsko učenje pripomore k izboljšani izvedbi mojega strokovnega dela	Vseživljenjsko učenje mi omogoča nadgradnjo znanja s področja zdravstvene nege	Vseživljenjsko učenje vpliva na moj etični odnos do bolnikov	Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), podpira vseživljenjsko učenje	Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), vlaga v moje vseživljenjsko učenje	Cilj zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), je tudi vseživljenjsko učenje zaposlenih	Vseživljenjsko učenje mi omogoča večjo pripadnost zdravstveni organizaciji
<b>da</b>	Arit. sredina	3,11	2,57	0,17	3,84	3,77	3,78	3,77	3,41	2,96	2,54	2,76	2,96
	N	456	457	457	458	458	458	457	457	456	456	455	454
	Std. deviacija	0,805	0,845	0,825	0,39	0,46	0,43	0,45	0,85	0,85	0,88	0,87	0,84
<b>ne</b>	Arit. sredina	3,03	2,09	2,94	3,63	3,47	3,47	3,59	2,87	1,97	1,53	1,84	1,94
	N	32	32	33	32	32	32	32	31	32	32	32	32
	Std. deviacija	0,861	0,995	0,899	0,61	0,67	0,72	0,71	1,02	0,97	0,67	0,99	0,95
<b>ne vem</b>	Arit. sredina	2,79	2,46	2,88	3,57	3,49	3,53	3,49	3,2	2,7	2,21	2,41	2,57
	N	77	76	77	76	76	76	76	76	76	76	76	76
	Std. deviacija	0,864	0,84	0,827	0,62	0,72	0,66	0,62	0,92	0,89	0,82	0,84	0,87
<b>Skupaj</b>	<b>Arit. sredina</b>	<b>3,06</b>	<b>2,53</b>	<b>3,12</b>	<b>3,79</b>	<b>3,72</b>	<b>3,73</b>	<b>3,72</b>	<b>3,35</b>	<b>2,87</b>	<b>2,43</b>	<b>2,66</b>	<b>2,85</b>
	<b>N</b>	<b>566</b>	<b>565</b>	<b>567</b>	<b>566</b>	<b>566</b>	<b>566</b>	<b>565</b>	<b>564</b>	<b>564</b>	<b>564</b>	<b>563</b>	<b>562</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>0,822</b>	<b>0,86</b>	<b>0,835</b>	<b>0,45</b>	<b>0,53</b>	<b>0,50</b>	<b>0,5</b>	<b>0,88</b>	<b>0,89</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,89</b>
	<b>F</b>	4,862	4,96	4,7	<b>15,419</b>	<b>14,006</b>	<b>14,155</b>	<b>11,76</b>	6,904	21,625	23,172	19,981	26,516
	<b>p</b>	<b>0,008</b>	<b>0,007</b>	<b>0,009</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

Preglednica 14.18c je nadaljevanje prikazovanja različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na pridobitev znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.

Preglednica 14.18c: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na pridobitev znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo - 3. del

Ali je vaša pridobitev novega znanja pridobitev tudi za vašo zdravstveno organizacijo		Vseživljenjsko učenje mi omogoča večjo motivacijo na delovnem mestu	Vseživljenjsko učenje mi omogoča nadgradnjo strokovnega znanja	Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela	Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu učinkovitemu sprejemanju nove tehnologije	Znanje mi omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu	Tudi moje znanje prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege	Znanje moram nenehno obnavljati, dopoljevati in nadgrajevati	Znanje je dejavnik napredka v zdravstveni negi	Znanje predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi	Znanje mi omogoča, da imam pri svojem delu moč in vpliv
<b>da</b>	Arit. sredina	3,3	3,7	3,41	3,51	3,69	3,48	3,89	3,83	3,69	3,33
	N	457	454	457	457	456	456	457	455	457	457
	Std. deviacija	0,74	0,51	0,7	0,63	0,52	0,67	0,36	0,42	0,55	0,78
<b>ne</b>	Arit. sredina	2,69	3,35	2,81	3,31	3,5	3,1	3,75	3,75	3,53	2,7
	N	32	31	32	32	32	31	32	32	32	30
	Std. deviacija	1,06	0,95	1,06	0,82	0,76	0,98	0,57	0,51	0,67	1,18
<b>ne vem</b>	Arit. sredina	2,95	3,29	2,99	3,16	3,41	2,97	3,71	3,61	3,41	3,01
	N	75	76	76	76	76	76	76	76	76	76
	Std. deviacija	0,85	0,83	0,76	0,83	0,59	0,86	0,61	0,57	0,64	0,82
<b>Skupaj</b>	Arit. sredina	3,22	3,62	3,32	3,45	3,64	3,39	3,85	3,8	3,64	3,25
	N	564	561	565	565	564	563	565	563	565	563
	Std. deviacija	0,79	0,62	0,76	0,68	0,56	0,74	0,42	0,46	0,58	0,83
	F	14,892	18,393	18,598	9,87	9,927	19,283	6,857	8,521	8,768	12,445
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

V Preglednici 14.18d so prikazane preostale različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na pridobitev znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.

Preglednica 14.18d: Različnosti aritmetičnih sredin strinjanja s trditvami glede na pridobitev znanja, ki pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo - 4. del

Ali je vaš pridobitev novega znanja pridobitev tudi za vašo zdravstveno organizacijo		V primeru kočljivih delovnih situacij se posvetujem s kolegi(-cami) (pripadniki istega poklica oz. stroke)	Znanje mi omogoča uvajanje novih metod dela	Profesionalna moč je temelj zdravstvene nege	Profesionalna moč pomeni izključno pravico uporabe znanj o zdravstveni negi	Profesionalna moč pomeni delovati kot profesionalec	Določitev področja delovanja zdravstvene nege bi zagotovilo profesionalno moč	Profesionalna moč pomeni delegiranje odgovornosti podrejenim
<b>da</b>	Arit. Sredina	3,78	3,51	3,28	3,69	3,5	2,92	2,92
	N	457	453	452	450	449	448	448
	Std. Deviacija	0,48	0,612	0,786	0,555	0,641	0,915	0,915
<b>ne</b>	Arit. Sredina	3,41	3,34	3,25	3,5	3,19	2,56	2,56
	N	32	32	32	32	32	32	32
	Std. Deviacija	0,87	0,865	0,842	0,762	0,821	1,105	1,105
<b>ne vem</b>	Arit. Sredina	3,68	3,33	3	3,53	3,31	2,71	2,71
	N	76	76	75	76	75	76	76
	Std. Deviacija	0,55	0,79	0,93	0,663	0,771	0,877	0,877
<b>Skupaj</b>	<b>Arit. Sredina</b>	<b>3,74</b>	<b>3,47</b>	<b>3,24</b>	<b>3,66</b>	<b>3,46</b>	<b>2,87</b>	<b>2,87</b>
	<b>N</b>	<b>565</b>	<b>561</b>	<b>559</b>	<b>558</b>	<b>556</b>	<b>556</b>	<b>556</b>
	<b>Std. deviacija</b>	<b>0,53</b>	<b>0,657</b>	<b>0,814</b>	<b>0,587</b>	<b>0,676</b>	<b>0,926</b>	<b>0,926</b>
	<b>F</b>	<b>8,193</b>	<b>11,997</b>	<b>3,099</b>	<b>3,757</b>	<b>3,727</b>	<b>5,432</b>	<b>3,513</b>
	<b>P</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,046</b>	<b>0,024</b>	<b>0,025</b>	<b>0,005</b>	<b>0,030</b>

V preglednici so vse razlike statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

### 14.3 Ugotovitve povezave indeksov in kontrolnih spremenljivk

Ugotovili smo, da so bile kontrolne spremenljivke spol, starost, število let delovne dobe, raven zdravstvene organizacije, (pasivna) udeležba v procesu izobraževanja in učenja ter strinjanje, da pridobitev znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo, povezane z indeksi sestavin raziskovalnega modela. Za kontrolne spremenljivke dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe in aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja nismo ugotovili nobene povezave. V nadaljevanju bomo navedli strnjene ugotovitve oziroma povezave indeksov s kontrolnimi spremenljivkami.

#### Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

Na podlagi ugotovitev lahko sklepamo, da se z indeksom profesionalizacije zdravstvene nege povezujejo praktiki zdravstvene nege, ki so stari 51 in več ter imajo delovno dobo nad 26 leti na primarni ravni zdravstvenega varstva, na delovnem mestu vodje zdravstvene nege enega oddelka, ki so se procesa izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat in se strinjajo, da pridobivanje znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.

#### Indeks znanja v zdravstveni negi

Z indeksom znanja v zdravstveni negi se povezujejo praktiki zdravstvene nege, stari od 41 do 50 let na primarni ravni zdravstvenega varstva, na delovnem mestu vodja zdravstvene nege zavoda, ki so se procesa izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat ter se strinjajo, da pridobivanje znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.

#### Indeks strokovne avtonomije v zdravstveni negi

Z indeksom strokovne avtonomije v zdravstveni negi se povezujejo praktiki zdravstvene nege na primarni ravni zdravstvenega varstva z delovnim mestom/funkcijo vodje vseh kliničnih dejavnosti, ki so se procesa izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat ter se strinjajo, da pridobivanje znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.

#### Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi

Z indeksom vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi se povezujejo praktiki zdravstvene nege na primarni ravni zdravstvenega varstva, ki so se procesa izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat ter se strinjajo, da pridobivanje znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.

#### Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi

Z indeksom moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi se povezujejo praktiki zdravstvene nege, ki so stari od 31 do 40 let in se strinjajo, da pridobivanje znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo.



## Indeks etike v zdravstveni negi

Z indeksom etike v zdravstveni negi se povezujejo praktiki zdravstvene nege, ki imajo nad 26 let delovne dobe.

Z vsemi štirimi indeksi raziskovalnega modela sta povezani dve kontrolni spremenljivki, in sicer udeležba v procesu izobraževanja in učenja ter strinjanje, da pridobivanje znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo (Preglednica 14.19 in Slika 14.1).

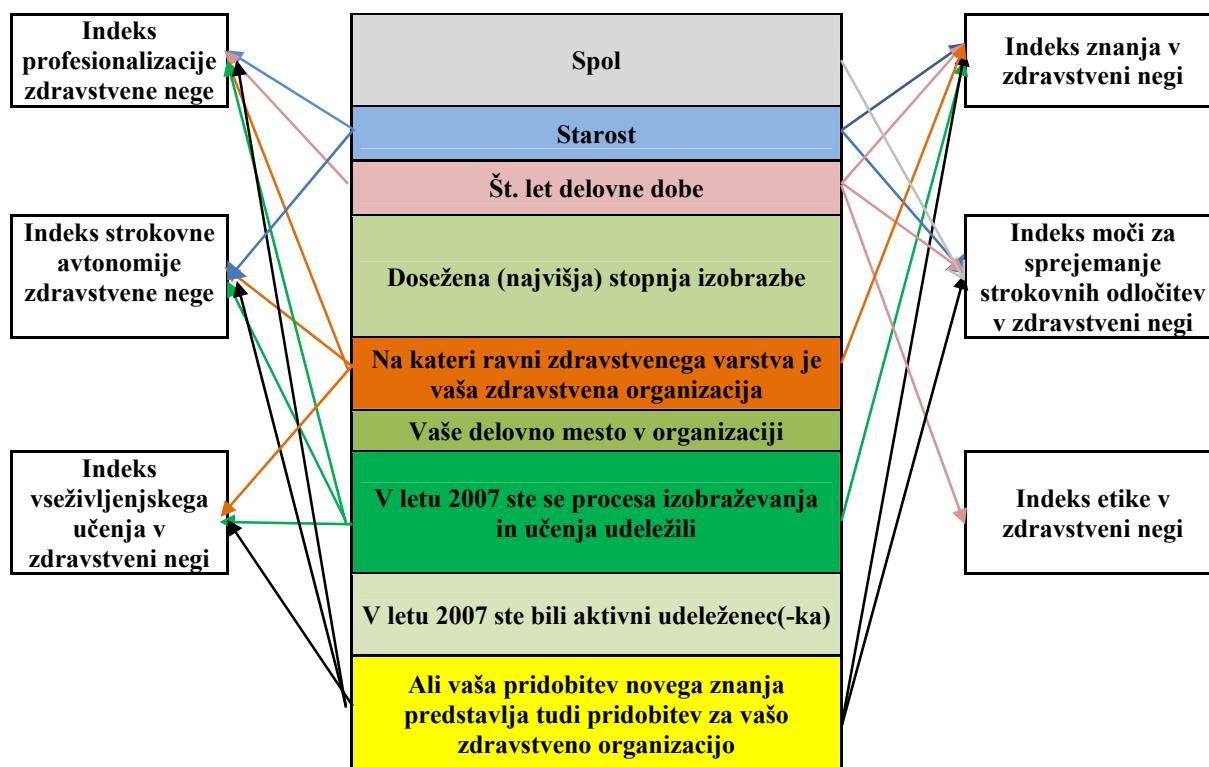
Preglednica 14.19: Ugotovitve sinteze indeksov

Indeks	Spol	Starost	Št. let delovne dobe	Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	Vaše delovno mesto v organizaciji	V letu 2007 ste se udeležili procesa izobraževanja in učenja	V letu 2007 ste bili aktivni udeležene(-ka)	Ali vaša pridobitev novega znanja pomeni pridobitev tudi za vašo zdravstveno organizacijo
<b>Indeks profesionalizacije zdravstvene nege</b>	0	51 in več let (2,92)	nad 26 let (2,92)	0	primarna raven (2,92)	VZNEO (2,98)	5 in več krat (2,95)	0	da (2,89)
<b>Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege</b>	0	od 31 do 40 let (2,66)	0	0	primarna raven (2,68)	0	5 in več krat (2,77)	0	da (2,66)
<b>Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi</b>	0	0	0	0	primarna raven	0	5 in več krat (3,44)	0	da (2,81)
<b>Indeks znanja v zdravstveni negi</b>	0	od 41 do 50 let (3,60)	0	0	primarna raven	VZNZ (3,75)	5 in več krat (3,61)	0	da (3,59)
<b>Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi</b>	ženske	od 31 do 40 let (3,42)	0	0	0	0	0	0	da (3,39)
<b>Indeks etike v zdravstveni negi</b>	0	0	nad 26 let (3,31)	0	0	0	0	0	0

Legenda: VZNEO – vodja zdravstvene nege enega oddelka; VZNZ – vodja zdravstvene nege zavoda; 0 – statistično ni značilne povezave.

Iz tega lahko sklepamo, da sta za praktike zdravstvene nege zelo pomembna dejavnika redno nadgrajevanje znanja, ki je hkrati pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo. Indeks profesionalizacije in strokovne avtonomije zdravstvene nege sta skupna dejavnika na ravni zdravstvene organizacije. Pri tem lahko sklepamo, da se praktiki zdravstvene nege na primarni ravni bistveno bolj zavedajo hkratnega pomena profesionalizacije in tudi s tem strokovne avtonomije zdravstvene nege. Pričakovana je tudi ugotovitev, da je s starostjo in z leti delovne dobe pogojena povezava z ravnmi zdravstvenih organizacij tako s profesionalizacijo kakor starostjo in znanjem v zdravstveni negi. Sklepamo lahko, da se odrasli in bolj izkušeni praktiki zdravstvene nege bolj zavedajo hkratnega pomena znanja in s tem profesionalizacije v zdravstveni negi.

Slika 14.1: Ugotovitve sinteze indeksov



Opomba: Na sliki so vse povezave statistično značilne pri stopnji tveganja  $p \leq 0,05$ .

Na podlagi Abbottove (1995) teoretične opredelitve elementov profesionalizacije poklicev (znanje, moč in etika) smo intuitivno pričakovali statistično značilno povezavo med

pridobivanjem novega znanja (npr. dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe, pasivno in/ali aktivno udeležbo v procesu izobraževanja in učenja) indeksom etike v zdravstveni negi. Ugotovili smo, da ne obstaja statistično značilne povezave. Teoretično so lahko vzroki s strani splošnega družbeno kulturnega in/ali intraprofesionalnega kulturnega konteksta. Oba konteksta se prepletata. Prvi kontekst prikazuje pripadnike poklica zdravstvene nege kot podrejen, neavtonomni in vodljiv člen v sistemu zdravstvenega varstva, ki mora samo slediti navodilo. Drugi pa je zgodovinsko posledica prvega. Teoretično lahko izhajamo, da je za prakse zdravstvene nege pomen pridobivanja in upravljanja z lastnim znanjem kakovostnejše in učinkovito delo ter možnost in priložnost boljšega zaslužka. Iz tega lahko izpeljemo končni komentar, da znanje ni taka sestavina, ki bi spodbujala etična ravnanja.

## **15 Veljavnost in zanesljivost tvorbe indeksov (eksploratorna faktorska analiza)**

V tem razdelku so predstavljeni rezultati in interpretacija dodatnega preverjanja veljavnosti in zanesljivosti merjenja indeksov profesionalnosti zdravstvene nege, ki jih uporabljamo za numerični opis sestavin konceptualnega modela. V prejšnjem koraku smo vse indekse tvorili kot povprečja (aritmetične sredine) vrednosti tistih trditev, ki smo jih sami opredelili kot sestavine posameznega indeksa enega od konceptov. Postopek dodatnega preverjanja, koliko so ti indeksi res mersko konsistentni in vsebinsko ločeni, tako kot smo jih sami razporedili, pa je izpeljan na dva načina:

a) s faktorskimi analizami šestih indeksov, ki opisujejo glavne sestavine raziskovalnega modela (glej Sliko 2.2); če se pokaže, da so vsi indeksi zajeti tudi v tvorbo faktorjev na predvidljiv način, potem je veljava apriorne indeksacije (glej prejšnje poglavje) dodatno potrjena; če ne, je posamezni indeks, ki ne prispeva k tvorbi faktorjev, lahko (mersko in vsebinsko teoretsko) slabo opredeljen;

b) s faktorsko analizo vseh 57 spremenljivk, ki merijo odnos praktikov do različnih vidikov profesionalizacije zdravstvene nege, naenkrat; tu so nas zanimali morebitni indikatorji za

latentne spremenljivke; če so latentne spremenljivke podobne indeksom, je veljavnost postopka apriorne indeksacije (glej prejšnje poglavje) dodatno potrjena kot veljavna.

### 15.1 Model eksploratorne faktorске analize

S faktorško analizo skušamo reducirati podatke. Uporabljamo jo za iskanje povezav med spremenljivkami tako, da poizkušamo najti novo množico spremenljivk, ki predstavljajo to, kar je skupnega opazovanim spremenljivkam. Faktorška analiza poizkuša poenostaviti kompleksnost povezav med množico opazovanih spremenljivk z razkritjem skupnih razsežnosti ali faktorjev, ki omogočajo vpogled v osnovno strukturo podatkov. Poskušamo ugotoviti, ali so zveze med opazovanimi spremenljivkami (indikatorji) pojasnljive z manjšim številom posredno opazovanih spremenljivk ali faktorjev. Osnova faktorškega modela je domneva, da med spremenljivkami  $X_i$ ,  $F_r$  in  $E_i$  velja zveza:

$$X_i = \sum_{r=1}^k a_{ir} F_r + E_i$$

Legenda:  $X_i$  ( $i = 1, \dots, m$ ),  $F_r$  ( $r = 1, \dots, k$ ),  $E_i$  ( $i = 1, \dots, m$ );  $i = 1, \dots, m$  in  $k < m$ : število vseh parametrov faktorškega modela, ki jih moramo oceniti na osnovi faktorške enačbe, je  $m \times k$  (faktorških uteži) in  $m$  (specifičnih varianc)  $k \leq \frac{(m-1)}{2}$ ;  $X_i$  so merjene spremenljivke;  $F_r$  so skupni faktorji,  $E_i$  je specifični faktor, ki vpliva samo na  $X_i$ ;  $a_{ir}$  je faktorška utež, ki kaže vpliv faktorja  $F_r$  in  $X_i$  (Jesenko 2001).

### 15.2 Faktorška analiza šestih indeksov (sestavin raziskovalnega modela)

Zanesljivost skupine indeksov smo izračunali na podlagi metode faktorške analize (Stare in Seljak 2006, 226). V prvi fazi smo preverili, kakšne karakteristike imajo trditve znotraj posameznih sestavin raziskovalnega modela in kako dobro predstavljajo preučevano področje. Svoja strinjanja s trditvami so anketiranci lahko ocenili s štiristopenjsko lestvico.

Test notranje konsistence smo izvedli s Cronbachovim alfa koeficientom. V tem primeru (Priloga E.2) je izračunana vrednost za Cronbachov alfa koeficient ( $\alpha = 0,75$ ). Izračunani test kaže na razmeroma visoko stopnjo zanesljivosti in ugotovimo lahko, da lestvice dobro merijo preučevano področje.

Pri faktorski analizi smo uporabili metodo glavnih komponent. Analiza se začne z določanjem števila faktorjev. V tem delu faktorske analize smo uporabili metodo Keiserjevega merila (lastne vrednosti vključenih faktorjev, večje od 1). Faktorska analiza indeksacije sestavin raziskovalnega modela je odkrila dva faktorja (Preglednica 15.1), ki pojasnjujeta 66,88 % celotne variabilnosti. Te strukture dajejo vpogled v strukturo ocen strinjania. Za izboljšanje rezultatov faktorske analize smo uporabili rotacijo (faktorji pred rotiranjem in po njem sicer pojasnjujejo enak delež skupne variance, vendar glede na enak faktor vsaka spremenljivka dobi visoko faktorsko utež). Uporabili smo rotacijo Varimax, ki poveča vrednost v posamezni vrstici, druge pa zmanjša. Upoštevali smo rotirano faktorsko matriko (Priloga E.3 in E.4) (Stare in Seljak 2006, 226–227).

S prvim faktorjem so najtesneje (pozitivno) povezani indeksi moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi, indeks etike v zdravstveni negi, indeks znanja v zdravstveni negi in indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi. Z drugim faktorjem pa sta najtesneje (pozitivno) povezana indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege in indeks profesionalizacije zdravstvene nege.

V prvo skupino (faktor 1) spadajo opažanja, da so anketirancem za profesionalizacijo zdravstvene nege pomembni moč za sprejemanje strokovnih odločitev, etične vrline, znanje s področja zdravstvene nege in vseživljenjsko učenje.

***Opažanja v prvi skupini torej nakazujejo kot temeljne značilnosti profesionalizacije zdravstvene nege glavne poteze, ki jih nakazuje teorija: znanje, moč in etiko (Abbott 1988).***

V drugo skupino (faktor 2) spadajo opažanja, da sta anketirancem za profesionalizacijo zdravstvene nege pomembni strokovna avtonomija v zdravstveni negi in sama profesionalizacija zdravstvene nege.

Preglednica 15.1: Rotatorna faktorska matrika (rotacija Varimax s Kaiserjevo normalizacijo) indeksacije sestavin raziskovalnega modela<sup>46</sup>

Sestavina	Faktor	
	1	2
Indeks profesionalizacije zdravstvene nege	.29	.76
Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	-.04	.87
Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	.66	.45
Indeks znanja v zdravstveni negi	.72	.40
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	.84	.10
Indeks etike v zdravstveni negi	.74	-.07

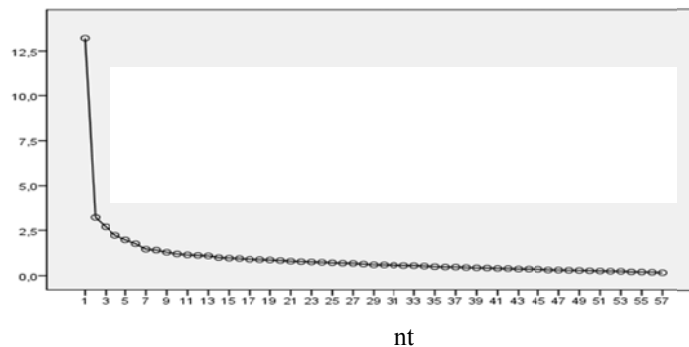
***Opažanja v drugi skupini nakazujejo prisotnost menedžerskega modela zdravstvene nege: strokovna avtonomija in profesionalizacija.***

Oba faktorja, dobljena na primeru stališč praktikov zdravstvene nege, potrjujeta splošno veljavnost teorij profesionalizacije, ki govorijo o tem, da se znanje (in usposabljanje, strokovno odločanje in etika) lahko uporablja kot podlaga za hierarhično, menedžersko krepitev nekega poklica v profesijo (stopnja profesionalizacije in avtonomije odločanja) ter da sta to dve ločeni komponenti (razsežnosti) profesionalizacije poklica.

<sup>46</sup> Metoda ekstrakcije: Analiza glavne komponente. Metoda rotacije: Varimax s Kaiserjevo normalizacijo. Rotacija a konvergirala v treh iteracijah (angl. *a Rotation covered in 3 iterations*).

### 15.3 Faktorska analiza vseh 57 spremenljivk (za opis sestavin raziskovalnega modela)

V faktorsko analizo smo vključili vseh 57 spremenljivk, ki merijo odnos praktikov zdravstvene nege do procesa profesionalizacije zdravstvene nege. Zanimali so nas morebitni indikatorji za latentne spremenljivke, ki jih te spremenljivke lahko oblikujejo. Na podlagi analize smo ugotovili sedem (7) najbolj izstopajočih faktorjev (Graf 15.2) (Priloga E.4). Faktorski model je identifikabilen, saj je predpostavljenih faktorjev veliko manj kot merjenih spremenljivk.



V nadaljevanju smo z metodo glavnih osi najprej skušali oceniti komunalitete. Z metodo glavnih osi določimo skupni prostor (faktorjev) tako, da je varianca prvega dobljenega skupnega faktorja največja. Od vseh možnih faktorjev, pravokotnih na prvi faktor, je izbran drugi skupni faktor z največjo varianco. Komunalitete so bile ocenjene s kvadratom koeficienta multiple korelacije. Nato smo komunalitete ocenjevali še z metodo največjega verjetja. Pri metodi največjega verjetja gre za iskanje najboljše ocene za reprodukcijo variančno-kovariančne matrike, čemur sledi ocena komunalitet z iterativnim postopkom. Postopek ponavljamo, dokler ne konvergira (Brown 2006, 20 – 23).

Za ocenjevanje faktorskih uteži  $a_{ik}$  so bile uporabljene rotacije. Za rotacijo se odločamo predvsem takrat, ko skupnih faktorjev ne moremo smiselno interpretirati, na primer če so projekcije iste spremenljivke precejšnje na več faktorjih, če imamo *splošen faktor* (projekcije vseh spremenljivk na prvi faktor so precejšnje). Ločimo dve vrsti rotacij: *pravokotne*, pri katerih so rotirani faktorji neodvisni med seboj (znana metoda je npr.

*Varimax*, ki maksimizira varianco kvadratov uteži v vsakem faktorju in s tem poenostavlja strukturo po stolpcih); *poševne*, pri katerih so rotirani faktorji odvisni med seboj, med njimi ni pravega kota in faktorji med seboj korelirajo (pri tem sem uporabil metodo *Oblimin*). Pri poševnih rotacij lahko spremenljivke (točke v poševnem koordinatnem sistemu) projiciramo na poševne faktorje na dva načina (Brown 2006, 23 – 36):

- vzporedno, pri čemer dobimo *pattern uteži*, ki so parcialni koeficienti korelacije med spremenljivko in faktorjem ter pomenijo »suhi vpliv« spremenljivke na faktor;
- pravokotno, s čimer dobimo *strukturne uteži*, ki so navadni koeficienti korelacije med spremenljivko in faktorjem.

Pri pravokotnih faktorjih so *pattern* in *strukturne* uteži seveda enake.

Vsebinsko so poševne rotacije boljše, v praksi pa lahko nastopijo problemi s kriterijsko funkcijo. Pogosto najprej naredimo poševno rotacijo, pri katerih pogledamo, kakšne so korelacije med faktorji. Če so korelacije med faktorji majhne (manj od 0,20), izvedemo pravokotno rotacijo (sicer pa ne, saj bi bila v tem primeru struktura preveč »vsiljena«). Pri poševni rotaciji smo na primer ugotovili, da so uteži, pridobljene s poševno rotacijo, ustrezne, ker je bila korelacija vsaj med dvema faktorjema, in sicer med tretjim in petim faktorjem, večja kot 0,2 (Preglednici 15.2 in Priloga E.4). Zaradi nizkih korelacij smo opravili tudi pravokotno rotacijo. Pojavil se je problem, da so bile pri poševni rotaciji vrednosti, večje od 0,2, v veliki večini negativne. Uporabili smo rotirano transformirano faktorsko matriko (Preglednica 15.3).

Faktorska analiza je pokazala, da je korelacija med večino faktorjev večja kot 0,2. Nekatere korelacije so bile pozitivne, vendar imamo v tem primeru manj negativnih korelacij kot v poševni matriki. Pri poševnih rotacijah se projekcije lahko opravijo bodisi vzporedno bodisi pravokotno, tako dobimo »pattern« uteži oziroma strukturne uteži. Pri pravokotni rotaciji pa dobimo le ene uteži (glej Prilogo F.6).



Preglednica 15.2: Korelacije med faktorji pri poševni rotaciji

Faktor	1	2	3	4	5	6	7
1	1,000	-,195	<b>-,430</b>	<b>-,340</b>	<b>-,460</b>	-,066	<b>,248</b>
2	-,195	1,000	,087	,146	,146	,059	-,170
3	<b>-,430</b>	,087	1,000	<b>,308</b>	<b>,292</b>	,085	<b>-,237</b>
4	<b>-,340</b>	,146	<b>,308</b>	1,000	<b>,290</b>	-,044	-,084
5	<b>-,460</b>	,146	<b>,292</b>	<b>,290</b>	1,000	-,109	<b>-,261</b>
6	-,066	,059	,085	-,044	-,109	1,000	,035
7	<b>,248</b>	-,170	<b>-,237</b>	-,084	<b>-,261</b>	,035	1,000

Metoda ekstrakcije: največje verjetje (angl. *Extraction Method: Maximum Likelihood*).

Metoda rotacije: Oblimin s Kaiserjevo normalizacijo (angl. *Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalisation*). Opomba: odebeljene vrednosti prikazujejo pozitivne in negativne uteži. Odebeljene pozitivne uteži prikazujejo korelacije med faktorji, ki so večje kot 0,20.

Sledi Preglednica 15.3 v kateri so predstavljeni rezultati rotirane transformirane factorske matrike

Preglednica 15.3: Rotirana transformirana factorska matrika

Faktor	1	2	3	4	5	6	7
1	<b>,520</b>	<b>,524</b>	<b>,471</b>	<b>,275</b>	<b>,309</b>	<b>,246</b>	-,052
2	<b>,441</b>	,125	,001	<b>-,856</b>	-,097	-,079	<b>,204</b>
3	<b>,576</b>	-,083	<b>-,700</b>	<b>,308</b>	,150	<b>-,212</b>	,090
4	-,041	-,168	<b>,281</b>	-,074	<b>,559</b>	<b>-,744</b>	-,141
5	<b>-,391</b>	<b>,779</b>	<b>-,403</b>	-,122	,161	-,151	-,123
6	<b>-,208</b>	,011	,021	,068	<b>,326</b>	,083	<b>,916</b>
7	-,077	<b>-,262</b>	<b>-,213</b>	<b>-,269</b>	<b>,654</b>	<b>,553</b>	<b>-,273</b>

Metoda ekstrakcije: največje verjetje (angl. *Extraction Method: Maximum Likelihood*)

Metoda rotacije: Varimax s Kaiserjevo normalizacijo (angl. *Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalisation*). Opomba: odebeljene vrednosti prikazujejo pozitivne in negativne uteži. Odebeljene pozitivne uteži prikazujejo korelacije med faktorji, ki so večje kot 0,20.

Opazimo, da nekatere spremenljivke z nizkimi komunalitetami pri nobenem faktorju nimajo uteži, večje od 0,4. To potrjuje že ugotovljeno dejstvo, da te spremenljivke nimajo večjega vpliva na nobeno od dimenzij. Vsaka od preostalih spremenljivk (s komunaliteto večjo od 0,2) pa ima izrazito utež pri natanko enem od treh faktorjev (Preglednica 15.4).

Preglednica 15.4: Rezultati uteži pravokotne rotacije

Sklopi	Opis
<b>Profesionalizacija zdravstvene nege</b>	<p><i>Pri prvem faktorju so izrazite uteži spremenljivk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Z_1</b> (Znanje mi omogoča večjo prilagodljivost na delovnem mestu.)</li> <li>▪ <b>Z_2</b> (Znanje mi omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu.)</li> <li>▪ <b>Z_3</b> (Tudi moje znanje prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege.)</li> <li>▪ <b>Z_5</b> (Znanje je dejavnik napredka v zdravstveni negi.)</li> <li>▪ <b>Z_6</b> (Znanje predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi.)</li> <li>▪ <b>Z_7</b> (Znanje je sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati.)</li> </ul>
<b>Strokovna avtonomija zdravstvene nege</b>	<p><i>Pri drugem faktorju so izrazite uteži spremenljivk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>III_6</b> (Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), podpira vseživljenjsko učenje.)</li> <li>▪ <b>III_7</b> (Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), vlaga v moje vseživljenjsko učenje.)</li> <li>▪ <b>III_8</b> (Cilj zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-a), je tudi vseživljenjsko učenje zaposlenih.)</li> <li>▪ <b>III_9</b> (Vseživljenjsko učenje mi omogoča večjo pripadnost zdravstveni organizaciji.)</li> </ul>
<b>Znanje v zdravstveni negi</b>	<p><i>Pri tretjem faktorju sta izrazito negativni uteži spremenljivk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>III_1</b> (Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu osebnemu razvoju.)</li> <li>▪ <b>III_2</b> (Vseživljenjsko učenje pripomore k razvoju zdravstvene nege.)</li> <li>▪ <b>III_3</b> (Vseživljenjsko učenje pripomore k izboljšani izvedbi mojega strokovnega dela.)</li> <li>▪ <b>III_4</b> (Vseživljenjsko učenje mi omogoča nadgradnjo znanja s področja zdravstvene nege.)</li> </ul>
<b>Moč za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi</b>	<p><i>Pri četrtem faktorju sta izrazito negativni uteži spremenljivk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>III_12</b> (Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela.)</li> <li>▪ <b>III_13</b> (Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu učinkovitemu sprejemanju nove tehnologije.)</li> </ul>
<b>Etika v zdravstveni negi</b>	<p><i>Pri petem faktorju sta izrazito negativni uteži spremenljivk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Moč_3</b> (Profesionalna moč pomeni samostojno izvajanje zdravstvene nege.)</li> <li>▪ <b>Moč_4</b> (Profesionalna moč pomeni delovati kot profesionallec.)</li> <li>▪ <b>Moč_5</b> (Profesionalna moč temelji na profesionalnem znanju.)</li> </ul>

Pričakovana je bila vsebinska ugotovitev, da je sestavina znanja v zdravstveni negi povezana s profesionalizacijo zdravstvene nege. Pri prvem faktorju so imele na sestavino profesionalizacija zdravstvene nege izrazite uteži nekatere trditve iz sestavine znanja v zdravstveni negi. Na splošno pa lahko trdimo, da praktiki zdravstvene nege samo znanje (pozitivno) povezujejo s profesionalizacijo zdravstvene nege. Predvsem znanje, ki omogoča večjo prilagodljivost in inovativnost na delovnem mestu, prispeva k osamosvajanju (avtonomiji) stroke, je s tem vir napredka, pomeni potencial oziroma razvojni vir vrednosti

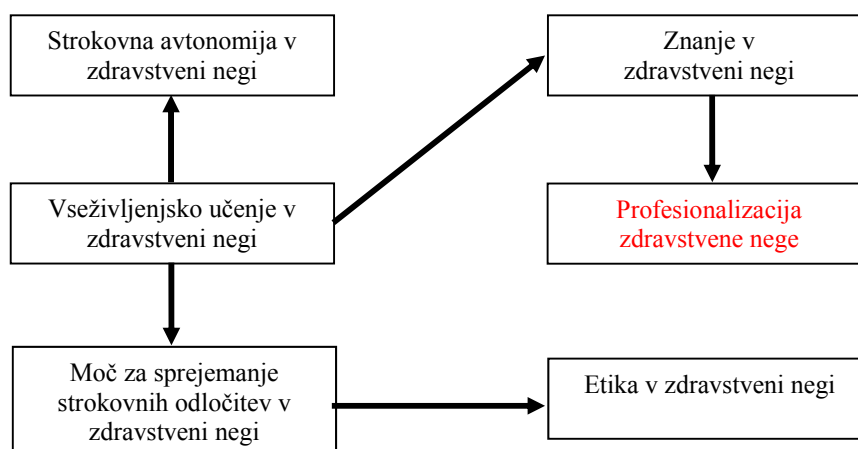
v zdravstveni negi ter je lahko opredeljeno kot sposobnost samostojno definirati situacijo ter se na podlagi tega tudi ravnati.

Nekatere trditve vseživljenjskega učenja so imele izrazite uteži na sestavine strokovna avtonomija, znanje v zdravstveni negi in na moč sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi. Na splošno lahko trdimo, da praktiki zdravstvene nege vseživljenjsko učenje povezujejo s strokovno avtonomijo zdravstvene nege. Predvsem vseživljenjsko učenje, ki omogoča večjo pripadnost zdravstveni organizaciji, torej tam, kjer vodstvo zdravstvene organizacije podpira in vlaga v vseživljenjsko učenje ter ga postavlja kot cilj organizacije. Povezujejo ga z znanjem v zdravstveni negi, predvsem življenjsko učenje, ki pripomore k osebni razvoju in razvoju zdravstvene nege, izboljšani izvedbi strokovnega dela in omogoča nadgradnjo znanja s področja zdravstvene nege. Povezujejo ga tudi z močjo sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi, predvsem z vseživljenjskim učenjem, ki pripomore k učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela in sprejemanju nove tehnologije.

Pri petem faktorju so imele na sestavino etika v zdravstveni negi izrazito negativne uteži trditve iz sestavine moč za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi. Trdimo lahko, da praktiki zdravstvene nege moč sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi povezujejo z etiko v zdravstveni negi. Predvsem moč, ki pomeni samostojno izvajanje zdravstvene nege, delovati kot profesionallec in temelji na profesionalnem znanju.

Z vidika konceptualnega modela (Slika 2.2) lahko sklepamo, da, ugotovitve faktorjske analize prikazujejo drugačna razmerja vplivov neodvisnih spremenljivk na odvisno spremenljivko. Na podlagi analize in shematičnega prikaza (Slika 15.1) lahko sklepamo, da anketiranci velik pomen pripisujejo vseživljenjskemu učenju v zdravstveni negi za strokovno avtonomijo, moči za sprejemanje strokovnih odločitev, etiki in znanju v zdravstveni negi.

Slika 15.1 : Shematični prikaz interpretacije faktorске analize



Vir: Starc 2011k.

Analiza prikazuje, da anketiranci profesionalizacijo zdravstvene nege povezujejo z znanjem, to pa z vseživljenjskim učenjem v zdravstveni negi. Sklepamo lahko, da sta vseživljenjsko učenje in tudi znanje v zdravstveni negi pomembna elementa za razvoj profesionalizacije.

## 16 Oblikovanje in interpretacija linearne regresije indeksov

Na podlagi zastavljenega raziskovalnega modela (Slika 2.2) smo izvedli multivariatno linearno regresijo. Z regresijsko analizo vrednosti pojasnjevalne spremenljivke ocenjujemo z vrednostmi ene ali več pojasnjevalnih spremenljivk. V prvem koraku postavimo **regresijski model**, ki vsebuje predpostavke o odnosih med spremenljivkami. Regresijski model mora ustrezati določenim pogojem (homoskedastičnost<sup>47</sup>, multikolinearnost<sup>48</sup>, neodvisnost motenj itd.). Model se nato testira na vzorcu preučevane populacije.

<sup>47</sup> Varianca okoli regresijske premice je enaka za vse vrednosti spremenljivke (X).

<sup>48</sup> Multikolinearnost je statistični pojav, v katerem sta dve ali več spremenljivk v model multiple regresije zelo povezani. Multikolinearnost ne zmanjšuje napovedne moči in zanesljivosti modela kot celote, vsaj ne v vzorčnih podatkih samih, ampak vpliva samo na izračun napovedanih (Gujarati 2003, 346).

Regresijska analiza omogoča ocenjevanje parametrov modela in opredelitev njegovega statističnega pomena. Če poznamo vrednosti neodvisnih spremenljivk, lahko napovemo vrednost odvisne spremenljivke.

V doktorski disertaciji smo uporabili linearno multiplo regresijo, ki preučuje vpliv več neodvisnih spremenljivk na odvisno spremenljivko. V matematični obliki je izražena z linearno funkcijo. V nadaljevanju so matematične funkcije povzete po Dillonu in Goldsteinu (1984) ter Košmelju in drugih (2002):

$$Y' = \beta_0 + \sum_{j=1}^p \beta_j \cdot X_j$$

Na podlagi te enačbe regresijski model zapišemo na naslednji način:

$$Y = \beta_0 + \sum_{j=1}^p \beta_j \cdot X_j + E$$

E – člen napake oziroma disturbanca,

$\beta_0$  – **regresijska konstanta** (konstanta regresijske funkcije, katere vrednost je enaka vrednosti regresijske funkcije, ko je vrednost neodvisnih spremenljivk enaka 0),

$\beta_j$  – **regresijski koeficient** (koeficient regresijske funkcije pri neodvisni spremenljivki, ki prikazuje spremembo vrednosti regresijske funkcije Y'),

$X_j$  – neodvisna spremenljivka; Y – odvisna spremenljivka.

Pri analizi nas zanima razlika med y in y'. Po metodi najmanjših kvadratov izpeljemo obrazec za izračun pojasnjene variance (razlika med celotno varianco in nepojasnjeno varianco). Znano je, da **determinacijski koeficient**, kvocient pojasnjene in celotne variance, na tej podlagi definiramo:

$$R^2 = 1 - \frac{E' \cdot E}{(Y - \bar{Y})' \cdot (Y - \bar{Y})}$$

Determinacijski koeficient prikazuje, kolikšen delež celotne variabilnosti odvisne spremenljivke pojasni regresijski model. Pri linearni regresiji je determinacijski koeficient

enak kvadratu **multiplega koeficienta korelacije**. Ker pa je determinacijski koeficient sistematično prevelik, ga zapišemo v drugačni obliki:

$$\bar{R}^2 = 1 - (1 - R^2) \cdot \frac{n-1}{n-m-1}$$

Regresijski model testiramo, da preverimo njegovo smiselnost. Zadnje preverimo s F-testom. Ničelna hipoteza je, da so vsi regresijski koeficienti enaki 0, osnovna pa, da je vsaj eden različen od 0. Vrednost F-statistike mora biti čim manjša:

$$F = \frac{\frac{R^2}{m}}{\frac{1-R^2}{n-m-1}}; F(m, n-m-1)$$

### 16.1 Regresijski model profesionalizacije – samo z neodvisnimi spremenljivkami

Na podlagi primerjave med regresijo, narejeno iz indeksov (indekse smo tvorili iz povprečnih vrednosti), in regresijo, narejeno iz factorske vrednosti (angl. *factor score*), menimo, da je primernejša regresija iz indeksov. Pri regresiji factorskih vrednosti smo ugotovili, da na podlagi upoštevanja posamičnih trditev ni prišlo do nobenih statistično značilnih vplivov.

Linearna regresija je pri majhni stopnji tveganja potrdila, da imajo na odvisno spremenljivko indeksa profesionalizacije zdravstvene nege značilen pozitiven vpliv *indeks znanja v zdravstveni negi, indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi, indeks strokovne avtonomije v zdravstveni negi in mejni pozitiven vpliv indeksa etike v zdravstveni negi*. Sestavine raziskovalnega modela, ki imajo značilen pozitiven vpliv na profesionalizacijo zdravstvene nege, bomo poimenovali *elementi profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji*. Linearna regresija ni dokazala značilnega pozitivnega vpliva indeksa moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi, kar je pomemben

vsebinski rezultat našega empiričnega raziskovanja (Preglednici 16.1a in 16.1b, Slika 16.1 in Priloga E.5).

Preglednica 16.1a: Linearna regresija odvisne spremenljivke indeksa profesionalizacije zdravstvene nege (metoda Stepwise)

Model		Nestandard. koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
		B	Std. Napaka	Beta		
1	(Konstanta)	1,796	0,087		20,745	0,000
	avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	0,401	0,033	0,459	12,256	0,000
2	(Konstanta)	0,987	0,122		8,092	0,000
	avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	0,326	0,032	0,373	10,253	0,000
	zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	0,284	0,032	0,323	8,876	0,000
3	(Konstanta)	0,927	0,121		7,67	0,000
	avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	0,301	0,032	0,345	9,483	0,000
	zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	0,182	0,039	0,207	4,651	0,000
	uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	0,147	0,034	0,196	4,354	0,000
4	(Konstanta)	0,869	0,124		7,018	0,000
	avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	0,306	0,032	0,35	9,626	0,000
	zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	0,171	0,039	0,195	4,345	0,000
	uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	0,132	0,035	0,176	3,814	0,000
	etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	0,043	0,021	0,076	2,04	0,042

a. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

Preglednica 16.1b: Pripadajoča preglednica linearne regresije

Povzetek modela

Model	R	R kvadrat	Popravljeni R kvadrat	Std. napaka ocene	Statistika				
					Sprememba R kvadrata	F Sprememba	Stopnja prostosti df1	Stopnja prostosti df2	Sig. F Sprememba
1	,459 <sub>a</sub>	0,211	0,209	0,3118	0,211	150,201	1	563	0,000
2	,555 <sub>b</sub>	0,308	0,305	0,2922 <sub>7</sub>	0,097	78,785	1	562	0,000
3	,575 <sub>c</sub>	0,33	0,327	0,2877 <sub>1</sub>	0,023	18,954	1	561	0,000
4	,579 <sub>d</sub>	0,335	0,33	0,2869	0,005	4,161	1	560	0,042

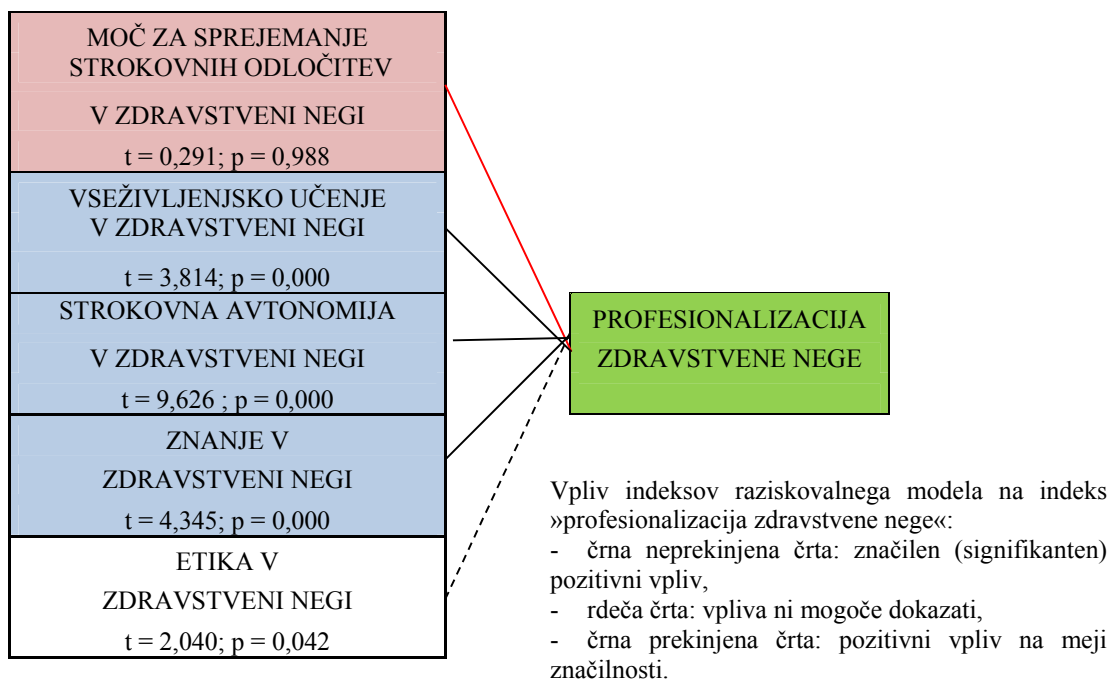
a. Napovedniki: (Konstanta), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege; b. Napovedniki: (Konstanta), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi; c. Napovedniki: (Konstanta), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi; d. Napovedniki: (Konstanta), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi, etika\_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi

Elementi profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji so torej:

1. Znanje v zdravstveni negi: kot nenehno spreminjajoča se kombinacija izkušenj, vrednot, informacij, strokovnega razumevanja; predstavlja ogrodje, v katerega dodajamo nove izkušnje in informacije.
2. Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi: ki se nanaša na vse organizirano in sistematično izobraževanje ter izpopolnjevanje, v katerem posamezniki sodelujejo pri pridobitvi novega znanja, novih veščin za potrebe sedanjega in/ali prihodnjega dela (OECD 2000a).
3. Strokovna avtonomija v zdravstveni negi: legalni oziroma politični privilegij, ki onemogoča poseganje drugih profesij v lastno dejavnost, nadzor nad sistemom specialnega znanja in veščin ter obstoj kodeksa etike (javno zagotovilo, da temu poklicu lahko zaupajo) (Giddey 1995).
4. Etika v zdravstveni negi: etična ravnanja so odvisna od vseživljenjskega učenja, vsebuje oblikovanje sodb (kaj je v situaciji prav in kaj narobe) in ponotranjenje vrednot o zdravstveni negi.



Slika 16.1: Regresijski model z neodvisnimi spremenljivkami

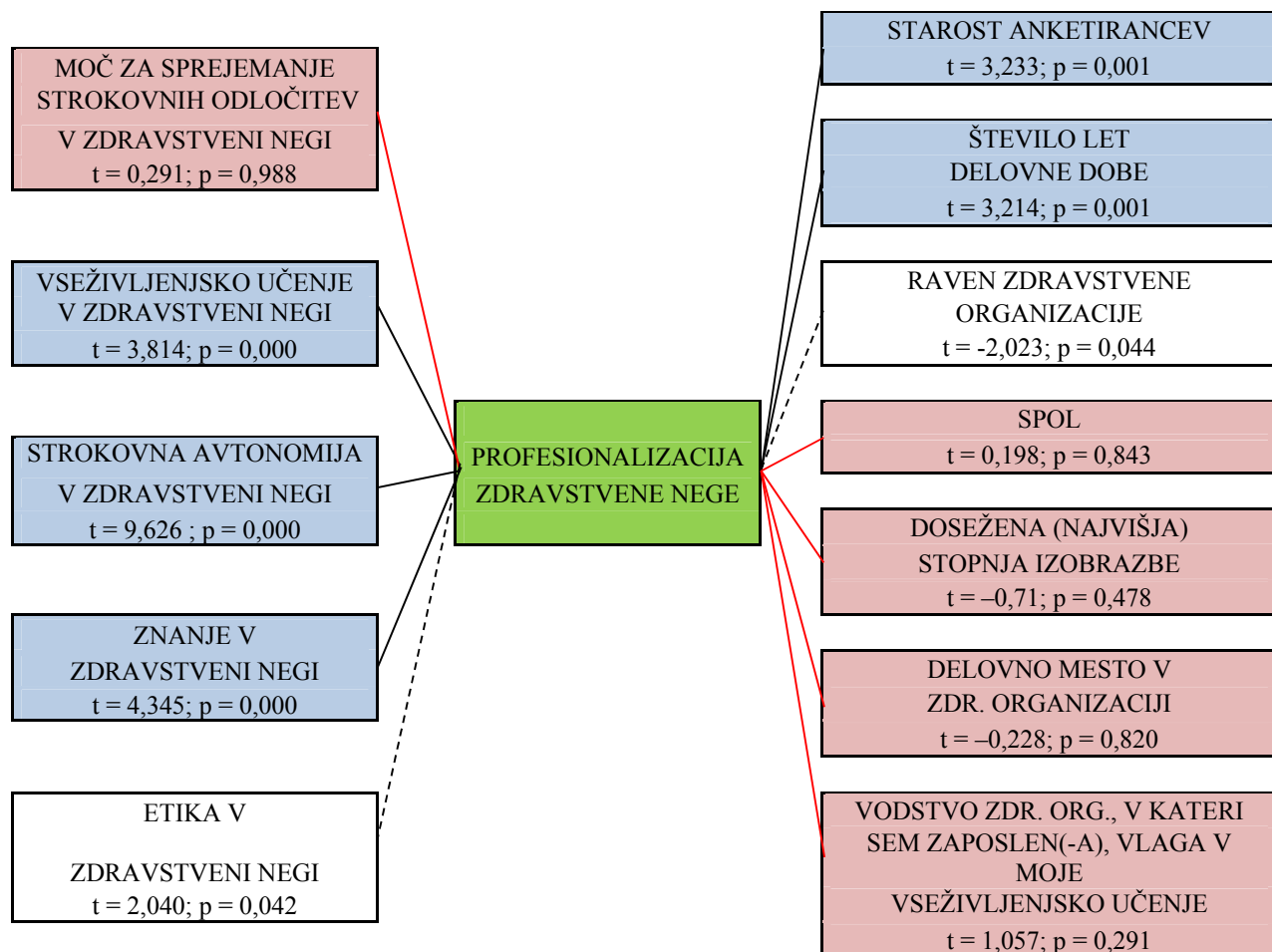


Vir: Starc 2011.

## 16.2 Regresijski model s kontrolnimi spremenljivkami (test robustnosti)

Zaradi preverjanja robustnosti raziskovalnega modela smo v naslednjem koraku pri multivariatni linearni regresiji uporabili tudi kontrolne spremenljivke: spol, starost, število let delovne dobe, dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe, delovno mesto v zdravstveni organizaciji, raven zdravstvene organizacije in vlaganje krovnega menedžmenta v zaposlenega (Slika 16.2) (Priloga E.6).

Slika 16.2: Elementi profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji (levo) in vpliv kontrolnih spremenljivk (desno)



Vpliv indeksov na indeks profesionalizacije zdravstvene nege: črna neprekinjena črta: značilen (signifikanten) pozitiven vpliv, rdeča črta: vpliva ni mogoče dokazati, črna prekinjena črta: pozitivni vpliv na meji značilnosti.  
Vir: Starc 2011m.

Analiza je pokazala, da imata kontrolni spremenljivki starost in število let delovne dobe značilen pozitiven vpliv, raven zdravstvene organizacije pa mejni pozitiven vpliv na profesionalizacijo zdravstvene nege. Analiza ni dokazala značilnega pozitivnega vpliva preostalih kontrolnih spremenljivk: spola, dosežene (najvišje) stopnje izobrazbe, delovnega mesta v organizaciji in vlaganj delovnega okolja v izobraževanje (vodstvo zdravstvene organizacije vlaganje v moje vseživljenjsko učenje).

Značilni pozitivni in mejni vpliv kontrolnih spremenljivk starosti anketirancev, števila let delovne dobe in ravni zdravstvene organizacije lahko navežemo na ugotovitev testa ANOVA, opravljenega v prejšnjih poglavjih. Ta je pokazal največjo povezanost z indeksom profesionalizacije zdravstvene nege v skupini od 51 let in več. S starostjo se je povečevala udeležba v procesu izobraževanja in učenja (največja je bila v skupini od 41 do 50 let), pri branju strokovnih revij s področja zdravstvene nege (največ branja strokovnih revij je bilo v skupini 51 in več let), povečevala sta se samoocena strokovnosti opravljenega dela in spodbujanje napredka stroke (najbolj v skupini od 51 in več let). Število let delovne dobe je pokazalo največjo povezanost v skupini nad 26 let delovne dobe. Z večanjem let delovne dobe se je večala udeležba v procesu izobraževanja in učenja, pri branju strokovnih revij s področja zdravstvene nege, večala se je tudi zaskrbljenost nad neraziskanostjo koristi, ki jo zdravstvena nega daje družbi. Teoretično lahko sklepamo, da se za profesionalizacijo zdravstvene nege zavzemajo le nekoliko starejši praktiki zdravstvene nege.

Mejni značilni vpliv je imela kontrolna spremenljivka raven zdravstvene organizacije, kar je po svoje vsebinsko presenetljiv rezultat. V skupinah, opredeljenih glede ravni zdravstvene organizacije, smo za primarno raven zdravstvenega varstva ugotovili največjo povezanost z indeksom profesionalizacije zdravstvene nege. Praktiki zdravstvene nege so na primarni ravni najbolj posegali po branju strokovnih revij s področja zdravstvene nege in so se najbolj strinjali, da so pri lastnem delu strokovnjaki.

Praktiki zdravstvene nege na primarni ravni zdravstvenega varstva z večanjem starosti in letom delovne dobe *sproti udejanjajo profesionalizacijo zdravstvene nege* z udeleževanjem v procesu izobraževanja in učenja, pri branju strokovnih revij tega področja, z večjo samooceno strokovnosti opravljenega dela, s spodbujanjem napredka stroke, s strinjanjem, da so pri lastnem delu strokovnjaki. Profesionalizacijo zdravstvene nege udejanjajo tudi z zaskrbljenostjo nad neraziskanostjo koristi, ki jo zdravstvena nega daje družbi. Primarna raven zdravstvene nege ima glede na te rezultate očitno največji potencial in motivacijo za preboj na višjo stopnjo profesionalizacije.

## 17 Kvalitativne analize besedilnih sporočil

### 17.1 Sumarni rezultati kvalitativne analize in seznam kategorij

V naslednjem razdelku sledi interpretacija kvalitativne analize. Sumarni rezultati kvalitativne analize so predstavljeni v preglednicah (Preglednice 17.1a, 17.1b, 17.1c in 17.2).

Preglednica 17.1a: Sumarni rezultati kvalitativne analize in seznam kategorij anketnega vprašalnika -1. del

	Glavna tema	Kategorije	Podkategorije
AVTONOMIJA	KAJ je strokovna avtonomija zdravstvene nege?	POZITIVNE OPREDELITVE	
		znanje	prenos informacij, samostojno odločanje, strokovno znanje, obravnavna bolnika
		izobrazba	
		etične vrline	
		strokovnjak	
		enakopravno (enakopravni član) sodelovanje v zdravstvenem timu	sodelovanje v timu, kompetence
		samostojnost	
		kompetence	
		ugotavljanje potreb bolnika	
		Odgovornost	
		NEGATIVNE OPREDELITVE	
		ni samostojnosti	
		ni enakopravnega sodelovanja	
AVTONOMIJA	KDO je profesionalec zdravstvene nege?	POZITIVNE OPREDELITVE	
		kompetence	
		sodelovanje z ostalimi strokovnjaki	
		enakovredno sodelovanje v procesu zdravljenja in okrevanja, samostojno odločanje	odgovornost, samostojno delovanje
		strokovnjak/professionalec	
		enakopravno sodelovanje (enakopravni član) v zdravstvenem timu	
		znanje	strokovno znanje, etika
		NEGATIVNE OPREDELITVE	
		podrejen položaj	

Vir: Starc 2011n.

V naslednji preglednici (glej Preglednico 17.1b) je prikazano nadaljevanje sumarnih rezultatov kvalitativne analize.

Preglednica 17.1b: Sumarni rezultati kvalitativne analize in seznam kategorij anketnega vprašalnika - 2. del

AVTONOMIJA	KAKO profesionalci zdravstvene nege v zdravstvenem timu enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja?	POZITIVNE OPREDELITVE	
		pristojnosti	
		znanje	
		kompetence	
		samostojno delovanje v zdravstvenem timu	enakopravni strokovnjak
		samostojno izvajanje postopkov zdravstvene nege	
		nadgrajevanje znanja	etika
		sodelovanje pri zdravljenju bolnikov	korist, etika
		samostojno odločanje	
		enakopravno sodelovanje v zdravstvenem timu	
		NEGATIVNE OPREDELITVE	
podrejen položaj			
ni enakopravnega sodelovanja			
PROFESIONALIZACIJA	KAK je profesionalizacija zdravstvene nege? Zdravstvena nega obsega samostojno, neodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih.	POZITIVNE OPREDELITVE	
		vseživljenjsko učenje	družbeni odnosi, kakovost pri delu
		kompetence	zadovoljevanje družbenih potreb, samostojnost odločanja, raziskovanje, socializacija predstavnikov zdravstvene nege
		pridobitev monopola nad določeno dejavnostjo	
		pridobivanje nadzorne funkcije	kakovostna obravnava bolnika, etični vidik
		izobraževanje	vzpostavljanje standardov, pravil in nadzor nad delom
		znanje	etični vidik, strokovnost, zadovoljevanje družbenih potreb, zadovoljstvo bolnikov, uporaba znanj v praksi
		pridobivanje pristojnosti	pridobivanje odgovornosti
		zakonsko opredeljeno delovanje	zaupanje družbe
		izobrazba	
		samostojnost v zdravstveni negi	znanje zdravstvene nege, sodelovanje v procesu zdravljenja, vodenje, odgovornost, izvajanje zdravstvene nege

Vir: Starc 2011o.

Naslednja preglednica (17.1c) pa prikazuje preostale sumarne rezultate kvalitativne analize.

Preglednica 17.1c: Sumarni rezultati kvalitativne analize in seznam kategorij anketnega vprašalnika - 3. del

PROFESIONALIZACIJA	KDO je profesionalec v zdravstveni negi in kdo izvaja zagovornišvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvenih sistemov in izobraževanja politike in menedžmenta?	POZITIVNE OPREDELITVE	
		samostojno izvajanje zdravstvene nege	bolnikove potrebe, samostojno vodenje in izvajanje zdravstvene nege
	izobrazba		
	enakovreden član v procesu zdravljenja		
	strokovnjak zdravstvene nege		
	znanje		
	odgovornost	znanje in razumevanje svoje vloge, etika	
	kompetence		
PROFESIONALIZACIJA	KAKO profesionalci zdravstvene nege uresničujejo samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih?	POZITIVNE OPREDELITVE	
		sodelovanje z drugimi profesijami	
	vseživljenjsko učenje		
	samostojnost	ugotavljanje potreb, načrtovanje, izvajanje zdravstvene nege, odločanje, vodenje, samostojno delovanje v timu, nadzor nad službo	
	kompetence	odločanje o lastnem delu, priznanje s strani družbe, ugled v družbi	
	kakovostno izvajanje zdravstvene nege	raziskovanje, znanstveno utemeljena praksa, vodenje bolnika do hitrega okrevanja	
	odgovornost	izvajanje zdravstvene nege, vodenje	
	zakonska ureditev	odgovornost	
	izobrazba	izobraževanje, kompetence	
	etična načela	izvajanje zdravstvene nege, vodenje	
	znanje	izvajanje zdravstvene nege, vodenje, prenos znanja v prakso, pristojnosti v zdravstvenem timu, samostojnost v zdravstvenem timu	

Vir: Starc 2011p.

V nadaljevanju pa so predstavljeni rezultati analize in seznam kategorij strukturiranega intervjuja (glej Preglednico 17.2).

Preglednica 17.2: Rezultati analize in seznam kategorij strukturiranega intervjuja

Glavna tema	Kategorije
Vloga znanja izvajalcev zdravstvene nege v organizaciji	<b>KROVNI MENEDŽMENT</b>
	izobraževanje kot permanentni cilj
	stimulacije
	relativna ločenost
	vodja ambulante je zdravnik
	ni samostojnega kadrovanja
	<b>PROFESIONALNI MENEDŽMENT</b>
	pridobivanje znanja
	strokovnost
	potrditev ljudi
	podajanje znanja
	avtonomna področja: zdravstvena preventiva, diabetični dispanzer
	ni povsem samostojna
samoinicativnost	
Professionalizacija in avtonomija zdravstvene nege	<b>KROVNI MENEDŽMENT</b>
	vplivajo na razvoj zdravstvene organizacije
	finančne omejitve
	stimulacija
	kader s področja zdravstvene nege je aktivnejši
	<b>PROFESIONALNI MENEDŽMENT</b>
	samostojnost: dispanzer za diabetike, patронаžna služba in preventiva
znanje je predpogoj	
Vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege v organizaciji	<b>KROVNI MENEDŽMENT</b>
	izobraževanje je visoko rangirano
	vseživljenjsko učenje uresničujemo
	izobraževanje je dodatno motivirano
	<b>PROFESIONALNI MENEDŽMENT</b>
	več želja kot sredstev
	ne podpira vlaganja v študij
v določeni obliki s strani občine	
ni ciljev po vseživljenjskem učenju	
ni nagrajevanja, ni finančnih sredstev	
Znanje v zdravstveni negi	<b>KROVNI MENEDŽMENT</b>
	pridobivanje znanja predstavlja pridobivanje širine
	prilagajanje
	<b>PROFESIONALNI MENEDŽMENT</b>
	pomembno je znanje
prilagajanje je nujno potrebno	
Professionalna moč v zdravstveni negi	<b>KROVNI MENEDŽMENT</b>
	samostojnost stroke
	profesionalni odnos do dela
	kompetentnost
	<b>PROFESIONALNI MENEDŽMENT</b>
samostojnost na svojem področju	
patronažna služba in zdravstvena vzgoja	

Vir: Starc 2011r.

Na podlagi zbranih podatkov (glej Preglednico 17.1a, 17.1b, 17.1c in 17.2) sledi analiza glavnih tem. Sumarni rezultati so bili analizirani na podlagi pozitivnega in negativnega doživljanja glavnih tem. Podana je tudi končna interpretacija glavnih tem.

## 17.2 Strokovna avtonomija zdravstvene nege

### Kaj je strokovna avtonomija zdravstvene nege – pozitivno doživljanje:

»Je popolnoma samostojna za delo, ki ga opravlja, in je odgovorna v vseh pogledih. Izkušnje, znanje, pridobljena nova znanja, osebnostna zrelost in etične vrline ji omogočijo, da dosega lastne cilje ter kot nepogrešljiv in enakopraven partner tudi cilje tima, v katerem deluje.«

»Zdravstveni delavci na področju zdravstvene nege zdravstveno nego samostojno opravljajo z znanjem in z vsemi v timu delujejo enakopravno; vsak na svojem področju odgovarja za svoja dejanja in sodeluje v timu z vsemi; strokovnost in etika.«

### Kaj je strokovna avtonomija zdravstvene nege – negativno doživljanje:

»Medicinska sestra je še vedno podcenjena in v podrejenem položaju.«

»Trditve bi morala vsekakor držati, vendar pa se žal ne moremo uspešno uveljaviti kot takšni zaradi superiornosti nekaterih članov zdravstvenega tima. Krivda za to je vsekakor naša, saj smo za dosego cilja premalo enotni, jasnih meril za dosego tega pa nima niti matična organizacija, da bi zdravstveno nego postavili na mesto, ki ji pripada.«

### *Analiza negativnega doživljanja*

Trditvi negativnega doživljanja lahko nakazujejo za odsotnost avtonomije in enakopravnega položaja, ki izvira s strani pripadnikov poklica samega.

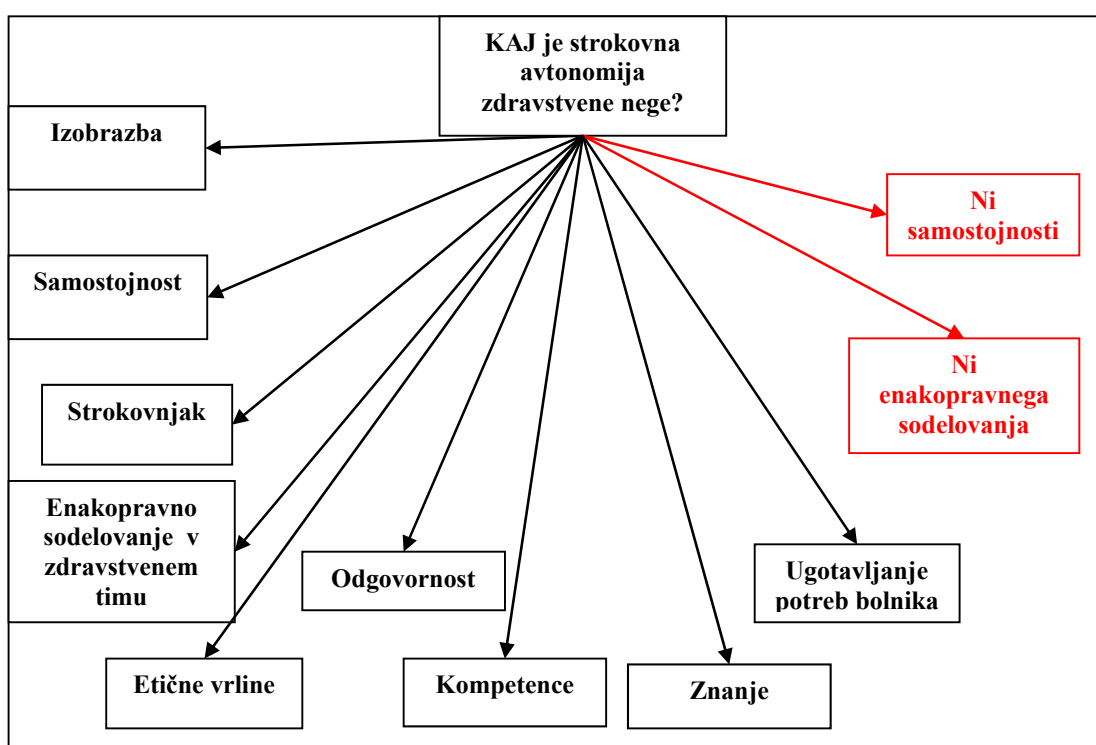
### *Analiza pozitivnega doživljanja*

Kvalitativna analiza glavne teme »Kaj je strokovna avtonomija zdravstvene nege?« (Slika 17.1) je pokazala devet (9) kategorij: znanje (podkategorije: prenos informacij, samostojno odločanje, strokovno znanje, obravnava bolnika), izobrazba, etične vrline, strokovnjak, enakopravno (enakovredni član) sodelovanje v zdravstvenem timu (podkategoriji: sodelovanje v timu, kompetence), samostojnost, kompetence, ugotavljanje potreb bolnika in odgovornost.



Kvalitativna analiza je pokazala, da se strokovna avtonomija zdravstvene nege nanaša na posameznika, iz tega sledi, da se *avtonomija zdravstvene nege nanaša na izobraženega in samostojnega strokovnjaka zdravstvene nege, ki na podlagi znanja, kompetenc in enakopravnega sodelovanja v zdravstvenem timu ugotavlja bolnikove potrebe ter je na podlagi etičnih načel tudi odgovoren za svoje delo.*

Slika 17.1: Strokovna avtonomija zdravstvene nege



vir: Starc 2011s.

- črno polje: pozitivno doživljanje (+)  
- rdeče polje: negativno doživljanje (-)

### 17.3 Profesionalec zdravstvene nege

Kdo je profesionalec zdravstvene nege – pozitivna doživljanja:

»Profesionalec v zdravstveni negi je avtonomen strokovnjak v procesu zdravstvene nege, ki je udeležen v procesu zdravljenja in okrevanja. Enakovredno sodeluje v zdravstvenem timu.«

»Profesionalec zdravstvene nege ni konkurenca drugim profesionalcem v zdravstvenem timu, je nujen, popolnoma samostojen strokovnjak, ki z drugimi strokovnjaki enakovredno prispeva v procesu zdravljenja in okrevanja.«

#### Kdo je profesionalac zdravstvene nege – negativno doživljanje:

»Medicinske sestre še vedno nismo enakovredne članice zdravstvenih timov. Zdravnikom pa smo dolžne pojasniti novo vlogo zdravstvene nege v procesu zdravljenja bolnikov. Če ne bomo prepričane, da smo dovolj kompetentne na svojem področju oziroma strokovne, bomo težko dokazale svojo avtonomnost.«

»Žal v našem zdravstvenem sistemu to ne drži, saj kot profesionalka zdravstvene nege lahko le omejeno enakovredno sodelujem v zdravstvenem timu.«

#### *Analiza negativnega doživljanja*

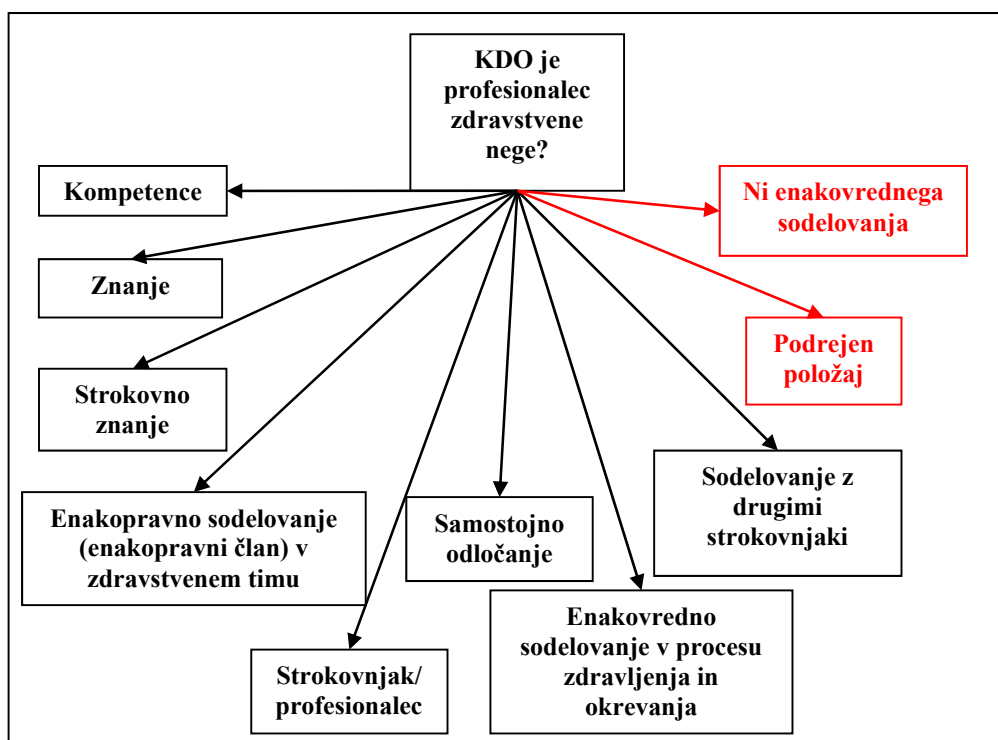
Praktiki zdravstvene nege nimajo enakovrednega položaja v zdravstvenem timu, ki izvira iz subordiniranega položaja v zdravstvenem timu

#### *Analiza pozitivnega doživljanja*

Kvalitativna analiza glavne teme »Kdo je profesionalac zdravstvene nege?« (Slika 17.2) je pokazala sedem (7) kategorij: kompetence, sodelovanje z ostalimi strokovnjaki, enakovredno sodelovanje v procesu zdravljenja in okrevanja, samostojno odločanje (podkategoriji: odgovornost, samostojno delovanje), strokovnjak/profesionalec, enakopravno sodelovanje (enakopravni član) v zdravstvenem timu in znanje (podkategoriji: strokovno znanje in etika).

Kvalitativna analiza je pokazala, da se glavna tema, kdo je profesionalac zdravstvene nege, nanaša na *strokovnjaka, ki na podlagi strokovnega znanja z ostalimi strokovnjaki enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja.*

Slika 17.2: Profesionalc(-ka) zdravstvene nege



Vir: Stare 2011š.

- črno polje: pozitivno doživljanje (+)
- rdeče polje: negativno doživljanje (-)

#### 17.4 Profesionalc zdravstvene nege v zdravstvenem timu

Kako profesionalc zdravstvene nege v zdravstvenem timu enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja – pozitivno doživljanje:

»Zdravstvena nega je enakovredna medicini in drugim strokam, ki se trudijo za doseganje ozdravitve ali zdravja posameznika, in samo v tesni povezavi (zdravstvena nega in medicina) lahko dosežemo najboljše rezultate.«

»Z zadostnim znanjem in vedenjem o lastni poklicni stroki ter sledenjem širšemu znanju in napredku s področja medicine, drugih sorodnih strok, s kontinuirano nadgradnjo znanj ter s pravo mero profesionalnih etičnih medosebnih odnosov sta mogoči avtonomija in tudi enakovrednost sodelovanja.«

Kako profesionalca zdravstvene nege v zdravstvenem timu enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja – negativno doživljanje:

»Trditev še zmeraj popolnoma ne drži, ker smo še vedno v podrejenem položaju in veliko premalo naredimo za to.«

»V naši družbi je še vedno prisoten stereotip o podrejenosti medicinske sestre proti zdravnikom, čeprav to že izgineva, vendar se bodo morale vse starejše generacije najprej v »upokojiti«, da to izgine, čeprav nikoli ne bom verjel v enakovrednost.«

*Analiza negativnega doživljanja*

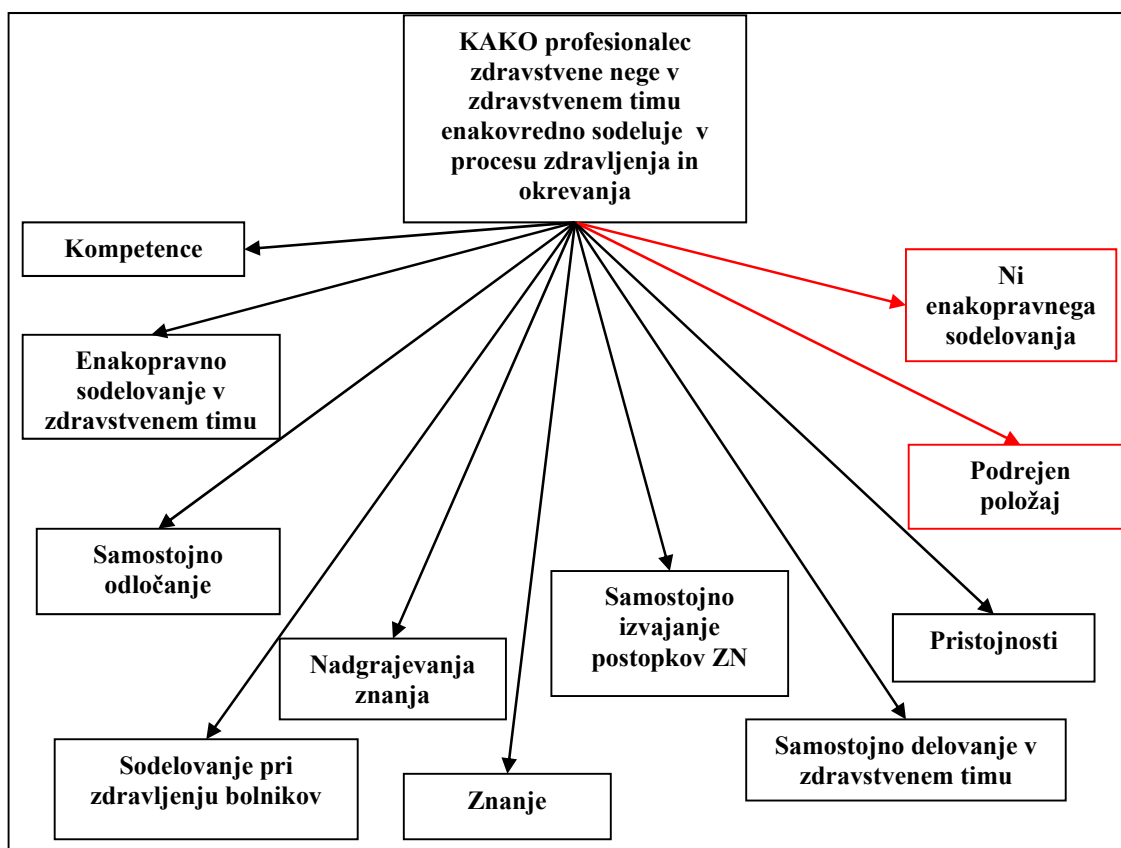
Negativna doživljanja lahko nakazujejo na neenakopravnost in podrejenost praktikov zdravstvene nege, ki izvira s strani pripadnikov poklica samega. V ospredju so pretekla in globoka ideološka prepričanja samih praktikov zdravstvene nege ter kulturna izročila preteklih družbenih vplivov.

*Analiza pozitivnega doživljanja*

Kvalitativna analiza glavne teme »Kako profesionalca zdravstvene nege v zdravstvenem timu enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja?« (Slika 17.3) je pokazala enajst (11) kategorij: pristojnosti, znanje, kompetence, samostojno delovanje v zdravstvenem timu (podkategorija: enakopravni strokovnjak), samostojno izvajanje postopkov zdravstvene nege, nadgrajevanje znanja (podkategorija: etika), sodelovanje pri zdravljenju bolnikov (podkategoriji: korist, etika), samostojno odločanje, enakopravno sodelovanje v zdravstvenem timu, ni enakopravnega sodelovanja in podrejen položaj.

Kvalitativna analiza je pokazala, da se glavna tema, kako profesionalca zdravstvene nege v zdravstvenem timu enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja, nanaša na *profesionalca zdravstvene nege, ki na podlagi znanj, pristojnosti in kompetenc v zdravstvenem timu enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja. Profesionalca zdravstvene nege samostojno deluje in odloča v zdravstvenem timu ter samostojno izvaja postopke zdravstvene nege.*

Slika 17.3: Sodelovanje profesionalca(-ke) zdravstvene nege v zdravstvenem timu



Vir: Starc 2011t.

- črno polje: pozitivno doživljanje (+)
- rdeče polje: negativno doživljanje (-)

Na podlagi velikega števila anketirancev in podobnosti odgovorov na KAJ (kaj je profesionalizacija zdravstvene nege), KDO (kdo je profesionalc v zdravstveni negi in kdo izvaja zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter menedžmenta zdravstvenih sistemov in izobraževanje – pozitivna doživljanja) in KAKO (kako profesionalci zdravstvene nege uresničujejo samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih), lahko sklepamo na konsistentno razumevanje profesionalizacije zdravstvene nege. S tremi vprašanji smo poskušali identificirati značilnost nosilcev profesionalizacije, vsebine profesionalizacije zdravstvene nege in načine delovanja praktikov zdravstvene nege. Odgovori nakazujejo poznavanje in identifikacijo s profesionalizacijo.

## 17.5 Profesionalizacija zdravstvene nege

### KAJ je profesionalizacija zdravstvene nege – pozitivna doživljanja:

»Popolnoma samostojen poklic, za katerega so potrebni formalna izobrazba, z zakonom opredeljeno dovoljenje, v katerega zaupa družba, in kakovost dela.«

»Rezultat izobraževanja in družbenih odnosov. Sposobnost posameznika pridobiti znanje; delovna skupina mora imeti uveljavljen kodeks etike<sup>49</sup>.«

### KAJ je profesionalizacija zdravstvene nege – negativna doživljanja:

»Vedno več vodenja papirjev.«

#### *Analiza negativnega doživljanja*

Omenjena trditev lahko nakazuje na birokratizacijo zdravstvene nege. Vzroki le-te so lahko tudi vedno več in podrobneje beleženja lastnega plana, izvedbe in evalvacije dela.

#### *Analiza pozitivnega doživljanja*

Kvalitativna analiza glavne teme »*KAJ je profesionalizacija 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<sup>52</sup>) (Slika 17.4) je pokazala deset (10) kategorij: vseživljenjsko učenje (podkategoriji: družbeni odnosi, kakovost pri delu), kompetence (podkategorije: zadovoljevanje družbenih potreb, samostojnost odločanja, raziskovanje, socializacija predstavnikov zdravstvene nege), pridobitev monopola nad določeno dejavnostjo, pridobivanje nadzorne funkcije (podkategoriji: kakovostna obravnava bolnika, etični vidik), izobraževanje (podkategorija: vzpostavljanje standardov, pravil in nadzor nad delom), znanje (podkategorije: etični vidik, strokovnost, zadovoljevanje družbenih potreb, zadovoljstvo bolnikov, uporaba znanj v praksi), pridobivanje pristojnosti (podkategorija: pridobivanje odgovornosti), zakonsko opredeljeno delovanje (podkategorija: zaupanje družbe), izobrazba, samostojnost v

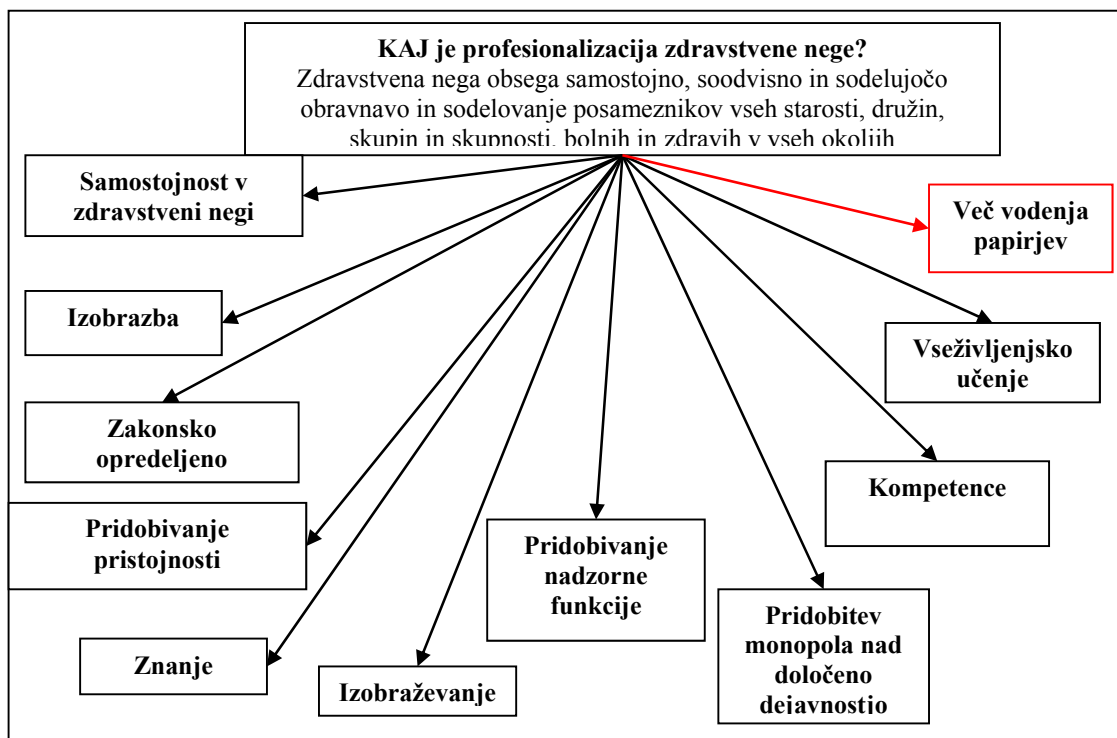
---

<sup>49</sup> Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

zdravstveni negi (podkategorije: znanje zdravstvene nege, sodelovanje v procesu zdravljenja, vodenje, odgovornost, izvajanje zdravstvene nege).

Kvalitativna analiza je pokazala, da se glavna tema, kaj je profesionalizacija zdravstvene nege, nanaša na *samostojnost zdravstvene nege*. *Opredelimo jo z znanjem, izobrazbo, izobraževanjem, kompetencami in vseživljenjskim učenjem na področju zdravstvene nege. Na podlagi zakonske opredelitve pomeni tudi pridobitev monopola nad dejavnostjo za pridobivanje nadzorne funkcije.*

Slika 17.4: Profesionalizacija zdravstvene nege



Vir: Starc 2011u.

- črno polje: pozitivno doživljanje (+)  
- rdeče polje: negativno doživljanje (-)

## 17.6 Vloga profesionalca v zdravstveni negi

Kdo je profesionalec v zdravstveni negi in kdo izvaja zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter menedžmenta zdravstvenih sistemov in izobraževanje – pozitivna doživljanja:

»Da delujem v okviru zdravstvene nege v vsaki situaciji strokovno, samostojno, etično in kompetentno.«

»Izvajanje zdravstvene nege na profesionalen način, kar pomeni, da si izvajalec zdravstvene nege pridobi znanje v izobraževalnem programu in izvaja zdravstveno nego kot profesionalec; samostojno odločanje o intervencijah na področju zdravstvene nege.«

»Da imajo izvajalci zdravstvene nege kompetence in so odgovorni za svoje delo.«

Kdo je profesionalec v zdravstveni negi in kdo izvaja zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter menedžmenta zdravstvenih sistemov in izobraževanje – negativna doživljanja:

»Še v razvoju. Še ni priznana s strani zdravnikov.«

### *Analiza negativnega doživljanja*

Negativno doživljanje prikazuje zmotno prepričanje, da je profesionalec lahko samo tisti, ki je »potrjen« s strani zdravnikov in ne pa tisti, ki ga potrjuje lastna stroka. Drugače povedano, koncept profesionalca zdravstvene nege mora izhajati s strani pripadnikov poklica samega.

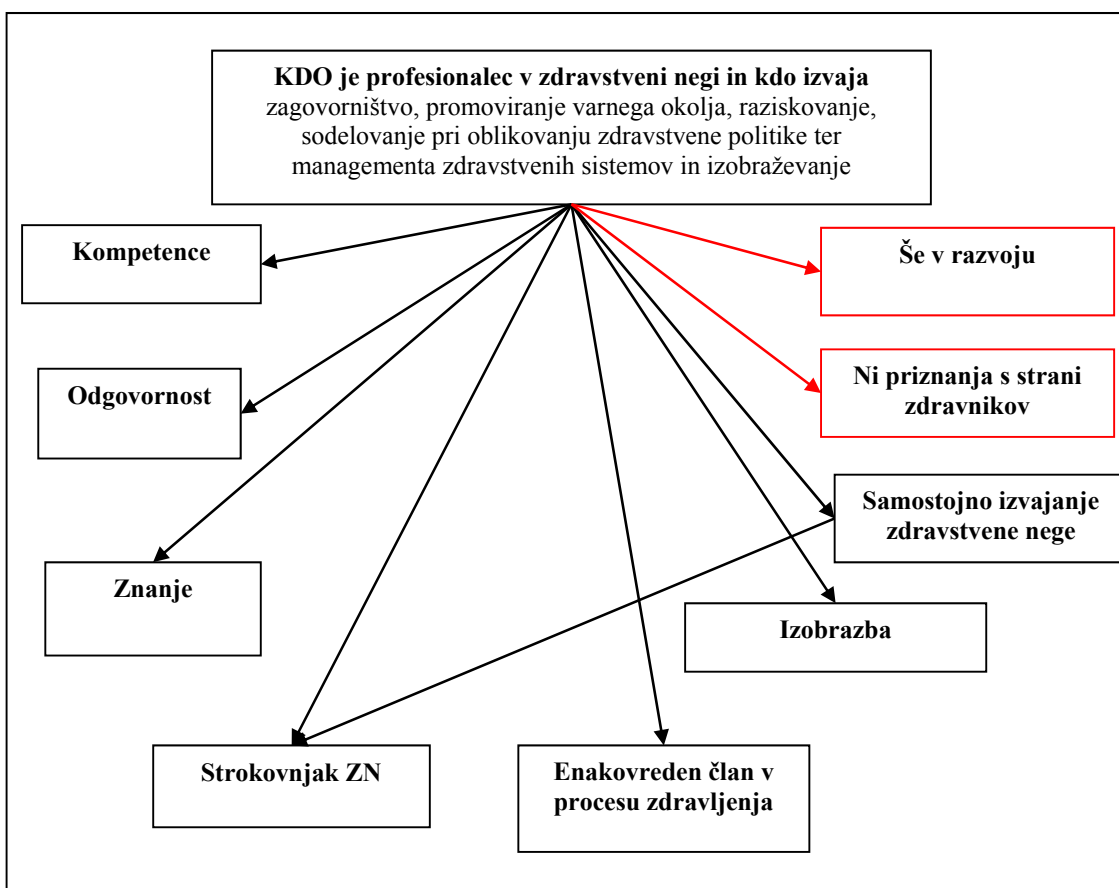
### *Analiza pozitivnega doživljanja*

Kvalitativna analiza glavne teme »Kdo je profesionalec v zdravstveni negi in kdo izvaja zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter menedžmenta zdravstvenih sistemov in izobraževanje« (Slika 17.5) je pokazala sedem (7) kategorij: samostojno izvajanje zdravstvene nege (podkategoriji: bolnikove potrebe, samostojno vodenje in izvajanje zdravstvene nege), izobrazba, enakovreden član v procesu zdravljenja, strokovnjak zdravstvene nege, znanje, odgovornost (podkategoriji: znanje in razumevanje svoje vloge, etika) in kompetence.



Kvalitativna analiza je pokazala, da se glavna tema, kdo je profesionalac v zdravstveni negi in kdo izvaja zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter menedžmenta zdravstvenih sistemov in izobraževanje, nanaša na *profesionalca zdravstvene nege, ki je strokovnjak in si je na podlagi izobrazbe pridobil znanja in kompetence za samostojno in odgovorno izvajanje zdravstvene nege in je enakovredni član v procesu zdravljenja*.

Slika 17.5: Vloga profesionalca(-ke) v zdravstveni negi



Vir: Starc 2011v.

- črno polje: pozitivno doživljanje (+)  
 - rdeče polje: negativno doživljanje (-)

## **17.7 Profesionalci zdravstvene nege in uresničevanje samostojne, soodvisne in sodelujoče obravnave**

Kako profesionalci zdravstvene nege uresničujejo samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih – pozitivna doživljanja:

»Da svoje delo opravljamo samostojno, strokovno, etično in neodvisno od medicine.«

»Opravljanje profesionalnega dela, osebna odgovornost pri opravljanju zdravstvene nege. Z avtonomijo, samostojnostjo, vseživljenjskim učenjem, pridobivanjem novih znanj, profesionalno močjo.«

Kako profesionalci zdravstvene nege uresničujejo samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih – negativna doživljanja:

»Utopično razmišljanje. Najprej je treba znotraj stroke poenotiti delovanje in predvsem pripadnost poklicni skupini.«

### *Analiza negativnega doživljanja*

Negativno doživljanje lahko nakazuje na nepriznanje poklica, ki izvira tudi s strani pripadnikov poklica samega. Vzroke lahko ponovno prikažemo kot rezultat preteklih ideoloških prepričanj samih praktikov zdravstvene nege in pretekle družbeno kulturne vplive.

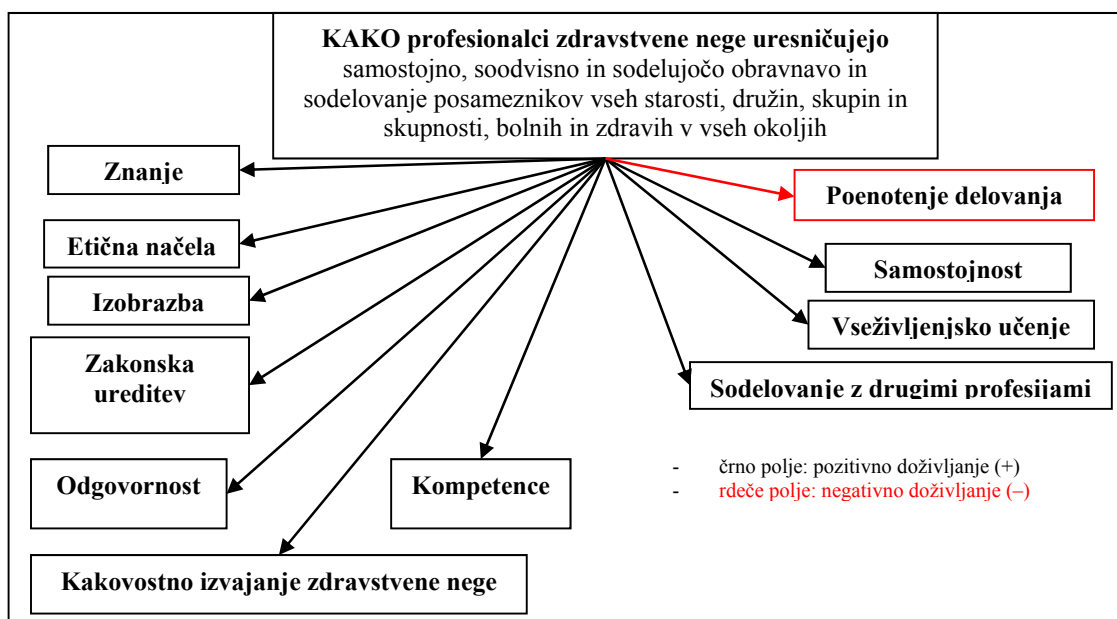
### *Analiza pozitivnega doživljanja*

Kvalitativna analiza glavne teme »Kako profesionalci zdravstvene nege uresničujejo samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih« (Slika 17.6) je pokazala deset (10) kategorij: sodelovanje z drugimi profesijami, vseživljenjsko učenje, samostojnost (podkategorije: ugotavljanje potreb, načrtovanje, izvajanje zdravstvene nege, odločanje, vodenje, samostojno delovanje v timu, nadzor nad službo), kompetence (podkategorije: odločanje o lastnem delu, priznanje s strani družbe, ugled v družbi),

kakovostno izvajanje zdravstvene nege (podkategorije: raziskovanje, znanstveno utemeljena praksa, vodenje bolnika do hitrega okrevanja), odgovornost (podkategoriji: izvajanje zdravstvene nege, vodenje), zakonska ureditev (podkategorija: odgovornost), izobrazba (podkategoriji: izobraževanje, kompetence), etična načela (podkategoriji: izvajanje zdravstvene nege, vodenje), znanje (podkategorije: izvajanje zdravstvene nege, vodenje, prenos znanja v prakso, pristojnosti v zdravstvenem timu, samostojnost v zdravstvenem timu).

Kvalitativna analiza je pokazala, da se glavna tema, namreč, kako profesionalci zdravstvene nege uresničujejo samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih, nanaša na *profesionalce zdravstvene nege, ki na podlagi znanja, etičnih načel, izobraževanja, vseživljenjskega učenja, samostojnosti, kompetenc, odgovornosti, zakonske ureditve in s sodelovanjem z drugimi profili uresničujejo kakovostno samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih.*

Slika 17.6: Profesionalci zdravstvene nege in uresničevanje samostojne, soodvisne in sodelujoče obravnave



Vir: Starc 2011z.

## **17.8 Vloga znanja izvajalcev zdravstvene nege v organizaciji**

### Vloga znanja izvajalcev zdravstvene nege v organizaciji

Kvalitativna analiza glavne teme »Vloga znanja izvajalcev zdravstvene nege v organizaciji« je pokazala pri krovnem menedžmentu pet (5) kategorij: izobraževanje kot permanentni cilj, stimulacije, relativna ločenost, vodja ambulante je zdravnik in ni samostojnega kadrovanja v zdravstveni negi. Pri profesionalnem menedžmentu je pokazala sedem (7) kategorij: pridobivanje znanja, strokovnost, potrditev ljudi, podajanje znanja, avtonomna področja: zdravstvena preventiva; diabetični dispanzer, ni samostojnosti in samoiniciativnost (Preglednica 17.44).

»Izpostavil bi predvsem dispanzer za diabetike; tu je področje zdravstvene nege oziroma so to sestre, ki so na tem področju kar aktivne v Sloveniji in zunaj nje, tako da zagotovo ni nikakršnih omejitev pri izobraževanjih, kjer je aktivna udeležba.«

»Da, vsako znanje, vsaka pridobitev znanja je zelo pomembna.«

Kvalitativna analiza je pokazala, da se glavna tema, vloga znanja izvajalcev zdravstvene nege v organizaciji, nanaša na *eni strani na pomembnost vloge znanja v zdravstvenih organizacijah, na pridobivanje strokovnosti na svojem področju in podajanje tega svojim kolegom(-icam). Znanje pripomore k potrjevanju posameznika. Na drugi strani pa vloga znanja izvajalcev zdravstvene nege v organizaciji ni jasno definirana.*

## **17.9 Profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege**

### Profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege

Kvalitativna analiza glavne kategorije »Profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege« je pri krovnem menedžmentu pokazala štiri (4) kategorije: vplivajo na razvoj zdravstvene organizacije, finančne omejitve, stimulacija, kader s področja zdravstvene nege in kader s področja zdravstvene nege je aktivnejši. Pri profesionalnem menedžmentu je analiza

pokazala dve (2) kategoriji: samostojnost (dispanzer za diabetike, patronažna služba, preventiva) in znanje, ki je predpogoj.

»Zagotovo vplivajo na razvoj zdravstvene organizacije.«

»Predvsem diplomirane so tiste, recimo, ki so zainteresirane za vse ...«

Kvalitativna analiza je pokazala, da je glavna tema, *profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege, v zdravstvenih organizacijah odvisna od razpoložljivosti finančnih sredstev. Vendar pa profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege nista jasno definirani. Sklepamo lahko, da intervjuvancem verjetno ni jasno, kaj je profesionalizacija zdravstvene nege.*

#### **17.10 Vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege v organizaciji**

##### Vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege v organizaciji

Kvalitativna analiza glavne kategorije »Vseživljenjsko učenje izvajalcev zdravstvene nege v organizaciji« je pri krovnem menedžmentu pokazala tri (3) kategorije: izobraževanje je visoko rangirano, vseživljenjsko učenje uresničujemo in izobraževanje je dodatno motivirano; ter pri profesionalnem menedžmentu pet (5) kategorij: več želja kot sredstev, ne podpira vlaganja v študij, v določeni obliki s strani občine, ni ciljev po vseživljenjskem učenju in ni nagrajevanja, ni finančnih sredstev.

»Če je prisotna ambicija, je tudi naša pripravljenost.«

»Vseživljenjsko učenje lahko uresničujemo z vsemi oblikami izobraževanja, ki ga organiziramo v okviru zdravstvenega doma, praviloma pa se udeležujemo zunanjih oblik izobraževanja.«

Kvalitativna analiza je pokazala, da *vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi zaposleni v zdravstveni negi uresničujejo. Na drugi strani so zaposlenim v zdravstveni negi postavljene finančne omejitve, zaradi česar je vlaganje v vseživljenjsko učenje oteženo.*

### **17.11 Znanje v zdravstveni negi**

#### Znanje v zdravstveni negi

Kvalitativna analiza glavne kategorije »Znanje v zdravstveni negi« je pri krovnem menedžmentu pokazala dve (2) kategoriji: pridobivanje znanja pomeni »pridobivanje širine« in »prilagajanje«. Pri profesionalnem menedžmentu nastopata tudi dve (2) kategoriji: znanje je pomembno in prilagajanje je nujno potrebno.

»Tisti, ki konkretno znanje strokovno pridobi, pridobi tudi neko širino in na nek način tudi način razmišljanja, sprejemanja problemov, tako da je povezano v celoto.«

»Medicinske sestre oziroma področje zdravstvene nege je zagotovo na to prilagajanje kar pripravljeno, izpostavljeno in se uspešno prilagaja, ker živimo v razmerah oziroma času, ko se veliko spreminja, posodablja.«

Kvalitativna analiza je pokazala, da glavna tema (znanje v zdravstveni negi) pomeni *enega od pogojev, ki strokovnjakom zdravstvene nege pomaga pri prilagajanju na delovnem mestu.*

### **17.12 Profesionalna moč v zdravstveni negi**

#### Profesionalna moč v zdravstveni negi

Kvalitativna analiza glavne kategorije »Znanje v zdravstveni negi« je pri krovnem menedžmentu pokazala tri (3) kategorije: samostojnost stroke, profesionalni odnos do dela

in kompetentnost. Pri profesionalnem menedžmentu sta pomembni dve (2) kategoriji: samostojnost na svojem področju ter patronažna služba in zdravstvena vzgoja.

»Profesionalnost je kar nek univerzalni pojem, gre za odnos, gre za kakovost, gre za učinkovitost pri delu, skratka tisti, ki ima profesionalen odnos do dela, do stroke, do kolegov, sodelavcev, je pač dokaj popoln, kompetenten, in moram priznati, da je profesionalnosti vse več.«

Kvalitativna analiza je pokazala, da se glavna tema (profesionalna moč v zdravstveni negi) nanaša na *kompetentnost, ki vpliva na profesionalni odnos, delo in samostojnost stroke. Strokovnjaki zdravstvene nege v organizacijski enoti patronažna služba in zdravstvena vzgoja so samostojni na svojem delovnem področju.*

## **18 Ugotovitve preverjanja hipotez glede elementov profesionalizacije zdravstvene nege**

### **18.1 Verifikacija hipotez in teze ter odprti problemi**

V tem razdelku sledijo verifikacija teze in hipotez ter odprti problemi.

*H<sub>1</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo profesionalizacijo zdravstvene nege glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procese izobraževanja in učenja.*

Hipotezo lahko potrdimo. Na ravni indeksa profesionalizacije zdravstvene nege smo s F – testom identificirali posamezne vplive, ki so se izkazali kot statistično značilni.

Na indeks profesionalizacije zdravstvene nege imata statistično značilen vpliv starost ( $F = 7,36$ ;  $p = 0,000$ ), delovna doba ( $F = 3,97$ ;  $p = 0,002$ ) in raven zdravstvenega varstva ( $F = 7,50$ ;  $p = 0,001$ ).

V povprečju močnejše vplivajo na indeks profesionalizacije zdravstvene nege starost 51 in več let ( $\bar{x} = 2,92$ ;  $s = 0,32$ ), delovna doba nad 26 let ( $\bar{x} = 2,92$ ;  $s = 0,33$ ) in zaposlenost na primarni ravni zdravstvenega varstva ( $\bar{x} = 2,92$ ;  $s = 0,32$ ).

Na ravni indeksa profesionalizacije zdravstvene nege smo s F - testom identificirali posamezne spremenljivke, ki so se tudi izkazale za statistično značilne:

- *Redno berem strokovne revije s področja zdravstvene nege: statistično značilen vpliv imajo spol ( $F = 12,71$ ;  $p = 0,000$ ), starost ( $F = 9,91$ ;  $p = 0,000$ ), število let delovne dobe ( $F = 6,81$ ;  $p = 0,000$ ), raven zdravstvenega varstva ( $F = 10,37$ ;  $p = 0,000$ ) in udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 8,65$ ;  $p = 0,000$ ).*

V povprečju bolj redno berejo strokovne revije s področja zdravstvene nege ženske ( $\bar{x} = 2,94$ ;  $s = 0,79$ ) kot moški ( $\bar{x} = 2,46$ ;  $s = 0,87$ ). Največ berejo v skupini 51 in več let starosti ( $\bar{x} = 3,09$ ;  $s = 0,84$ ), z delovno dobo nad 26 let ( $\bar{x} = 3,17$ ;  $s = 0,82$ ), na primarni ravni ( $\bar{x} = 3,07$ ;  $s = 0,75$ ) in tisti, ki so se procesov izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat ( $\bar{x} = 3,17$ ;  $s = 0,73$ ;  $s = 0,73$ ). V povprečju manj berejo strokovne revije s področja zdravstvene nege v skupini 20 do 30 let starosti ( $\bar{x} = 2,63$ ;  $s = 0,86$ ), z delovno dobo 0 do 5 let ( $\bar{x} = 2,60$ ;  $s = 0,87$ ), na terciarni ravni ( $\bar{x} = 2,75$ ;  $s = 0,81$ ) in tisti, ki se niso nikoli udeležili procesov izobraževanja in učenja ( $\bar{x} = 2,57$ ;  $s = 0,69$ ).

- *Pri svojem delu sem strokovnjak – statistično značilen vpliv imajo starost ( $F = 4,26$ ;  $p = 0,005$ ), raven zdravstvenega varstva ( $F = 8,87$ ;  $p = 0,000$ ) ter udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 4,70$ ;  $p = 0,003$ ).*

V povprečju se najbolj strinjajo, da so pri lastnem delu strokovnjaki v skupini 51 in več let starosti ( $\bar{x} = 3,62$ ;  $s = 0,63$ ), na primarni ravni ( $\bar{x} = 3,60$ ;  $s = 0,60$ ) in tisti, ki so se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat ( $\bar{x} = 3,63$ ;  $s = 0,61$ ). V



povprečju se najmanj strinjajo v skupini 20 do 30 let starosti ( $\bar{x} = 3,33$ ;  $s = 0,75$ ), na sekundarni ravni ( $\bar{x} = 3,63$ ;  $s = 0,61$ ) in tisti, ki so se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležili 1- do 2-krat ( $\bar{x} = 3,54$ ;  $s = 0,65$ ). Ugotovili smo zelo majhno razliko med skupino, ki se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja ni nikoli udeležila ( $\bar{x} = 3,62$ ;  $s = 0,59$ ), in skupino, ki se je v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat.

V povprečju je največji interes spodbujati napredek stroke v skupini 51 in več let starosti ( $\bar{x} = 3,41$ ;  $s = 0,66$ ), najmanj pa v skupini 20 do 30 let starosti ( $\bar{x} = 2,90$ ;  $s = 0,88$ ):

- *Pripadniki/ce zdravstvene nege imajo interes spodbujati napredek stroke; statistično značilen vpliv ima starost ( $F = 8,36$ ;  $p = 0,000$ ).*

V povprečju se v zdravstveni negi najbolj zavedajo lastnih kompetenc v skupini, ki se je v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležila 5- in večkrat ( $\bar{x} = 2,36$ ;  $s = 0,90$ ), najmanj pa v skupini, ki se v letu 2007 ni nikoli udeležila procesov izobraževanja in učenja ( $\bar{x} = 2,79$ ;  $s = 0,85$ ):

- *V zdravstveni negi se zavedamo lastnih kompetenc; statistično značilen vpliv ima aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 5,99$ ;  $p = 0,001$ ).*

*H<sub>2</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo avtonomijo zdravstvene nege glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procese izobraževanja in učenja.*

Hipotezo lahko potrdimo. Na ravni indeksa strokovne avtonomije zdravstvene nege smo s F – testom identificirali posamezne vplive, ki so se izkazali kot statistično značilni.

*Na indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege imata statistično značilen vpliv raven zdravstvenega varstva ( $F = 5,73$ ;  $p = 0,003$ ) in delovno mesto v organizaciji ( $F = 4,35$ ;  $p = 0,002$ ).*

V povprečju na indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege najmočneje vplivajo tisti, ki so zaposleni na primarni ravni zdravstvenega varstva ( $\bar{x} = 2,68$ ;  $s = 0,40$ ), na delovnem

mestu vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) ( $\bar{x} = 2,84$ ;  $s = 0,31$ ).

Na ravni indeksa strokovne avtonomije v zdravstveni negi smo s F-testom identificirali njegove sestavine, ki so se izkazale tudi za statistično značilne.

V povprečju več samostojnih odločitev sprejemajo v skupini od 41 do 50 let starosti ( $\bar{x} = 3,16$ ;  $s = 0,81$ ), na primarni ravni ( $\bar{x} = 3,26$ ;  $s = 0,76$ ), na delovnem mestu/funkciji vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) ( $\bar{x} = 3,50$ ;  $s = 0,55$ ) in tisti, ki so se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat ( $\bar{x} = 3,24$ ;  $s = 0,78$ ). V povprečju manj samostojnih odločitev sprejemajo v skupini 20 do 30 let starosti ( $\bar{x} = 2,82$ ;  $s = 0,81$ ), na terciarni ravni ( $\bar{x} = 2,94$ ;  $s = 0,82$ ), na delovnem mestu/funkciji izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku ( $\bar{x} = 2,94$ ;  $s = 0,91$ ) in tisti, ki se v letu 2007 niso nikoli udeležili procesov izobraževanja in učenja ( $\bar{x} = 2,59$ ;  $s = 1,04$ ):

- *Pri svojem delu sprejemam samostojne odločitve – statistično značilen vpliv imajo starost ( $F = 4,54$ ;  $p = 0,004$ ), raven zdravstvene organizacije ( $F = 10,09$ ;  $p = 0,000$ ), delovno mesto/funkcija v organizaciji ( $F = 4,41$ ;  $p = 0,002$ ) in udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 5,76$ ;  $p = 0,001$ ).*

V povprečju je največ odločitev, ki niso pod vplivom kritik kolegov(-ic), v skupini od 11 do 15 let delovne dobe ( $\bar{x} = 3,10$ ;  $s = 0,82$ ), na delovnem mestu/funkciji vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja enega oddelka) ( $\bar{x} = 2,81$ ;  $s = 0,85$ ). V povprečju je več odločitev, ki so pod vplivom kritik kolegov(-ic), v skupini od 0 do 5 let delovne dobe ( $\bar{x} = 2,28$ ;  $s = 0,87$ ) na delovnem mestu/funkciji (izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku ( $\bar{x} = 2,48$ ;  $s = 0,90$ ):

- *Moje odločitve niso pod vplivom kritik kolegov(-ic) – statistično pomemben vpliv imata število let delovne dobe ( $F = 3,80$ ;  $p = 0,002$ ) in delovno mesto/funkcija v organizaciji ( $F = 4,88$ ;  $p = 0,001$ ).*

V povprečju je največ priložnosti za presojo dela kolegov in kolegic v skupini na sekundarni ravni ( $\bar{x} = 2,74$ ;  $s = 1,03$ ), delovnem mestu/funkciji vodja vseh kliničnih/oddelčnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) ( $\bar{x} = 3,67$ ;  $s = 0,52$ ) in pri tistih, ki so se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat ( $\bar{x} = 2,89$ ;  $s = 0,97$ ) in so se istega leta tudi aktivno udeležili od 3- do 4-krat ( $\bar{x} = 3,07$ ;  $s = 0,73$ ). V povprečju je najmanj priložnosti za presojo o delu kolegov in kolegic v skupini na primarni ravni ( $\bar{x} = 2,34$ ;  $s = 0,98$ ), delovnem mestu/funkciji izvajalec(-ka) zdravstvene nege na oddelku ( $\bar{x} = 2,28$ ;  $s = 0,93$ ) in pri tistih, ki se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja niti pasivno ( $\bar{x} = 2,24$ ;  $s = 1,01$ ) in niti aktivno niso udeležili ( $\bar{x} = 2,41$ ;  $s = 0,96$ ):

- *Imam priložnost presojati o delu kolegov in kolegic – statistično pomemben vpliv imajo raven zdravstvene organizacije ( $F = 7,73$ ;  $p = 0,000$ ), delovno mesto/funkcija v organizaciji ( $F = 19,70$ ;  $p = 0,000$ ), udeležba v procesu izobraževanja in učenja,*
- *( $F = 7,96$ ;  $p = 0,000$ ) in aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 6,78$ ;  $p = 0,000$ ).*

*H<sub>3</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procese izobraževanja in učenja.*

Hipoteze ne moremo potrditi. Na ravni indeksa vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi s F–testom nismo identificirali vplivov, ki bi bili statistično značilni.

Vendar pa smo s F - testom na ravni indeksa vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi identificirali tri (3) (spodaj navedene) sestavine, ki so se izkazale za statistično pomembne. V povprečju se bolj strinjajo ženske ( $\bar{x} = 3,73$ ;  $s = 0,51$ ) kot moški ( $\bar{x} = 3,46$ ;  $s = 0,73$ ), da vseživljenjsko učenje pripomore k razvoju zdravstvene nege:

- *Vseživljenjsko učenje pripomore k razvoju zdravstvene nege, statistično pomemben vpliv ima spol ( $F = 9,19$ ;  $p = 0,003$ ).*

V povprečju vodstvo zdravstvene organizacije najbolj podpira vseživljenjsko učenje v skupini, ki se je v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat ( $\bar{x} = 3,05$ ;  $s = 0,94$ ), najmanj v skupini, ki se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja ni nikoli udeležila ( $\bar{x} = 2,62$ ;  $s = 0,95$ ):

- *Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-na), podpira vseživljenjsko učenje – statistično pomemben vpliv ima udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 4,92$ ;  $p = 0,002$ ).*

V povprečju vodstvo zdravstvene organizacije najbolj vlaga v vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege v skupini na primarni ravni ( $\bar{x} = 2,69$ ;  $s = 0,88$ ), ki se je v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat ( $\bar{x} = 2,66$ ;  $s = 0,87$ ). V povprečju pa vodstvo zdravstvene organizacije najmanj vlaga v vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege v skupini na terciarni ravni ( $\bar{x} = 2,30$ ;  $s = 0,90$ ), ki se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja ni nikoli udeležila ( $\bar{x} = 2,22$ ;  $s = 0,98$ ):

- *Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-na), vlaga v moje vseživljenjsko učenje – statistično pomemben vpliv imata raven zdravstvene organizacije ( $F = 11,36$ ;  $p = 0,000$ ) ter udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 6,20$ ;  $p = 0,000$ ).*

V povprečju je najbolj prisotno strinjanje, da je cilj zdravstvene organizacije tudi vseživljenjsko učenje zaposlenih v skupini, ki se je v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat ( $\bar{x} = 2,87$ ;  $s = 0,91$ ). V povprečju je najmanj prisotno strinjanje v skupini, ki se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja ni nikoli udeležila ( $\bar{x} = 2,46$ ;  $s = 0,93$ ):

- *Cilj zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen(-na), je tudi vseživljenjsko učenje zaposlenih – statistično pomemben vpliv ima udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 5,55$ ;  $p = 0,001$ ).*

V povprečju vseživljenjsko učenje najbolj omogoča nadgradnjo strokovnega znanja v skupini, ki se je v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat ( $\bar{x} = 3,74$ ;  $s = 0,54$ ), najmanj pa v skupini, ki se je v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležila od 1- do 2-krat ( $\bar{x} = 3,50$ ;  $s = 0,68$ ):

- *Vseživljenjsko učenje mi omogoča nadgradnjo strokovnega znanja – statistično pomemben vpliv ima udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 6,43$ ;  $p = 0,000$ ).*

V povprečju vseživljenjsko učenje najbolj pripomore k učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela v skupini, ki se je v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat ( $\bar{x} = 3,55$ ;  $s = 0,64$ ), najmanj pa je pripomoglo v skupini, ki se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja ni nikoli udeležila ( $\bar{x} = 3,16$ ;  $s = 0,80$ ):

- *Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu učinkovitemu prilagajanju spremenjenim pogojem dela – statistično pomemben vpliv ima udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 6,07$ ;  $p = 0,000$ ).*

*H<sub>4</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo znanje v zdravstveni negi glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procese izobraževanja in učenja.*

Hipotezo lahko potrdimo. Na ravni indeksa znanja v zdravstveni negi smo s F – testom identificirali vpliv, ki se je izkazal kot statistično značilen.

*Na indeks znanja v zdravstveni negi ima statistično značilen vpliv starost ( $F = 4,47$ ;  $p = 0,004$ ).*

V splošnem lahko trdimo, da ima na indeks znanja v zdravstveni negi največji vpliv starost 41 do 50 let ( $\bar{x} = 3,60$ ;  $s = 0,42$ ).

Na ravni indeksa znanja v zdravstveni negi smo s F-testom identificirali njegove sestavine, ki so se izkazale tudi za statistično značilne. V povprečju znanje pomeni vir vrednosti v zdravstveni negi, najbolj v skupini 51 in več let starosti ( $\bar{x} = 3,77$ ;  $s = 0,46$ ), na primarni ravni ( $\bar{x} = 3,76$ ;  $s = 0,49$ ), v povprečju pa najmanj v skupini od 20 do 30 let starosti ( $\bar{x} = 3,47$ ;  $s = 0,66$ ), na terciarni ravni ( $\bar{x} = 3,55$ ;  $s = 0,62$ ):

- *Znanje predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi – statistično pomemben vpliv imata starost ( $F = 5,90$ ;  $p = 0,01$ ) in raven zdravstvene organizacije ( $F = 6,94$ ;  $p = 0,001$ ).*

V povprečju znanje pomeni sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati, najbolj v skupini od 41 do 50 let starosti ( $\bar{x} = 3,66$ ;  $s = 0,58$ ), najmanj pa v skupini od 20 do 30 let starosti ( $\bar{x} = 3,40$ ;  $s = 0,64$ ):

- *Znanje je sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati – statistično pomemben vpliv ima starost ( $F = 5,75$ ;  $p = 0,001$ ).*

V povprečju znanje omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu, najbolj v skupini vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda) ( $\bar{x} = 4,00$ ), najmanj pa v skupini timski(-ka) zdravstvenik/medicinska sestra ( $\bar{x} = 3,59$ ;  $s = 0,62$ ):

- *Znanje mi omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu – statistično pomemben vpliv ima delovno mesto/funkcija v organizaciji ( $F = 4,13$ ;  $p = 0,003$ ).*

V povprečju znanje nenehno obnavljajo, dopolnjujejo in nadgrajujejo, najbolj v skupini, ki se je v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat ( $\bar{x} = 3,96$ ;  $s = 0,21$ ), najmanj pa v skupini od 1 do 2-krat ( $\bar{x} = 3,78$ ;  $s = 0,50$ ):

- *Znanje moram nenehno obnavljati, dopolnjevati in nadgrajevati – statistično pomemben vpliv ima udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 5,39$ ;  $p = 0,001$ ).*

V povprečju znanje pomeni dejavnik napredka v zdravstveni negi, najbolj v skupini, ki se je v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležila 5-krat in večkrat ( $\bar{x} = 3,88$ ;  $s = 0,40$ ), najmanj v skupini, ki se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli ( $\bar{x} = 3,70$ ;  $s = 0,57$ ):

- *Znanje je dejavnik napredka v zdravstveni negi – statistično pomemben vpliv ima udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 5,17$ ;  $p = 0,002$ ).*

V povprečju se v kočljivih delovnih situacijah posvetujejo s kolegi(-cami), najbolj v skupini, ki se je v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležila od 3- do 4-krat ( $\bar{x} = 3,83$ ;  $s = 0,41$ ), najmanj pa se posvetujejo v skupini, ki se v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja ni udeležila nikoli ( $\bar{x} = 3,57$ ;  $s = 0,65$ ):

- *V primeru kočljivih delovnih situacij se posvetujem s kolegi(-cami) (pripadniki istega poklica/stroke) – statistično pomemben vpliv ima udeležba v procesu izobraževanja in učenja ( $F = 4,78$ ;  $p = 0,003$ ).*

*H<sub>5</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo moč za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procese izobraževanja in učenja.*

Hipoteze ne moremo potrditi. Na ravni indeksa sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi s F – testom nismo identificirali vplivov, ki bi bili statistično značilni.

Vendar pa smo na ravni indeksa sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi s F - testom identificirali njegove sestavine, ki so se izkazale za statistično značilne. V povprečju profesionalna moč pomeni izključno pravico uporabe znanja o zdravstveni negi, najbolj v skupini na primarni ravni ( $\bar{x} = 3,41$ ;  $s = 0,70$ ), najmanj pa v skupini na sekundarni ravni ( $\bar{x} = 3,13$ ;  $s = 0,87$ ):

- *Profesionalna moč pomeni izključno pravico uporabe znanja o zdravstveni negi, statistično pomemben vpliv ima raven zdravstvene organizacije ( $F = 6,92$ ;  $p = 0,002$ ).*

*H<sub>6</sub>: Praktiki tega področja različno pojmujejo etiko v zdravstveni negi glede na spol, starost, delovno dobo, doseženo stopnjo izobrazbe, raven zdravstvenega varstva, delovno mesto v organizaciji, vključenost in aktivno udeležbo v procese izobraževanja in učenja.*

Hipoteze ne moremo potrditi. Na ravni indeksa etike v zdravstveni negi s F-testom nismo identificirali vplivov, ki bi bili statistično značilni.

Vendar smo na ravni indeksa etike v zdravstveni negi s F-testom identificirali njegove sestavine, ki so se izkazale za statistično značilne. V povprečju je najbolj razširjeno stališče, da je etika ponotranjenje vrednot v zdravstveni negi, in je najbolj prisotno v skupini od 41 do 50 let starosti ( $\bar{x} = 3,38$ ;  $s = 0,71$ ) in z delovno dobo od 16 do 20 let ( $\bar{x} = 3,33$ ;  $s = 0,69$ ). Najmanj pa je to stališče prisotno v skupini od 20 do 30 let starosti ( $\bar{x} = 3,12$ ;  $s = 0,73$ ), z delovno dobo od 11 do 15 let ( $\bar{x} = 3,01$ ;  $s = 0,75$ ):

- *Etika je ponotranjenje vrednot v zdravstveni negi – statistično pomemben vpliv imata starost ( $F = 5,04$ ;  $p = 0,002$ ) in število let delovne dobe ( $F = 3,65$ ;  $p = 0,003$ ).*

*H<sub>7</sub>: Vlaganje krovnega menedžmenta zdravstvenih organizacij v vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege prispeva k profesionalizaciji zdravstvene nege.*

Hipotezo lahko potrdimo. Na ravni posameznih trditev smo z F – testom identificirali spremenljivke, ki so se v indeksu profesionalizacije zdravstvene nege (upoštevali smo samo tiste spremenljivke, ki so bile ocenjene kot »popolnoma se strinjam«) izkazale za statistično značilne:

- redno branje strokovne revije s področja zdravstvene nege ( $F = 15,60$ ;  $p = 0,000$ ;  $\bar{x} = 3,23$ ;  $s = 0,75$ ),
- zavedanje lastnih kompetenc v zdravstveni negi ( $F = 13,30$ ;  $p = 0,000$ ;  $\bar{x} = 2,97$ ;  $s = 0,86$ ),
- popolnoma se strinjajo, da bi ostala v poklicu večina pripadnikov zdravstvene nege, četudi bi se znižali osebni dohodki ( $F = 6,47$ ;  $p = 0,000$ ;  $\bar{x} = 2,25$ ;  $s = 0,98$ ),
- pri lastnem delu so strokovnjak(-inje) ( $F = 5,67$ ;  $p = 0,001$ ;  $\bar{x} = 3,64$ ;  $s = 0,56$ ),
- pripadniki(-ce) zdravstvene nege imajo interes spodbujati napredek stroke ( $F = 6,89$ ;  $p = 0,000$ ;  $\bar{x} = 3,37$ ;  $s = 0,72$ ).



*H<sub>8</sub>: V zdravstvenih organizacijah pomeni vsota specifičnega človekovega kapitala zaposlenih osnovni potencial za intelektualni kapital zdravstvenih organizacij. V procesu vseživljenjskega učenja se s t. i. procesom konverzije (pretvorbe) osnovni potencial preoblikuje v aktivni potencial – vsota vsega novega in nadgrajenega znanja (Coleman 1971, 1990) za intelektualni kapital zdravstvenih organizacij.*

Hipoteze H<sub>8</sub> z uporabljenim instrumentom nismo mogli dokazati. Za dokazovanje te hipoteze bi morali v obstoječi instrument vnesti še lestvice, ki bi na podlagi matematičnega teoretičnega modela omogočale izračun osnovnega in v nadaljevanju še aktivnega potenciala zaposlenega. Zaradi obsežnosti anketnega vprašalnika smo slednje pustili za prihodnja raziskovanja na področju specifičnega človekovega kapitala.

*H<sub>9</sub>: Na ravni zdravstvene organizacije obstaja pozitivna povezanost med vseživljenjskim učenjem praktikov zdravstvene nege (formalno, neformalno in priložnostno učenje/izobraževanje, aktivna in pasivna udeležba na seminarjih, kongresih, internih izobraževanjih, učnih delavnicah, konferencah, tečajih, strokovnih srečanjih) in pretvorbo osnovnega potenciala znanja v aktivni potencial (motivacijo na delovnem mestu, prilagajanje na spremenjene pogoje dela, izboljšano izvedbo strokovnega dela, nadgradnjo znanja s področja zdravstvene nege, prilagodljivost na delovnem mestu in večjo inovativnost na delovnem mestu).*

Hipotezo lahko potrdimo. Na ravni posameznih trditev smo z F – testom identificirali spremenljivke, ki so se izkazale za statistično značilne (upoštevali smo samo tiste spremenljivke, ki so bile ocenjene z 9 – največ pripomogla).

Spremenljivke:

Interna izobraževanja, ki pripomorejo k pridobivanju in nadgradnji znanja, statistično značilno vplivajo na:

- vseživljenjsko učenje mi omogoča večjo motivacijo na delovnem mestu (F = 2,89; p = 0,004),

- vseživljenjsko učenje pripomore k učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela ( $F = 2,87$ ;  $p = 0,004$ ).

Interna izobraževanja, ki pripomorejo k pridobivanju in nadgradnji znanja, v povprečju omogočajo večjo motivacijo na delovnem mestu ( $\bar{x} = 3,42$ ;  $s = 0,68$ ) in pripomorejo k učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela ( $\bar{x} = 3,54$ ;  $s = 0,69$ ).

Učne delavnice, ki pripomorejo k pridobivanju in nadgradnji znanja, statistično značilno vplivajo na:

- vseživljenjsko učenje mi omogoča nadgradnjo strokovnega znanja ( $F = 3,41$ ;  $p = 0,001$ ).

V povprečju učne delavnice, ki pripomorejo k pridobivanju in nadgradnji znanja, omogočajo nadgradnjo strokovnega znanja ( $\bar{x} = 3,54$ ;  $s = 0,69$ ).

Seminarji (Slovenija), ki pripomorejo k pridobivanju in nadgradnji znanja, statistično značilno vplivajo na:

- vseživljenjsko učenje pripomore k izboljšani izvedbi mojega strokovnega dela ( $F = 3,00$ ;  $p = 0,003$ ).

V povprečju seminarji (Slovenija), ki pripomorejo k pridobivanju in nadgradnji znanja, pripomorejo k izboljšani izvedbi lastnega strokovnega dela ( $\bar{x} = 3,86$ ;  $s = 0,42$ ).

*H<sub>10</sub>: Nadgradnja specifičnega človekovega kapitala omogoča vpeljavo novega člana v organizacijsko shemo, tj. t. i. kapitala znanja, sestavljenega iz kompetenc (znanja, veščine, spretnosti).*

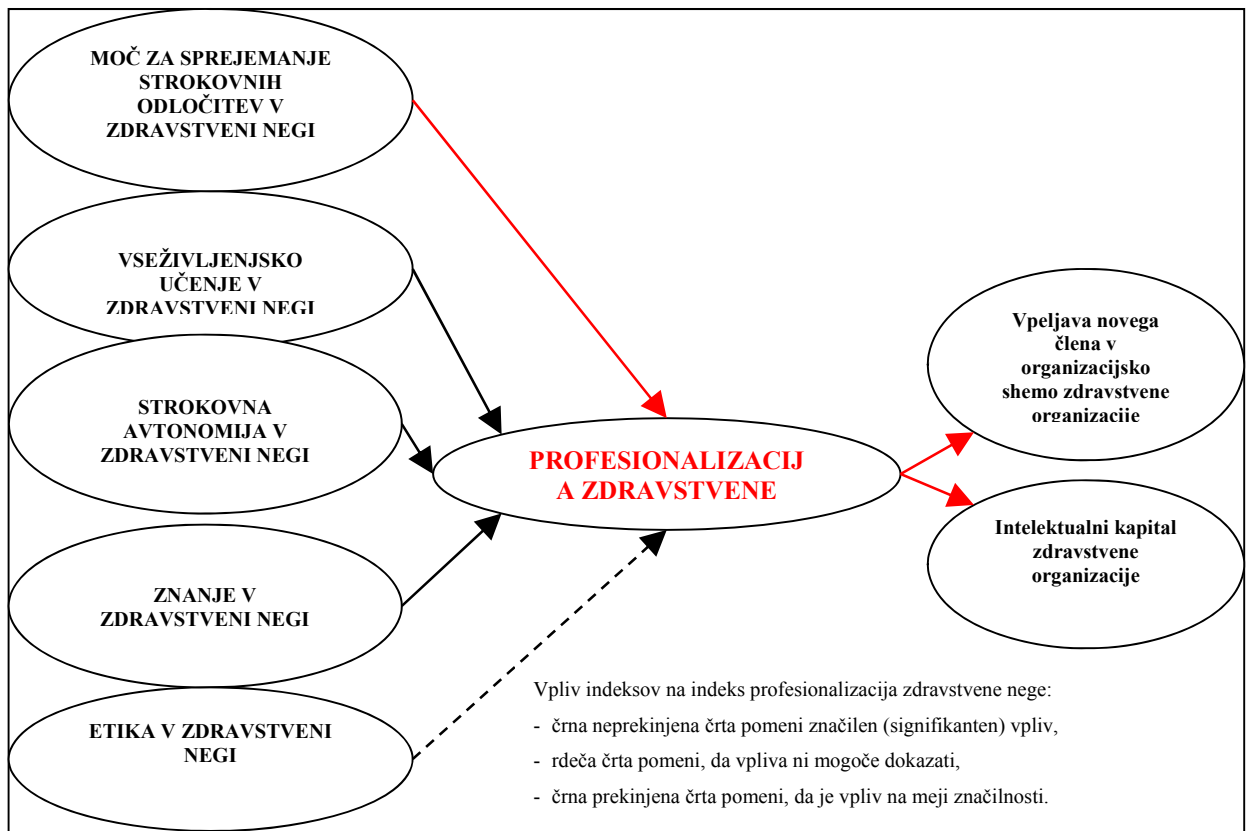
Hipoteze ne moremo potrditi. Kvalitativna analiza je pokazala, da s stališča krovnega menedžmenta zdravstvene organizacije vloga znanja izvajalcev zdravstvene nege ni jasno definirana. S stališča profesionalnega menedžmenta pa je vloga znanja v pridobivanju strokovnosti na svojem področju, podajanju tega svojim kolegom(-icam) in potrjevanju posameznika. Ugotovitve kvalitativne analize le delno nakazujejo vlogo kapitala znanja v zdravstveni organizaciji. Kvalitativna analiza krovnega in profesionalnega menedžmenta je

bila izvedena na relativno majhnem vzorcu. Omejitve so bile predvsem zaradi prezasedenosti, odsotnosti in nezainteresiranosti predstavnikov krovnega in profesionalnega menedžmenta.

## **18.2 Verifikacija vplivov na profesionalizacijo zdravstvene nege (regresija) in učinkov**

Na podlagi empiričnega testiranja regresijskega modela vpliva na profesionalizacijo zdravstvene nege (Slika 18.1) smo v slovenskem prostoru identificirali štiri elemente profesionalizacije. To so vseživljenjsko učenje, strokovna avtonomija, znanje in na meji statistične značilnosti še etika v zdravstveni negi. Največji vpliv na profesionalizacijo zdravstvene nege so imeli praktiki zdravstvene nege na primarni ravni, starosti od 41 in več let, z delovno dobo nad 26 in z delovnim mestom vodje vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti. V nadaljevanju smo teoretično predpostavljali, da profesionalizacija zdravstvene nege vpliva na vpeljavo novega člana v organizacijsko shemo in na intelektualni kapital zdravstvene organizacije. Teze nismo dokazali.

Slika 18.1: Regresijski model vzročnosti profesionalizacije zdravstvene nege



Vir: Starc 2011ž.

## **IV ZAKLJUČNI DEL – SINTEZA UGOTOVITEV IN SKLEPNI PREMISLEK**

### **19 Sinteza ugotovitev o elementih profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji**

V vzorcu je na vseh ravneh zdravstvenega varstva sodeloval večji delež žensk s povprečno starostjo od 41 do 50 let in delovno dobo nad 26 let, z visokostrokovno izobrazbo ter na delovnem mestu/funkciji timska medicinska sestra/zdravstvenik. V povprečju so se anketiranci v letu 2007 procesov izobraževanja in učenja udeležili tako aktivno kot tudi pasivno od 1- do 2-krat. Praktikom zdravstvene nege so različne oblike izobraževanja in učenja pripomogle k pridobivanju in nadgradnji znanja. Predvsem je treba izpostaviti najboljše ocenjene, in sicer učne delavnice, interna izobraževanja in strokovna srečanja. Večina je pritrdila, da pridobitev novega znanja pomeni pridobitev tudi za njihovo zdravstveno organizacijo. Večina jih je tudi naklonjenih konceptu profesionalizacije, strokovne avtonomije in vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi.

V nadaljevanju bomo sintezo ugotovitev navezali na posamezne koncepte raziskovalnega modela. Sinteza sklepnih ugotovitev se bo uporabila za verifikacijo temeljne doktorske teze in oblikovanje odgovorov na raziskovalna vprašanja.

#### **19.1 Koncept profesionalizacije v zdravstveni negi**

Koncept profesionalizacije zdravstvene nege opredeljujejo temeljne značilnosti, in sicer znanje, moč in etika (Abbott 1988). V zdravstveni negi naj bi bile omenjene značilnosti osnova za pridobivanje profesionalnega položaja, ugleda in moči ter pridobivanje profesionalnega nadzora. Nadalje jo opredeljujemo tudi kot proces sprejemanja kompleksnih odločitev, ki zagotavljajo tekmovanje in spodbujajo sodelovanje ter hkrati zagotavljajo poklicni nadzor nad trgom in delovnimi organizacijami (Durkheim 1992;

Turner 1995; Dingwall 2004; Freidson 1994, 2001), nenazadnje pa tudi kot politični proces, v katerem si člani profesionalne skupine prizadevajo za nadzor nad lastnimi storitvami in posledično samoregulacijo (Parkin 1995). V navedeni koncept uvrščamo: a) praktilike zdravstvene nege, ki na podlagi znanja o zdravstveni negi sprejemajo samostojne odločitve, in b) zdravstvene organizacije, v katerih je profesija (zdravstvena nega) koncipirana kot zaloga znanja.

Konceptu profesionalizacije zdravstvene nege dajejo velik pomen izkušeni praktiki zdravstvene nege, stari nad 51 let ter z delovno dobo 26 let in več, zaposleni so na primarni ravni zdravstvenega varstva; v zadnjem letu so se procesov izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat ter prebirajo več strokovnih revij s področja zdravstvene nege; pritrujejo, da pridobitev novega znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo, in se strinjajo, da so pri lastnem delu strokovnjaki.

V prvo skupino spadajo opažanja, da so anketirancem za profesionalizacijo zdravstvene nege pomembni moč za sprejemanje strokovnih odločitev, etične vrline, znanje s področja zdravstvene nege in vseživljenjsko učenje. Predvsem znanje, ki praktikom zdravstvene nege omogoča večjo prilagodljivost in inovativnost na delovnem mestu, prispeva k osamosvajanju, je vir napredka, je vir vrednosti v zdravstveni negi ter pomeni sposobnost definirati situacijo ter se na podlagi tega tudi ravnati.

Na podlagi linearne regresije raziskovalnega modela lahko sklepamo, da obstajajo v Sloveniji štirje elementi profesionalizacije zdravstvene nege, in sicer znanje, vseživljenjsko učenje, strokovna avtonomija in etika v zdravstveni negi.

Na podlagi kvalitativne analize odprtih odgovorov v anketnem vprašalniku smo ugotovili, da praktiki zdravstvene nege v Sloveniji koncept profesionalizacije zdravstvene nege pojmujejo kot je opredeljeno v nadaljevanju:

*Samostojnost zdravstvene nege je mogoče opredeliti z znanjem, izobrazbo, izobraževanjem, kompetencami in vseživljenjskim učenjem na področju zdravstvene nege. Na podlagi*

*zakonske opredelitve pomeni tudi pridobitev monopola nad dejavnostjo za pridobivanje nadzorne funkcije.*

*Profesionalec zdravstvene nege je strokovnjak, ki si je na podlagi izobrazbe, izobraževanja, vseživljenjskega učenja, samostojnosti, kompetenc in zakonske ureditve pridobil etična načela ter odgovornosti za samostojno in odgovorno izvajanje zdravstvene nege. Je enakovreden član v zdravstvenem timu ter enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja. Profesionalec zdravstvene nege samostojno deluje in odloča v zdravstvenem timu ter samostojno izvaja postopke zdravstvene nege in uresničuje samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih.*

V drugo dimenzijo uvrščamo zdravstvene organizacije, v katerih je profesija (zdravstvena nega) koncipirana kot zaloga znanja. Kvalitativna analiza strukturiranega intervjuja je pokazala, da v zdravstvenih organizacijah profesionalizacija zdravstvene nege ni jasno definirana. Profesionalizacija zdravstvene nege je odvisna od razpoložljivosti finančnih sredstev.

*Na podlagi opravljene kvantitativne in kvalitativne analize lahko sklepamo, da so pri strokovnjakih zdravstvene nege prisotne vse tri temeljne značilnosti profesionalizacije (Abbott 1988): znanje, moč in etika.*

Sklop trditev anketnega vprašalnika (Profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege) so sestavljale tudi negativne trditve (glej anketni vprašalnik in Preglednico 19.1). Zanimive so ugotovitve, da je v povprečju 27,6 % vseh anketirancev izpostavilo zaskrbljenost nad neraziskanostjo koristnosti zdravstvene nege, ki jo ta daje družbi, o pomanjkanju priložnosti uresničevanja lastne presoje, težkem ohranjanju navdušenja nad zdravstveno nego zaradi njene nizke samostojnosti in o nezaupanju v lastno delo. Izpostavljamo, da se 45,2 % vseh anketirancev strinja o neraziskanosti koristi, ki jo zdravstvena nega daje družbi. O tej neraziskanosti soglašajo praktiki na primarni (49 %), terciarni (45,1 %) in sekundarni ravni (40,7 %). Izrazili so tudi zaskrbljenost, da pri lastnem delu nimajo dovolj priložnosti za uresničevanje lastne presoje (16,6 %): na primarni 20,1 %, terciarni 15,8 % in

sekundarni ravni 13,8 %. Prav tako nekateri tudi težko ohranjajo navdušenje nad zdravstveno nego zaradi njene nizke samostojnosti (20,9%): na terciarni 23,2 %, sekundarni 22,1 % in primarni ravni zdravstvenega varstva 17 %. Le praktiki zdravstvene nege na terciarni ravni soglašajo, da večina pripadnikov(-ic) zdravstvene nege ne verjame v lastno delo (14,4 %).

Preglednica 19.1: Negativne trditve sklopa profesionalizacije in avtonomije zdravstvene nege v % (n = 632)

Trditve	Primarna raven		Sekundarna raven		Terciarna raven		Skupaj		n	
	Popolnoma se strinjam	Popolnoma se ne strinjam	Popolnoma se strinjam	Popolnoma se ne strinjam	Popolnoma se strinjam	Popolnoma se ne strinjam	Popolnoma se strinjam	Popolnoma se ne strinjam	Popolnoma se strinjam	Popolnoma se ne strinjam
Korist, ki jo zdravstvena nega daje družbi, ni povsem raziskana	49	3,6	40,7	4,8	45,1	6,3	45,2	5,1	286	32
Drugi poklici so za družbo pomembnejši, kot je zdravstvena nega	22,2	37,6	23,4	34,5	31	33,5	26,5	34,9	168	221
Eden od problemov zdravstvene nege je ta, da nihče od kolegov(-ic) ne ve, kaj kdo dela	16,5	24,7	13,1	22,8	15,5	17,3	15	21	95	133
Zdravstvena nega predstavlja konkurenco medicini	9,8	42,8	12,4	40	15,5	43,7	12,8	42,5	81	269
Pri svojem delu nimam dovolj priložnosti uresničevati lastne presoje	20,1	10,8	13,8	6,9	15,8	4,9	16,6	7,3	105	46
Težko ohranjam svoje navdušenje nad zdravstveno nego zaradi njene nizke samostojnosti	17	12,9	22,1	12,4	23,2	9,5	20,9	11,2	132	71
Večina pripadnikov(-ic) zdravstvene nege ne verjame v lastno delo	8,8	20,6	11,7	15,2	14,4	9,9	12	14,2	76	90

Legenda: siva barva – težišča strinjanja s trditvijo; rdeča barva – težišča ne strinjanja s trditvijo.

Vir: Starc 2011aa.



## 19.2 Koncept znanja v zdravstveni negi

Koncept znanja v zdravstveni negi zahteva hkrati pridobivanje in uveljavitev lastnega in novega temeljnega znanja v zdravstveni negi z vsebinami specifičnega človekovega kapitala (tj. znanstveni in strokovni človekov kapital). V vsakodnevni praksi naj bi bil praktik zdravstvene nege sposoben (a) združevati »teorijo s prakso« in (b) biti tudi raziskovalec, ki uporablja »nove povezave med koncepti«. V ospredju se pojavlja nov pojem, t. i. »nova zdravstvena nega«, ki temelji na opuščanju organizacije na osnovi nalog, vpeljuje večjo vlogo bolnika, sodelovanje med profesijami in deluje na osnovi lastnega raziskovalnega dela (Walby in drugi 1994; Marrs in Lowry 2006; Pahor 2006). V koncept znanja v zdravstveni negi smo uvrstili tri temeljne značilnosti, in sicer znanje, združevanje teorije s prakso in nove povezave med koncepti.

Konceptu znanja v zdravstveni negi dajejo velik pomen praktiki zdravstvene nege, stari od 41 do 50 let, ki so se procesov izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat ter ki pritrjujejo, da pridobitev novega znanja pomeni tudi pridobitev za zdravstveno organizacijo.

V konceptu znanja v zdravstveni negi je treba omeniti še nekatere oblike izobraževanja in učenja, ki so pripomogle k nadgradnji znanja praktikov zdravstvene nege. Analiza je pokazala, da interna izobraževanja v povprečju najbolj pripomorejo k pridobivanju in nadgradnji znanja, omogočajo večjo motivacijo na delovnem mestu in pripomorejo k učinkovitemu prilagajanju spremenjenim pogojem dela. Učne delavnice v povprečju najbolj pripomorejo k pridobivanju in nadgradnji znanja ter omogočajo nadgradnjo strokovnega znanja. Ne nazadnje tudi seminarji v Sloveniji pripomorejo k pridobivanju in nadgradnji znanja ter k izboljšani izvedbi lastnega strokovnega dela.

Koncept znanja pojmuje kot *element profesionalizacije zdravstvene nege*. Praktiki zdravstvene nege sestavine znanja povezujejo s profesionalizacijo zdravstvene nege. To je predvsem znanje, ki omogoča večjo prilagodljivost in inovativnost na delovnem mestu, prispeva k osamosvajanju, je vir napredka, predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi in je

sposobnost definirati situacijo ter se na podlagi tega tudi ravnati. Pojmujejo pa ga tudi kot enega od pogojev, ki pripomorejo k prilagajanju na delovnem mestu. Vloga znanja je pridobivanje strokovnosti na svojem področju, podajanje tega znanja kolegom(-icam) pa pripomore k potrjevanju posameznika. Na drugi strani v zdravstvenih organizacijah vloga znanja praktikov zdravstvene nege ni jasno definirana, kar se kaže tudi v njihovem nezadovoljstvu.

*Sklepamo, da so pri praktikih zdravstvene nege prisotne temeljne značilnosti koncepta znanja v zdravstveni negi, in sicer znanje, ki omogoča večjo prilagodljivost in inovativnost na delovnem mestu, prispeva k osamosvajanju, je vir napredka, predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi, je sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati; ter združevanje teorije s prakso. Statistično značilno nismo dokazali »nove povezave med koncepti«. Koncept znanja v zdravstveni negi poimenujemo kot element profesionalizacije zdravstvene nege.*

### **19.3 Koncept strokovne avtonomije zdravstvene nege**

Profesije lahko dosežejo avtonomijo tudi na različnih segmentih in vidikih dela. Zdravniška profesija in zdravstvena nega nimata enake ravni avtonomije. Za razliko od zdravstvene nege je pri zdravniški profesiji prisotna t. i. ekonomska avtonomija oziroma pravica profesije, da deli svoje nagrade. Druga je politična avtonomija oziroma pravica, da kot legitimni strokovnjaki politično odločajo, in tretja je klinična avtonomija oziroma pravica do postavitve standardov in do kontroliranja klinične prakse (Elston 1991 v Nettleton 1995; Gabe, Bury in Elston 2004). V koncept strokovne avtonomije zdravstvene nege smo vpeljali tri temeljne značilnosti, in sicer ekonomsko, politično in klinično avtonomijo.

Konceptu strokovne avtonomije zdravstvene nege dajejo velik pomen praktiki zdravstvene nege, stari od 41 do 50 let na primarni ravni zdravstvenega varstva s funkcijo vodje vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda), ki so se procesov

izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat. Ti pritrjujejo, da pridobitev novega znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo in sprejemajo več samostojnih odločitev.

Koncept strokovne avtonomije smo poimenovali *element profesionalizacije zdravstvene nege*. Omeniti je treba, da faktorska analiza ni pokazala nobene povezanosti s profesionalizacijo zdravstvene nege.

Koncept strokovne avtonomije v zdravstveni negi praktiki zdravstvene nege v Sloveniji pojmujejo kot avtonomijo zdravstvene nege. Nanaša se na izobraženega praktika zdravstvene nege, ki je samostojen strokovnjak; na podlagi znanja, kompetenc in enakopravnega sodelovanja v zdravstvenem timu ugotavlja bolnikove potrebe ter je na podlagi etičnih načel odgovoren za lastne storitve.

Kvalitativna analiza strukturiranega intervjuja je pokazala, da v zdravstvenih organizacijah avtonomija zdravstvene nege ni jasno definirana. Predvsem je avtonomija zdravstvene nege odvisna od kompetentnosti in razpoložljivosti finančnih sredstev.

*Sklepamo, da je pri praktikih zdravstvene nege kot temeljna značilnost koncepta strokovne avtonomije zdravstvene nege prisotna le klinična avtonomija. Koncept strokovne avtonomije v zdravstveni negi poimenujemo kot element profesionalizacije zdravstvene nege.*

#### **19.4 Koncept vseživljenjskega učenja**

Eden dejavnikov uspešnega pridobivanja in razvijanja človekovega kapitala je vključenost praktikov zdravstvene nege v vseživljenjsko učenje. Vseživljenjsko učenje je treba razumeti v kontekstu doseganja ciljev za posameznika in organizacije. To pomeni, da je ob aktivni podpori krovnega menedžmenta zdravstvene organizacije vseživljenjsko učenje

članov profesionalnega menedžmenta in praktikov zdravstvene nege usmerjeno k doseganju večje učinkovitosti zdravstvene oskrbe ter k zagotavljanju optimalnih pogojev za zdravje (Strategija razvoja Slovenije 2005).

Vseživljenjsko učenje je tudi eden dejavnikov, ki je pripomogel k predpostavki »nove profesionalizacije zdravstvene nege«. Omenjena predpostavka vključuje večjo avtonomijo profesije, zasnovano na teoretičnem znanju, celostnem pristopu in spodbujanju bolnika v procesu zdravljenja. V okviru vseživljenjskega učenja sta omenjeni dve dimenziji. Na eni strani je to praktik zdravstvene nege, ki mu vseživljenjsko učenje omogoča pridobivanje novega znanja (podobnega menja sta tudi Altschul (1982) in Jarvis (1987), ki pravita, da mora študij zdravstvene nege profesionalca pripraviti na vseživljenjsko učenje, ki omogoča učinkovito pridobivanje novega znanja), na drugi strani pa je zdravstvena organizacija, ki ji vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege pripomore k rasti in razvoju.

V koncept vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi smo vpeljali štiri temeljne značilnosti, in sicer:

- vključenost praktikov zdravstvene nege v vseživljenjsko učenje,
- doseganje ciljev za posameznika in organizacije,
- doseganje večje učinkovitosti zdravstvene oskrbe, in
- zagotavljanje optimalnih pogojev za zdravje.

Praktiki zdravstvene nege, ki so se procesov izobraževanja in učenja udeležili 5-krat in večkrat in ki pritrjujejo, da pridobitev novega znanja pomeni pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo, dajejo velik pomen konceptu vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi.

Koncept vseživljenjskega učenja smo poimenovali *element profesionalizacije zdravstvene nege*. Faktorska analiza je tudi pokazala, da praktiki zdravstvene nege vsebine vseživljenjskega učenja povezujejo s strokovno avtonomijo, znanjem v zdravstveni negi in z močjo sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi. Slednja je konceptu vseživljenjskega učenja tudi dala pomembno vlogo kot element profesionalizacije zdravstvene nege.

V zdravstvenih organizacijah praktiki zdravstvene nege uresničujejo vseživljenjsko učenje, vendar je zaradi postavljenih finančnih omejitev vlaganje v vseživljenjsko učenje oteženo.

*Sklepamo, da praktiki zdravstvene nege povezujejo vseživljenjsko učenje s strokovno avtonomijo, znanjem v zdravstveni negi in z močjo sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi. Vseživljenjsko učenje je usmerjeno k doseganju večje učinkovitosti zdravstvene oskrbe ter k zagotavljanju optimalnih pogojev za zdravje, vseživljenjsko učenje pa omogoča pridobivanje novega znanja. Koncept vseživljenjskega učenja poimenujemo element profesionalizacije zdravstvene nege.*

### **19.5 Koncept moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi**

Eden od virov moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi je profesionalna moč. Na splošno velja, da profesionalna moč omogoča oblikovanje temeljev za formalno organiziranost in nadzor oziroma legalno pravico za preverjanje vstopnih pogojev, izobraževanja in izpopolnjevanja lastnih članov ter izdajanje licenc. Profesionalna moč je pridobivanje moči s političnim konsenzom in je na podlagi slednjega tudi družbeno podeljena za uresničitev služenja družbenim interesom (Johnson 1980 v Coburn in Willis 2003).

Profesionalna moč je tudi lastnost, ki bi zdravstveni negi pripomogla pri uveljavitvi avtonomije ali sposobnosti samoregulacije ter nadzora nad delitvijo dela. Profesionalno moč praktikov zdravstvene nege sestavljata dve dimenziji. Prva je povezana s posameznikom oziroma profesionalno skupino, druga z določenimi družbenimi vlogami.

Linearna regresija ni pokazala značilnega pozitivnega vpliva na profesionalizacijo zdravstvene nege. Na podlagi tega koncepta moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi *ne moremo poimenovati kot element profesionalizacije zdravstvene nege.*

Faktorska analiza je pokazala, da praktiki zdravstvene nege to vsebino povezujejo z etiko zdravstvene nege (podrobnosti v razdelku 19.6).

*Na podlagi empirične analize nismo ugotovili povezanosti koncepta moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi. Koncepta moči za sprejemanje strokovnih odločitev ne moremo poimenovati element profesionalizacije zdravstvene nege.*

### **19.6 Koncept etike v zdravstveni negi**

Koncept etike v zdravstveni negi opredeljuje etični vidik v razmerju med profesionalcem in uporabnikom. Ključna predpostavka uspešne profesionalizacije je profesionalna strategija, ki z izobraževalnim sistemom (znanjem) omogoča obnavljanje profesij, dostop do specialnega znanja in izvajanje lastnega dela/storitev (moč in etika). V zadnjih dveh teoretičnih trditvah (dostop do specialnega znanja in izvajanje lastnega dela/storitev) lahko srečamo preplet dveh avtonomnih temeljev, in sicer moči in etike.

Linearna regresija je pokazala mejni pozitivni značilni vpliv na profesionalizacijo zdravstvene nege. Na podlagi tega smo koncept etike v zdravstveni negi poimenovali *mejni značilni element profesionalizacije zdravstvene nege*. Faktorska analiza je ugotovila, da praktiki zdravstvene nege vsebine moči za sprejemanja odločitev v zdravstveni negi povezujejo z etiko v zdravstveni negi. Predvsem gre za moč, ki pomeni samostojno izvajanje zdravstvene nege delovati kot profesionalec in temelji na profesionalnem znanju. *Sklepamo, da praktiki zdravstvene nege vsebine moči sprejemanja strokovnih odločitev povezujejo s konceptom etike v zdravstveni negi. Na podlagi linearne regresije lahko koncept etike v zdravstveni negi poimenujemo kot mejni značilni element profesionalizacije zdravstvene nege.*

## **20 Ključne ugotovitve in sklepni razmislek**

### **20.1 Verifikacija temeljne doktorske teze in raziskovalnih vprašanj**

Postopek verifikacije doktorske teze je razdeljen v tri vsebinske sklope.

#### **I. sklop: Profesionalizacija zdravstvene nege**

Koncept profesionalizacije združuje značilnosti, kot so znanje, moč, etične vsebine in delovne izkušnje, pridobljene s terciarnim izobraževanjem (Durkheim 1992; Turner 1995, 137–138; Dingwall 2004; Freidson 1994; 2001). V navedeni koncept uvrščamo dve dimenziji, na eni strani znanje posameznikov in na drugi znanje v zdravstveni organizaciji. V prvi dimenziji praktiki zdravstvene nege sprejemajo samostojne odločitve, ki temeljijo na znanju o zdravstveni negi. Pod pojem »učinkovito delovanje praktikov zdravstvene nege« smo uvrstili trditve iz posameznih sestavin raziskovalnega modela, ki se navezujejo na opravljanje dela s področja zdravstvene nege. Navedene trditve so sestavni del sestavine strokovne avtonomije zdravstvene nege: »pri svojem delu sprejemam samostojne odločitve«, sestavine vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi »vseživljenjsko učenje pripomore k izboljšani izvedbi mojega strokovnega dela«, »vseživljenjsko učenje mi omogoča večjo motivacijo na delovnem mestu«, »vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela«, »vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu učinkovitemu sprejemanju nove tehnologije« in sestavine znanja v zdravstveni negi »znanje mi omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu«. Na podlagi opravljene analize linearne regresije indeksov lahko potrdimo, da so sestavine strokovne avtonomije, vseživljenjskega učenja in znanja v zdravstveni negi pri majhni stopnji tveganja potrdile statistično značilen pozitiven vpliv na sestavino profesionalizacije zdravstvene nege. V drugo dimenzijo so uvrščene zdravstvene organizacije, v katerih je profesija (zdravstvena nega) koncipirana kot zaloga znanja. Iz tega lahko sklepamo, da je učinkovito delovanje praktikov zdravstvene nege povezano s profesionalizacijo.

## **II. sklop: Izobraževanje in učenje v zdravstveni negi**

Praktiki zdravstvene nege uporabljajo različne oblike izobraževanja in učenja, ki omogočajo nadgradnjo lastnega znanja. Iz statistične analize smo povzeli nekatere rezultate, na podlagi katerih lahko sklepamo, da pri njih obstaja nadgradnja znanja. Na splošno praktiki zdravstvene nege lastno znanje nadgrajujejo s pasivno in/ali aktivno udeležbo v procesu izobraževanja in učenja ter z rednim branjem strokovnih revij s področja zdravstvene nege. Nadgradnjo znanja povezujejo z vseživljenjskim učenjem in z znanjem na splošno. Strinjajo se, da jim vseživljenjsko učenje omogoča nadgradnjo strokovnega znanja in da znanje pomeni vir napredka v zdravstveni negi. S stališča praktika zdravstvene nege pridobljeno in nadgrajeno znanje (tj. znanstveni in strokovni človekov kapital) o zdravstveni negi omogoča sprejemanje samostojnih odločitev, s stališča zdravstvene organizacije pa je zdravstvena nega kot profesija koncipirana kot zaloga znanja (Walby in drugi 1994; Pahor 2006). Iz tega lahko sklepamo, da profesionalizacija zdravstvene nege pomeni tudi nadgradnjo človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege.

## **III. sklop: Organizacija zdravstvenega dela**

V povezavi s podporno vlogo krovnega menedžmenta zdravstvene organizacije pri omogočanju vseživljenjskega učenja se je večina anketirancev strinjala, da pomeni pridobitev novega znanja tudi pridobitev za njihovo zdravstveno organizacijo. V nadaljevanju smo na podlagi kvantitativne in kvalitativne analize v zdravstvenih organizacijah ugotovili vpliv dveh dejavnikov na omogočanje in uresničevanje vseživljenjskega učenja. Na eni strani se praktiki zdravstvene nege na splošno strinjajo, da pridobitev novega znanja predstavlja pridobitev tudi za njihovo zdravstveno organizacijo, in vseživljenjsko učenje tudi uresničujejo. Na drugi strani je vlaganje v vseživljenjsko učenje oteženo zaradi postavljenih finančnih omejitev s strani krovnega menedžmenta zdravstvene organizacije. Iz tega lahko sklepamo, da je podpora krovnega menedžmenta za vseživljenjsko učenje vselej prisotna, vendar je zaradi finančnih omejitev vlaganje omejeno.



*Na podlagi treh sklopov analize rezultatov lahko sklepamo, da je doktorska teza potrjena in da je učinkovito delovanje praktikov zdravstvene nege povezano s profesionalizacijo. Profesionalizacija zdravstvene nege predpostavlja nadgradnjo človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege in podporno vlogo krovnega menedžmenta zdravstvene organizacije pri omogočanju vseživljenjskega učenja.*

Doktorska teza je skušala odgovoriti tudi na dve raziskovalni vprašanji. Na vprašanje »Ali krovni menedžment zdravstvenih organizacij podpira in vlaga v vseživljenjsko učenje članov profesionalnega menedžmenta in praktikov zdravstvene nege?« smo v zgornjem besedilu že odgovorili, glede drugega raziskovalnega vprašanja »Ali je vseživljenjsko učenje usmerjeno k izvedbi strokovnega dela?« pa nismo ugotovili statistično pomembnih razlik aritmetičnih sredin. Kljub temu na podlagi pritrdilnih odgovorov<sup>50</sup> (dvorazsežnostne preglednice) na vseh zdravstvenih ravneh ugotovimo, da se večina praktikov zdravstvene nege popolnoma strinja (Preglednica 20.1), da vseživljenjsko učenje pripomore k izboljšani izvedbi lastnega strokovnega dela. Iz tega lahko sklepamo, da je za praktike zdravstvene nege vseživljenjsko učenje usmerjeno na izvedbo dela.

Preglednica 20.1: Frekvenčna distribucija strinjanja o prispevku vseživljenjskega učenja k izboljšani izvedbi strokovnega dela

Vseživljenjsko učenje pripomore k izboljšani izvedbi mojega strokovnega dela	Vse zdravstvene ravni		Primarna raven		Sekundarna raven		Terciarna raven	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Deloma se strinjam</b>	14	2,2	3	1,5	2	1,4	9	3,2
<b>Se strinjam</b>	130	20,5	37	19,1	29	20,0	62	21,8
<b>Popolnoma se strinjam</b>	442	69,8	147	75,8	76	52,4	211	74,3
<b>Skupaj</b>	586	92,6	187	96,4	107	73,8	282	99,3
<b>Ni podatka</b>	47	7,4	7	3,6	38	26,2	2	0,7
<b>Skupaj</b>	<b>633</b>	<b>100</b>	<b>194</b>	<b>100</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>284</b>	<b>100</b>

<sup>50</sup> Upoštevali smo samo odgovore »popolnoma se strinjam«.

## **20.2 Predlogi za izboljšave izobraževanja in učenja praktikov zdravstvene nege**

V zdravstvenih organizacijah naj se organizirajo tiste oblike izobraževanja in učenja, ki se uporabljajo za učinkovit prenos in alokacijo (novega) znanja. To so tiste oblike izobraževanja in učenja, ki so jih praktiki zdravstvene nege najboljše ocenili: učne delavnice, interna izobraževanja, seminarji (Slovenija) in strokovna srečanja. Naštete oblike izobraževanja in učenja so razvrščene na podlagi absolutne frekvence pojavljanja.

Kar se s starostjo povečuje udeležba v procesih izobraževanja in učenja, je bila največja udeležba v skupini od 41 do 50 let starosti in z delovno dobo od 21 do 25 let ter najmanjša v skupini od 20 do 30 let in z delovno dobo od 0 do 5 let, bi bilo treba stimulirati in promovirati vseživljenjsko učenje tudi pri mlajših. Smiselno bi bilo predstaviti vse prednosti in pozitivne učinke vseživljenjskega učenja, ki ga ima na osebno in strokovno rast ter razvoj posameznika in posledično tudi na strokovno izvedbo zdravstvene nege.

Na sekundarni ravni zdravstvenega varstva bi bilo smiselno vpeljati namenska proračunska sredstva zdravstvenih organizacij, ki bi bila namenjena plačilu izobraževanja in/ali kotizacij praktikov zdravstvene nege. S prikazom in promocijo procesa izobraževanja in učenja bi bilo treba povečati aktivno udeležbo v procesih izobraževanja in učenja. Z naštetimi oblikami izobraževanja in učenja ter s podporo profesionalnega in krovnega menedžmenta je treba v procesu zdravljenja in okrevanja ozavestiti pomen praktika zdravstvene nege, ki pri svojem delu uporablja znanje o zdravstveni negi.

Na terciarni ravni zdravstvenega varstva bi bilo smiselno promovirati in povečati branje strokovnih revij s področja zdravstvene nege in vlagati v vseživljenjsko učenje.

Pri izvajalcih zdravstvene nege na oddelku bi bilo treba z ustreznimi finančnimi in človeškimi viri promovirati in povečati pasivno in/ali aktivno udeležbo v procesih izobraževanja in učenja ter jih ozavestiti ob možnostih, ki jih imajo praktiki zdravstvene nege, da pri lastnem delu lahko sprejemajo samostojne odločitve.

Podajamo poskusno definicijo zdravstvene nege, ki jo nakazujejo odgovori na podlagi anketnega vprašalnika in jo je treba testirati tudi pri nadaljnjem raziskovanju te problematike:

*Zdravstvena nega je dejavnost izobraženih in samostojnih profesionalcev zdravstvene nege, ki na podlagi strokovnega znanja in kompetenc ugotavljajo bolnikove potrebe in z drugimi strokovnjaki enakovredno sodelujejo v procesu zdravljenja in okrevanja. Profesionalci zdravstvene nege samostojno delujejo in odločajo v zdravstvenem timu ter samostojno izvajajo zdravstveno nego in so na podlagi etičnih načel za svoje delo tudi odgovorni.*

### **20.3 Odprta področja nadaljnega preučevanja človekovega kapitala**

Odprta področja nadaljnega preučevanja človekovega kapitala se nanašajo na človekov kapital praktikov zdravstvene nege v zdravstvenih organizacijah na vseh ravneh zdravstvenega varstva. V zdravstvenih organizacijah je aktivna udeležba praktikov zdravstvene nege v procesu izobraževanja in učenja ter njihovega specialnega znanja, tj. znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala, pomemben dejavnik, ki pripomore k učinkoviti izvedbi zdravstvene nege. Praktike zdravstvene nege na podlagi njihovega znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala konceptualiziramo kot nosilce ter hkrati proizvajalce in delavce znanja (Simon 1991; Civi 2000; Wong in Aspinwall 2004a; Sitar 2006, 57; Starc 2009, 12).

Sposobnost krovnega menedžmenta zdravstvene organizacije determinira posredno tudi razvoj profesij. To pomeni, da naj bi bile zdravstvene organizacije sposobne pridobivati človekov kapital in ga skupaj s praktiki zdravstvene nege tudi ustvarjati.

V zdravstvenih organizacijah mora biti znanje praktikov zdravstvene nege homogeno razporejeno, enakomerno mora krožiti med zaposlenimi, povzročati mora refleksijo in asociacije ter spodbujati zaposlene k razmišljanju in ustvarjanju novih znanj. Na podlagi

tega je pretok informacij učinkovitejši, akumulacija znanja je večja, znanje se bogati, večja je produktivnost in boljša je učinkovitost zdravstvene nege (Bruderl, Preisendorfer in Zeiler 1992; Sitar 2006; Gimeno in drugi 1997).

Iz navedenega bi bilo mogoče v preučevanje človekovega kapitala v več smereh:

- raziskovanje individualnih vlaganj praktikov zdravstvene nege v človekov kapital,
- raziskovanje vlaganj v človekov kapital praktikov zdravstvene nege s strani zdravstvene organizacije,
- raziskovanje teoretične predpostavke avtorjev Nonaka in Takeuchi (1995) o identičnosti enot človekovega kapitala, o njihovi replikaciji, o prehodu v višji stratifikacijski razred in s tem večanju zaloge znanja o zdravstveni negi v zdravstveni organizaciji,
- raziskovanje povezave med večanjem zahtev po obsegu, namenu ter kakovosti zdravstvene nege in večanjem povpraševanja po znanju.

Nadaljnje raziskave preučevanja človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege v zdravstvenih organizacijah je mogoče usmeriti tudi v mednarodne primerjave vlaganj v njihov človekov kapital.

#### **20.4 Sklepne ugotovitve in priporočila za zdravstvene organizacije**

Na podlagi izvedene raziskave so sklepne ugotovitve in priporočila, usmerjena na praktike zdravstvene nege v zdravstvenih organizacijah, naslednja:

- Povečana finančna vlaganja v vseživljenjsko učenje praktikov zdravstvene nege na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva bi pripomogla k večji pasivni in/ali aktivni udeležbi v procesih izobraževanja in učenja.
- Znanje praktikov zdravstvene nege ima za zdravstveno organizacijo vrednost dvojnega kapitala. To pomeni, da pridobivanje znanja s področja zdravstvene nege pripomore k nadgradnji znanstvenega in strokovnega človekovega kapitala, kar

neposredno vpliva na rast in razvoj intelektualnega kapitala zdravstvenih organizacij.

- Zdravstvena organizacija naj bi zadostila pogojem enakomerne porazdelitve znanja in kritične mase. To omogoča, da kritična masa praktikov zdravstvene nege privlači več delavcev znanja s področja zdravstvene nege. V nadaljevanju to pomeni: večji aktivni potencial znanja za večanje intelektualnega kapitala zdravstvene organizacije, ob zmanjševanju stroškov z racionalno uporabo opreme in pripomočkov, pomeni boljšo kakovost zdravstvenih storitev. Za potrebe profesije in organizacije bi to lahko pomenilo večjo akumulacijo znanja za snovanje kratko- oziroma dolgoročnih materialnih, planskih in kadrovskih načrtov. Pomeni učinkovito kratko- oziroma dolgoročno planiranje izobraževanja za potrebe profesije in tudi za potrebe organizacije (Inkpen 1998; Carayannis in Alexander 1999; Drucker 1999; 2000). Letni plan dela zdravstvenih organizacij naj bi vseboval tak kadrovski načrt, ki bi zadostil pogojem povečane potrebe po zdravstveni negi in s tem povečevanju zaposlovanja praktikov zdravstvene nege. Potrebovali bi še finančni načrt, ki bi omogočal tudi praktikom zdravstvene nege enakovredno finančno podporo pri udeležbi v procesu izobraževanja in učenja.
- Zdravstvene organizacije lahko na podlagi organizacijskega znanja (z učenjem drug od drugega) znanje ustvarjajo in izmenjujejo. Na novo pridobljeno znanje pomeni tudi konkurenčno prednost za posameznika in za prilagodljivost zdravstvene organizacije. Smotrno bi bilo razviti: a) organizacijsko okolje za učinkovito pretvorbo znanja s področja zdravstvene nege ter b) enotno metodologijo proučevanja ustvarjanja in izmenjave znanja s področja zdravstvene nege.
- Smotrno bi bilo vpeljati model komunicirajočih profesionalnih timov. Tim bi sestavljali posamezni avtonomni specialisti/profesionalci določenega področja (npr. zdravnik, praktik zdravstvene nege, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik). Na podlagi skupnega dogovarjanja med strokovnjaki bi posameznik in/ali tim po potrebi krožil in bi za določene primere (bolnike) ponujal dodatne storitve, posvete, podrobno preučevanje določenega problema in predloge rešitev. Tako so za (1) bolnika smernice prizadevanja usmerjene v ugodne izide zdravljenja in za (2)

zdravstvene organizacije pa v izogib in/ali zmanjšanje dodatnih/nepričakovanih stroškov morebitnega (dodatnega) zdravljenja.

- V povezavi z nadgradnjo/reformo zdravstvenega sistema do leta 2020 (Ministrstvo za zdravje 2011), ki je posledica spreminjajoče se starostne strukture prebivalstva, spreminjajoče se epidemiologije obravnave kroničnih obolenj, razvoja novih tehnologij, večje ozaveščenosti prebivalstva o možnostih zdravljenja, neustrezne kadrovske politike in pomanjkanja kadrovskih virov ter politike financiranja zdravstvenega sistema, lahko trdimo, da je v sistemu zdravstvenega varstva aktivna vloga praktika zdravstvene nege nepogrešljiva. Na podlagi ustrezne sistematiziranosti delovnega mesta in pridobljene specializacije iz določenega/specialnega področja zdravstvene nege (večanje kompetenc) bi ti lahko samostojno prevzemali in vodili naslednja področja: usklajevalce odpustov, promocija preventivnih ukrepov in zdravega načina življenja, kronično srčno popuščanje in arterijska hipertenzija, kronične pljučne bolezni, sladkorna bolezen, rak, Parkinsonova bolezen, epilepsija, demenca, skrb in usmerjanje bolnikov, predvidenih za transplantacijo, skrb in usmerjanje bolnikov po transplantaciji organov, skrb in usmerjanje hemofilikov in starostnikov itd.

V luči nadgradnje/reforme zdravstvenega sistema se priporočilo nanaša na aktivnejšo vlogo praktikov zdravstvene nege in stanovske institucije Zbornice zdravstvene in babiške nege pri soustvarjanju nacionalne zdravstvene politike. Aktivna vloga omenjenih akterjev bi preprečila spregledanje pomena zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva.

## 21 LITERATURA

1. Abbott, Andrew Delano. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago: University of Chicago Press.
2. Adelson, Jill L. in Betsy D.McCoach. 2010. Measuring the Mathematical Attitudes of Elementary Students: The Effects of a 4-Point or 5-Point Likert-Type Scale. *Educational and Psychological Measurement* 70(5), 796–807.
3. Alavi, Maryam in Dorothy Leidner. 1999. Knowledge Management Systems: Issues, Challenges, Benefits. *Communications of AIS* 1(7): 2–41.
4. Altschul A. 1982. How far should further education go? *Nurses Mirror* 155(1): 29–30.
5. Arul, M. J. 2010. Measurement Attitudes. Dostopno prek: <http://arulmj.net/atti2-a.html> (16. december 2010).
6. Baba, Vishwanath in Muhammad Jamal. 1991. Routinization of job context and job par content as related employees' quality of working life: A study of Canadian nurses. *Journal of Organizational Behavior* 12: 379–386.
7. Baly, Monica E. 1995. *Nursing and Social Change*. London: Routledge: 13–118.
8. Bandura, Albert. 1986. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New York: Prentice Hall.
9. Barley, Stephen R. in Gideon Kunda. 2004. *Gurus, Hired Guns, and Warm Bodies*. Princeton, New York: Princeton University Press.
10. Barney, Jay B. 1986. Strategic factor markets: expectations, luck, and business strategy. *Management Science* 21: 489–506.
11. Barton, Ellen in Laurie Evans. 2003. A case of multiple professionalisms service learning and control of communication about organ donation. *Journal of Business and Technical Communication* 17(4): 413–438.
12. Becker, Gary. 1962. Investment in human capital: a theoretical analysis. *Journal of Political Economy* 70(5): 9–49.
13. Bedford Fenwick, Ethel. (1856–1947). Dostopno prek: [http://en.wikipedia.org/wiki/Ethel\\_Bedford-Fenwick](http://en.wikipedia.org/wiki/Ethel_Bedford-Fenwick) (10. septembra 2007).
14. Benson, John in Michelle Brown. 2007. Knowledge workers: what keeps them committed; what turns them away. *Work Employment Society* 21: 121–141.

15. Bezenšek, Jana. 2007. Nekateri sociološki vidiki poklicne aktivnosti medicinske sestre. V *Ustvarjalna organizacija. Zbornik povzetkov referatov*, ur. Vladislav Rajkovič in drugi, 214–220. Portorož: Moderna organizacija v okviru UM-FOV.
16. Black, Sandra. E. in Lisa M. Lynch. 1996. Human-capital investments and productivity. *The American Economic Review* 86(2): 263–267.
17. Bohinc, Marija in Darja Cibic. 1993. *Teorija zdravstvene nege: izhodišča in načela*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
18. Bontis, Nick. 1998. Intellectual Capital: an exploratory study that develops measures and models. *Management Decision* 36: 63–76.
19. Bontis, Nick. 2001. Assessing Knowledge Assets: A review of model used to measure intellectual capital. *International Journal of Management Review* 3: 41–60.
20. Bontis, Nick. 2004. National Intellectual Capital Index: A United Nations Initiative for the Arab Region. *Journal of Intellectual Capital* 5(1): 13–39.
21. Borg, Carmel in Peter Mayo. 2002. The EU Memorandum on lifelong learning. Diluted old wine in newbottles? Paper presented at the BAICE Conference Lifelong Learning and the Building of Human and Social Capital, 6-8 september, University of Nottingham.
22. Bose, Ranjit. 2003. Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support. *Expert Systems with Applications* 24: 59–71.
23. Botha, Elaine M. 1989. Theory development in perspective: the role of conceptual frameworks and models in theory development. *Journal of Advanced Nursing* 14(1): 49–55.
24. Bowling, Ann. 2002. *Research methods in health: investigating health and health services*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
25. Bozeman, Barry in Elizabeth Corleyb. 2004. Scientists' collaboration strategies: implications for scientific and technical human capital. *Research Policy* 33: 599–616.
26. Bozeman, Barry, Dietz, James in Monica Gaughan. 2001. Scientific and technical human capital: an alternative model of research evaluation. *International Journal of Technology Management* 22(7/8): 636–655.



27. Brown, John. S. in Paul Duguid. 1991. Organizational learning and communities of practice: Toward a unified view of working, learning, and innovation. *Organization Science* 2(1): 40–57.
28. Brown, Timothy A. 2006. *Confirmatory Factor Analysis: for Applied Research*. New York: Guilford Press, 20 – 36.
29. Bruderl, Josef, Preisendorfer, Peter in Rolf Ziegler. 1992. Survival chances of newly founded business organizations. *American Sociological Review* 57(2): 227–242.
30. Bruderle, Elisabeth. 2001. The Nursing Process. Dostopno prek: <http://www06.homepage.villanova.edu/elisabeth.bruderle/1103/nursingprocess.htm> (12. novembra 2010).
31. Brunetto, Yvonne. 2001. Mediating Change for Public Sector Professionals. *The International Journal of Public Sector Management* 14(6): 465–81.
32. Bryce, Jennifer. 2004. Different ways that secondary schools orient to lifelong learning. *Educational Studies* 30(1): 53–64.
33. Buchner Jeziorska, Anna in Julia Evetts. 1997. Regulating Professionals: the Polish Example. *International Sociology* 12(1): 61–72.
34. Bueno, Eduardo, Salmador, Maria P. in Oscar Rodriguez. 2006. Internal logic of intellectual capital: a biological approach. *Journal of Intellectual Capital* 7(3): 394–405.
35. Burrell, Gibson. 2002. Twentieth Century Quadrilles: Aristocracy, owners, managers and professionals. *International Studies of Management and Organization* 32(2): 25–50.
36. Burt, Ronald S. 1997. The contingent value of social capital. Dostopno prek: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m4035/is\\_n2\\_v42/ai\\_20034965/?tag=content;coll](http://findarticles.com/p/articles/mi_m4035/is_n2_v42/ai_20034965/?tag=content;coll) (25. junij 2009).
37. Bygdås, Arne Lindseth, Røyrvik, Emil in Bjørn Gjerde. 2004. Integrative visualization and knowledge-enabled value creation: An activity based approach to intellectual capital. *Journal of Intellectual Capital* 5(4): 540–555.
38. Camaño Puig, Ramón. 2005. *Professionalisation of Nursing in England and Spain: A Comparative Study*. Helsinki: Edita Prima Oy.
39. Candy, Philip C. 1995. Developing lifelong learners through undergraduate education. V *A Focus on Learning*, ur. Summers L., ii-viii. Proceedings of the 4th Annual

- Teaching Learning Forum. Cowan University. Dostopno prek: <http://lsn.curtin.edu.au/tlf/tlf1995/candy.html> (2. marca 2011).
40. Carayannis Elias in Jeffrey Alexander. 1999. Then wealth of knowledge: converting intellectual property to intellectual capital to co-opetitive research and technology management settings. Dostopno prek: [http://www.uni-klu.ac.at/wiho/downloads/CARAYANNIS\\_IPR\\_IJTM.pdf](http://www.uni-klu.ac.at/wiho/downloads/CARAYANNIS_IPR_IJTM.pdf) (28. oktober 2010).
41. Carpenter, Mick. 1993. The subordination of nurses in health care: towards a social division approach. V *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*, ur. Elianne Riska in Katarina Wegar, 95–130. London, Newbury Park, New Delhi: Sage Publications.
42. Chiva, Ricardo in Joaquín Alegre. 2005. Organizational Learning and Organizational Knowledge: Towards the Integration of Two Approaches. *Management Learning* 36(1): 49–68.
43. Choo, Chun W. 1998. *The Knowing Organization*. New York: Oxford University Press.
44. Cibic, Darja, Filej, Bojana, Grbec, Vera, Hajdinjak, Geli, Kersnič, Petra, Pavčič Trškan, Bara in Majda Šlajmer Japelj. 1999. *Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
45. Civi, Emin. 2000. Knowledge management as a competitive asset: A review. *Marketing Intelligence and Planning* 18(4): 166–174.
46. Clinical Pathway: Pneumonic Tularemia. Dostopno prek: <http://cidrapsummit.org/cidrap/files/28/tularemia-clin-path.pdf> (2. november 2009).
47. Clinical Pathway: Vesicular or Pustular Rash Illness. Dostopno prek: [http://www.cidrapbusiness.net/cidrap/files/18/smallpox\\_clinical\\_pathway.pdf](http://www.cidrapbusiness.net/cidrap/files/18/smallpox_clinical_pathway.pdf) (2. november 2009).
48. Coburn, David in Evan Willis. 2003. The Medical Profession: Knowledge, Power, and Autonomy. V *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 377–393. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

49. Cohen, Laurie, Finn, Rachael, Wilkinson, Adrian in John Arnold. 2002. Professional Work and Management. *International Studies of Management and Organization* 32(2): 3–24.
50. Coleman, James. 1971. *Resources for Social Change: Race in the United States*. New York: John Wiley & Sons.
51. Coleman, James. 1990. *Foundations of social theory*. Cambridge: Harvard University Press.
52. Connell, Robert W. 2006. Reflexive intellectual workers and cultural crisis. *Journal of Sociology* 42(1): 5–23.
53. Cooper, David, Pruxty, Tony, Robson, Keith in Willmont High 1988. *Regulating the UK Accountancy Profession: Episodes in the Relation Between the Profession and the State*. Paper presented at ESRC Conference on Corporatism at the Policy Studies Institute, London, January.
54. Cornford, Ian. 2002. Learning-to-learn strategies as a basis for effective lifelong learning. *International Journal of Lifelong Learning* 21(4): 357–368.
55. Cortada, James. 1998. *Rise of the Knowledge Worker*. Boston: Butterworth-Heinemann.
56. Crowther, Jim. 2004. 'In and against' lifelong learning: flexibility and the corrosion of character. *International Journal of Lifelong Education* 23(2): 125–136.
57. Cyert, Richard M. in James G March. 1992. *A behavioral theory of the firm*. Cambridge, Oxford: Blackwell Business.
58. Černelič, Marija. 2006. Procesi pridobivanja, uporabe, prenosa in hranjenja znanja v podjetju. V *Menedžment znanja: znanje: na poti k učečemu se podjetju*, ur. Stane Možina in Jure Kovač, 73–93. Maribor: Založba Pivec.
59. Davenport, Thomas H. in Laurence Prusak. 1998. *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. Boston: Harvard Business School Press.
60. Dent, Mike. 2002. Professional predicaments: comparing the professionalisation projects of German and Italian nurses. *The International Journal of Public Sector Management*, 152: 151–62.

61. Dess, Gregory D. in Joseph C. Picken. 1999. *Beyond productivity: How leading companies achieve superior performance by leveraging their human capital*. New York: American Management Association.
62. Dillon, William R. in Goldstein Matthew. 1984. *Multivariate Analysis. Methods and Applications*. New York: John Wiley & Sons.
63. Dingwall, Robert. 2004. Professions and Social Order in a Global Society. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* 6(2): 1–16.
64. Direktiva 1999/42/EC. *Establishing a mechanism for the recognition of qualifications in respect of the professional activities covered by the Directives on liberalisation and transitional measures and supplementing the general systems for the recognition of qualifications*. Dostopno prek: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1999:201:0077:0093:EN:PDF> (2. marec 2011).
65. Direktiva 89/48 EEC. *Direktiva Sveta z dne 21. decembra 1988 o splošnem sistemu priznavanja visokošolskih diplom, pridobljenih s poklicnim izobraževanjem in usposabljanjem, ki traja najmanj tri leta*. Dostopno prek: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:01:31989L0048:SL:PDF> (2. marca 2011).
66. Direktiva 92/51/EEC. *Direktiva Sveta 92/51/EGS z dne 18. junija 1992 o drugem splošnem sistemu priznavanja strokovne izobrazbe in usposabljanja, ki dopolnjuje Direktivo 89(48)/EGS*. Dostopno prek: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:02:31992L0051:SL:PDF> (2. marec 2011).
67. Draper, Peter. 1990. The development of theory in British nursing: current position and future prospects. *Journal of Advanced Nursing* 15(1): 12–15.
68. Drucker, Peter. 1993. The rise of the knowledge society. Dostopno prek: <http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=9610291205> (25. junij 2005).
69. Drucker, Peter. 1999. Knowledge-worker productivity: the biggest challenge. V *The Knowledge Management Yearbook 2000-2001*, ur. Cortada, James W. in John A. Woods, 267-277. USA: Butterworth-Heinemann.

70. Dudley, Adams, Landon, Bruce E., Rubin, Haya R., Keating, Nancy L., Medlin, Carol A., in Harold S. Luft 2000. Assessing the Relationship between Quality of Care and the Characteristics of Health Care Organizations. *Medical Care Research and Review* 57(2): 116–135.
71. Dunford, Benjamin B., Snell, Scott A. in Patrick M, Wright. 2001. Dostopno prek: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1065&context=cahrswp>, 1-35 (30. oktober 2010).
72. Durkheim, Emile. 1992. *Professional Ethics and Civic Morals*. London: Routledge.
73. Dzinkowski, Ramona. 2000. The measurement and management of intellectual capital: An introduction. *Management Accounting* 2: 32–36.
74. EC. 2005a. *Qualifications Frameworks in Europe*. European Commission. Edinburg.
75. Editorial. 2004. Editor's introduction: building and deploying scientific and technical human capital. *Research Policy* 33: 565–568.
76. Edvinsson, Leif in Michael S. Malone. 1997. *Intellectual capital: realizing your company's true value by finding its hidden brainpower*. New York: HarperBusiness.
77. Edvinsson, Leif, Kitts, Brendan in Tord Beding. 2000. The next generation of IC measurement: The digital IC landscape. *Journal of Intellectual Capital* 1(3): 263–72.
78. Edvinsson, Leif, Patrick Sullivan. 1996. Developing a model for managing intellectual capital. *European Management Journal* 14(4): 356–364.
79. Edwards, Richard. 2004. Intellectual Technologies in the Fashioning of Learning Societies. *Educational Philosophy and Theory* 36(1): 69–78.
80. Empson, Laura. 2001. Fear of exploitation and fear of contamination: impediments to knowledge transfer in mergers. *Human Relations* 54: 839–861.
81. Enberg, Cecilia, Lindkvist, Lars in Fredrik Tell. 2006. Exploring the Dynamics of Knowledge Integration Acting and Interacting in Project Teams. *Management Learning* 37(2): 143–165.
82. Engstrom, Truls E. J., Westnes, Petter in Siren Furdal Westnes. 2003. Evaluating intellectual capital in the hotel industry. *Journal of Intellectual Capital* 4(3): 287–303.
83. EURYDICE. 2000. Vseživljenjsko učenje: prispevek izobraževalnih sistemov v državah članicah Evropske unije. Lizbona. Dostopno prek: <http://www.eurydice.org> (20. avgust 2006).

84. Evetts, Julia. 1998. Analyzing the Projects of Professional Associations: National and International Dimensions. Neobjavljeno besedilo. Predstavitev na ISA Kongresu 26. 7. -1. 8. 1998. Montreal.
85. Evetts, Julia. 2002. New Directions in State and International Professional Occupations. *Work, Employment and Society* 16(2): 339–351.
86. Evetts, Julia. 2003. The Sociological Analysis of Professionalism: Occupation Change in the Modern World. *International Sociology* 18(2): 395–415.
87. Farkas, Ferenc in Janus Pannonius. 1999. Challenges for learning organizations European Dimensions. V *Evropska skupnost in management*, ur. Goran Vukovič, 101–114 Portorož: Moderna organizacija.
88. Fawcett, Jaqueline. 2000a. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis.
89. Ferligoj, Anuška, Leskovšek, Karmen in Tina Kogovšek. 1995. Zanesljivost in veljavnost merjenja. Ljubljana. Fakulteta za družbene vede, 6.
90. Fiol, Marlene C. in Marjorie A Lyles. 1985. Organizational learning. *Academy of Management Review* 10(4): 803–813.
91. Fogarty, Timothy, J. in Mark W Dirsmith. 2001. Organizational socialization as instrument and symbol: an extended institutional theory perspective. *Human Resource Development Quarterly* 12(3): 247–66.
92. Foucault, Michel (2008). *Vednost-oblast-subjekt*. Ljubljana: Založba Krtina.
93. Fournier, Valerie. 2000. Boundary work and the (un)making of the professions. V *Professions, Boundaries and the Workplace*, ur. Malin Nigel, 67–87. London: Routledge.
94. Freidson, Eliot. 1973. Professions and the occupational principle. V *The Professions and Their Prospects*, ur. Eliot Freidson, 19–57. Beverly Hills, London: Sage Publications.
95. Freidson, Eliot. 1982. Occupational Autonomy in Labor Market Shelters. V *Varieties of Work*, ur. P. L Steward, P. L., Cantor, M. G. (ur.):, 39–54. Beverly Hills: Sage.
96. Freidson, Eliot. 1983. The reorganization of the professions by regulation. *Law and Human Behaviour* 7: 279–290.

97. Freidson, Eliot. 1988. *Professional Powers. A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 652.
98. Freidson, Eliot. 1993. How dominant are the professions? V *The Changing Medical Profession: An International Perspective*, ur. Frederic W. Hafferty in John B. McKinlay. New York: Oxford University Press.
99. Freidson, Eliot. 1994. *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Cambridge: Polity.
100. Freidson, Eliot. 2001. *Professionalism: The Third Logic*. London: Polity.
101. Freidson, Eliot. 2007. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New Jersey: Transaction Publishers, 160.
102. Frenkel, Steve, Korczynski, Marek, Donoghue, Leigh in Karen Shire. 1995. Re-constituting Work: Trends Towards Knowledge Work and Info-normative Control. *Work, Employment and Society* 9(4): 773–96.
103. Gabe, Jonathan, Bury, Mike in Mary Ann Elston. 2004. *Key Concepts in Medical Sociology*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 165.
104. Gandhi, Smiti. 2004. Knowledge Management and Reference Services. *The Journal of Academic Librarianship* 30(5): 368–381.
105. Garavan, Thomas N., Morley, Michael, Gunnigle, Patrick in Eammon Collins. 2001. Human capital accumulation: the role of human resource development. *Journal of European Industrial Training* 25: 48–68.
106. Garland, Ron. 1991. The Mid-Point on a Likert Rating Scale: Is it Desirable? *Marketing Bulletin* 2, 66–70.
107. Garman, Andrew N., Rupert, Evans, Krause, Mary Katherine in Janis Anfossi. 2006. Professionalism. *Journal of Healthcare Management* 51(4): 219–222.
108. Ghoshal, Sumantra in Lynda Gratton. 2003. Integrating the Enterprise. *MIT Sloan Management Review* 44(1): 8–31.
109. Gibson, Cheryl H. 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advances Nurses* 16: 36–61.
110. Giddey, Martin. 1995. Institutions, individuals and professional power. V *Society and Health. An Introduction to social science for health professionals*, ur. Graham Moon in Rosemary Gillespie, 127–140. London, New York: Routledge.

111. Gimeno, Javier, Folta, Timothy B., Cooper, Aarnold in Carolyn Y Woo. 1997. Survival of the fittest? Entrepreneurial human capital and the persistence of underperforming firms. *American Sociological Quarterly* 42: 750–783.
112. Goffman, Erving. 1991. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London: Penguin Books.
113. Gopee, Neil. 2005. Facilitating the implementation of lifelong learning in nursing. *British Journal of Nursing* 14(14): 761–767.
114. Gottschalk, Peter. 1999. Use of IT for Knowledge Management in Law Firms. Dostopno prek: [http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/elj/jilt/1999\\_3/gottschalk/](http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/elj/jilt/1999_3/gottschalk/) (29. maj 2006).
115. Grant, Robert M. 1996. Prospering in dynamically competitive environments: Organizational capability as knowledge integration. *Organization Science* 7(4): 375–387.
116. Greenwood Royston, Suddaby Roy in C. R. Hinings. 2002. Theorizing Change: The Role of Associations in the Transformation of Institutionalized Fields. *Academy of Management Journal* 45(1): 58–80.
117. Griffin, Susan. 2001. Occupational therapists and the concept of power: A review of the literature. *Australian Occupational Therapy Journal* 48(1): 24–34.
118. Grossman, Michael. 1972. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy* 80(2): 223–255.
119. Gujarati, Damodar A. 2003. *Basic Econometrics*. 4<sup>th</sup> Edition. Boston: McGraw-Hill
120. Gupta, Babita, Iyer, Lakshmi S. in Jay E. Aronson. 2000. Knowledge management: Practices and challenges. *Industrial Management and Data Systems* 100(1): 17–21.
121. Hagbaghery, Mohsen Adib, Salsali, Mahvash in Fazlollah Ahmadi. 2004. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Human Resources for Health* 2(9) (Elektronski vir). Dostopno prek: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/9> (10. september 2007).
122. Hajdinjak, Angela in Roža Meglič. 2006. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana. Visoka šola za zdravstvo.
123. Hallam, Julia. 2002. Vocation to Profession: Changing images of nursing in Britain. *Journal of Organizational Change Management* 15(1): 35–47.



124. Hampton, Dorothee L. in Gerald M. Hampton. 2000. Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 12(6): 218–225.
125. Hargreaves, David. 2001. A Capital Theory of School Effectiveness and Improvement [1]. *British Educational Research Journal* 27(4): 487–503.
126. Harris, Lloyd C. 2002. The Emotional Labour of Barristers: an exploration of emotional labour by status professionals. *Journal of Management Studies* 39 4: 553–584.
127. Hartley, Celia Love in Janice Rides Ellis. 1999. *Managing and Coordinating Nursing Care*. Philadelphia: Lippincott.
128. Harvey, Michael G. in Robert F Lusch. 1999. Balancing the intellectual capital books: intangible liabilities. *European Management Journal* 17: 29–41.
129. Healthcare Leadership Alliance. Dostopno prek: <http://www.healthcareleadershipallianceorg/directory.cfm> (4. marec 2007). [http://www.zbornicazveza.si/dokumenti/Zb%20Zv%20strategija%20izobrazev%202010-2020\\_gradivo%20za%20razpravo\\_dec%202010.pdf](http://www.zbornicazveza.si/dokumenti/Zb%20Zv%20strategija%20izobrazev%202010-2020_gradivo%20za%20razpravo_dec%202010.pdf) (27. februar 2011).
130. Heathfield, Heather L. 1999. New challenges for clinical informatics: knowledge management tools. *Health Informatics Journal* 5(2): 67–73.
131. Hellriegel, Don, Jackson, Susan E. in John W. Slocum. 1999. *Management*, eighth edition. Cincinnati: South-Western College Publishing.
132. Henderson, Virginia. 1997. *Osnovna načela zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
133. Herriott, Scott R., Levinthal, Daniel in James G. March. 1985. Learning from experience in organizations. *The American Economic Review* 75(2): 298–302.
134. Hodgson, Damian. 2002. Disciplining the Professional: The case of project management. *Journal of Management Studies* 39(6): 803–821.
135. Holden, Rick, Victoria Harte. 2003. New graduate engagement with “professional development”: A pilot study. *Journal of European Industrial Training* 28(2/3/4): 272–282.
136. Holmqvist, Mikael. 2003. A Dynamic Model of Intra- and Interorganizational Learning. *Organization Studies* 24(1): 95–123.

137. Holsapple, Clyde W. in Meenu Singh. 2001. The knowledge chain model: activities for competitiveness. *Expert Systems with Applications*, 20(1): 77–98.
138. Hornby, Albert Sidney. 1995. *Oxford advanced learners' dictionary of current English*. Oxford: Oxford University Press.
139. Houle, Cyril. 1980. *Continuing learning in the professions*. Oxford: Jossey-Bass.
140. Hozjan, Dejan. 2005. Izobraževanje zaposlenih v slovenskih podjetjih. *Sodobna pedagogika* 2: 80–100.
141. Hugman, Richard. 1991. *Power in caring professions*. Houndmills, Basingstoke, London: Macmillan.
142. Hussi, Tomi. 2004. Reconfiguring knowledge management - combining intellectual capital, intangible assets an knowledge creation. Dostopno prek: [http://www.etla.fi/files/671\\_dp849.pdf](http://www.etla.fi/files/671_dp849.pdf) (2. november 2010).
143. Igbaria, Magid, Parasuraman, Saroj in Michael Badawy. 1994. Work experiences, job involvement, and quality of work life among information systems personnel. *MIS Quarterly* 18: 175–201.
144. Ilič, Branko. 2001. *Socioekonomska spodbuda za inoviranje v podjetju, Študija nekaterih kontingenčnih dejnikov vpliva*. Ljubljana: Znanstvena knjižnica FDV.
145. Ilič, Branko. 2006. Pomen patentov v družbi znanja: socioekonomske implikacije za podjetja in družbo. *Teorija in praksa* 3-4: 507–520.
146. Inkpen, Andrew C. 1999. Learning and knowledge acquisition trough internal strategic alliances. *Academy of Management Executive* 12(4): 69–80.
147. Institute of Medicine. 2003. *Health professions education: Abridge to quality*. Washington: National Academies Press.
148. International Council of Nurses. Definition of nursing. Dostopno na: <http://www.icn.ch> (4. februar 2007).
149. International Labour Office. 2005. Nursing Personnel Convention No. 149. ILO: Geneva. Dostopno prek: [http://www.who.int/hrh/nursing-midwifery/nursing\\_convention\\_C149.pdf](http://www.who.int/hrh/nursing-midwifery/nursing_convention_C149.pdf) (10. februar 2007).
150. Itami, Hiroyuki in Thomas W. Roehl. 1987. *Mobilizing invisible assets*. Cambridge: Harvard University Press.

151. Jacono, Brenda J. in John J. Jacono. 1995. A holistic exploration of barriers to theory utilisation. *Journal of Advanced Nursing* 21(3): 515–519.
152. Jarvis, Peter. 1987. Lifelong learning and its relevance to nursing. *Nursing Education Today* 7(2): 655–660.
153. Jelenc Krašovec, Sabina in Janko Muršak. 2005. Vseživljenjsko učenje in vseživljenjsko izobraževanje: uvod v tematski del številke. *Sodobna pedagogika* 56(2): 6–9.
154. Jelenc Krašovec, Sabina in Sonja Kump. 2005. Uveljavljanje koncepta vseživljenjskega učenja na univerzi. *Sodobna pedagogika* 56(2): 46–60.
155. Jelenc Krašovec, Sabina. 2004. Zaposleni in vseživljenjsko učenje-kritičen pogled. vseživljenjsko učenje in izobraževanje kot odgovor na neustrezno organiziranost izobraževanja v družbi. *HRM*: 16–22.
156. Jelenc, Zoran. 2005. Vseživljenjsko učenje-za zdaj promoviranje bolj kot sistemsko urejanje. *Sodobna pedagogika* 56(2): 22–45.
157. Jelenc, Zoran. 2008. Vseživljenjskost učenja in strokovno izrazje v vzgoji in izobraževanju. *Andragoška spoznanja* 14 (3/4): 21–30.
158. Jereb, Janez. 1998. Izobraževanje in usposabljanje kadrov. V *Management kadrovskih virov*, ur. Stane Možina, 175-212. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
159. Jesenko, Jože. 2001. *Statistika v organizaciji in managementu*. Kranj: Založba Moderna organizacija.
160. Johannessen, Jon Arild, Olsen, Bjørn in Johan Olaisen. 2005. Intellectual capital as a holistic management philosophy: a theoretical perspective. *International Journal of Information Management* 25: 151–171.
161. Kahneman, Daniel in Amos Tversky. 1973. On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80: 237–251.
162. Kalseth, Karl in Sarah Cummings. 2001. Knowledge Management: development strategy or business strategy? *Information Development*, 17(3): 163–172.
163. Kaplan, Robert S. in David P. Norton. 1992. The balanced scorecard: Measures that drive performance. Dostopno prek: [http://www.genointl.com/download/pdf/Harvard\\_Business\\_Review\\_The\\_Balanced\\_Scorecard\\_Measures\\_That\\_Drive\\_Performance.pdf](http://www.genointl.com/download/pdf/Harvard_Business_Review_The_Balanced_Scorecard_Measures_That_Drive_Performance.pdf), 70–80 (30. oktober 2010).

164. Kejžar, Ivan. 2005. Metodologija izdelave sistemizacije delovnih mest v podporo razvoja kadrov. V *Mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti. Zbornik 24. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti*, ur. Jindrich Kaluža in drugi, 51–56. Portorož: Moderna organizacija.
165. Kelly, Anthony. 2004. The intellectual capital of schools: analyzing government policy statements on school improvement in light of a new theorization. *Journal of Education Policy* 19(5): 609–629.
166. King, Imogene M. 1981. *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: John Wiley & Sons.
167. Kitchener, Martin, Kirkpatrick, Ian in Richard Whipp. 2000. Supervising Professional Work under New Public Management: Evidence from an Invisible Trade. *British Journal of Management* 11(3): 213–266.
168. Kittrell Chitty, Kay. 2005. The Professionalization of Nursing. V *Professional Nursing: Concepts and Challenges*, ur. Kay Kittrell Chitty, 163–182. Missouri: Elsevier Saunders.
169. Kodelja, Zdenko. 2005. *Vseživljenjsko učenje-od svobode k nujnosti*. *Sodobna pedagogika* 56(2): 20–21.
170. Kogut, Bruce in Udo Zander. 1993. Knowledge of the firm and the evolutionary theory of the multinational corporation. *Journal of International Business Studies* 24(4): 635–645.
171. *Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi*. Ur. l. RS 60/1998, dne 28. 8. 1998.
172. Košmelj, Blaženka in drugi. 2002. *Statistični terminološki slovar*. Ljubljana: Študentska založba.
173. Kramberger, Anton. 2001. Nacionalna poklicna klasifikacija na področju športne rekreacije. Zbornik Slovenskega kongresa športne rekreacije. Rogla, 102–112: Športna unija Slovenije.
174. Kump, Sonja. 2008. Učenje odraslih za življenje ali preživetje? *Sodobna pedagogika* 59(3): 76–89.

175. Kvas, Andreja in Janko Seljak. 2003. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
176. Lambooy, Jan G. 2004. The Transmission of Knowledge, Emerging Networks, and the Role of Universities: An Evolutionary Approach. *European Planning Studies* 12(5): 643–657.
177. Larson, Magali S. 1977. *The Rise of Professionalism*. Berkeley: University of California Press.
178. Leicht Kevin T. in Mary L. Fennel. 1997. The Changing Organizational Context of Professional Work. *Annual Review of Sociology* 23: 31–215.
179. Levitt, Barbara in James G. March. 1988. Organizational learning. *Annual Review of Sociology* 14: 319–340.
180. Liebowitz, Jay. 2000 *Building organizational intelligence—A knowledge management primer*. Boca Raton, FL: CRC Press.
181. Lockwood, David. 1958. *The blackcoated worker; a study in class consciousness*. London: Allen & Unwin.
182. Lowendahl, Bente. 2000. *Strategic Management of Professional Service Firms* (2nd ed.). Copenhagen: Copenhagen Business School Press.
183. Lyles, Marjorie A. 1988. Learning among joint venture sophisticated firms. *Management International Review* (Special Issue): 85–98.
184. Lyotard, Jean F. 1984. *The Post-Modern Condition: A Report on Knowledge*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
185. Macdonald, Keith M. 1995. *The Sociology of the Professions*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 10–134.
186. Maček, Matjaž. 2006. Merjenje in vrednotenje intelektualnega kapitala. V *Menedžment znanja: znanje ot temelj razvoja: na poti k učečemu se podjetju*, ur. Stane Možina in Jure Kovač, 95–114. Maribor: Založba Pivec.
187. Magalhaes, António in Stephen Steer. 2003. Performance, citizenship and knowledge society: a new mandate from European education policy. *Globalization, Societies and Education* 1(1): 41–66.

188. Marentič Požarnik, Barica. 2003. *Psihologija učenja in pouka*. Ljubljana: DZS: 259-279
189. Marquardt, Michael L. 1996. *Building the Learning Organization*. New York: McGraw-Hill, 56.
190. Marrs, Jo Ann in Lois W. Lowery. 2006. Nursing Theory and Practice: Connecting the Dots. *Nursing Science Quarterly*, 19(1): 44–50.
191. Matell, Michael S. in Jacob Jacoby. 1972. Is there an optimal number of alternatives for Likert scale items? Effects of testing time and scale properties. *Journal of Applied Psychology* 56 (6), 506–509.
192. Matthews, Sue, Laschinger, Spence Heather in Lynne Johnston. 2006. Staff nurse empowerment in line and staff organizational structures for chief nurse executives. *Journal of Nursing Administration* 36(11): 526–533.
193. May, Smita Kothuri. 2002. Knowledge in Organizations Definition, Creation, and Harvesting. Dostopno prek:  
[http://www.gse.harvard.edu/~t656\\_web/Spring\\_2002\\_students/kothuri\\_smita\\_knowledge\\_in\\_orgs.htm](http://www.gse.harvard.edu/~t656_web/Spring_2002_students/kothuri_smita_knowledge_in_orgs.htm) (24. avgust 2007).
194. Maze, Hilda. 2005. Usposabljanje zaposlenih v Splošni bolnišnici Celje. V *Sinergija metodologij. 24. Zbornik mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti*, ur. Jindřich Kaluža, 182–187. Portorož: Moderna organizacija.
195. McClelland, Charles E. 1990. Escape from Freedom? Reflections on German Professionalization 1870–1933. V *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*, ur. Rolf Torstendahl in Michael Burrage, 97–113. London: Sage.
196. McGregor, Judy, Tweed, David, Richard Pech. 2004. Human capital in the new economy: Devil's bargain? *Journal of Intellectual Capital* 5(1): 153–164.
197. McLaughlin, Janice. 2001. EBM and Risk: Rhetorical resources in the articulation of professional identity. *Journal of Management in Medicine* 15(5): 63–352.
198. *Memorandum o vseživljenjskem učenju*. Delovno gradivo. Komisija evropske skupnosti. Bruselj 30.10.2000. Dostopno prek: <http://linux.acs.si/memorandum/html/> (26. maj 2006).
199. Menhart Barrett, Elisabeth Ann. 2002. What is Nursing Science? *Nursing Science Quarterly* 15(1): 51–60.

200. Ministrstvo za zdravje. 2011. Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020. Dostopno prek: [http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja\\_in\\_dokumenti/nadgradnja\\_zdravstvenega\\_sistema\\_do\\_leta\\_2020/](http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/nadgradnja_zdravstvenega_sistema_do_leta_2020/) (28. maj 2011).
201. Mintzberg, Henry. 1979. *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
202. Mohrman, Susan, Cohen, Susan in Allan Mohrman. 1995. *Designing Team-Based Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
203. Morrell, Kevin. 2004. Analysing Professional Work in the Public Sector: The Case of NHS Nurses. Dostopno prek: <http://www.lboro.ac.uk/departments/bs/research/2004-1.pdf> (22. maj 2007).
204. Mouritsen, J., Larsen, H.T., Buku, P.N.P. 2001. Intellectual capital and the 'capable firm': narrating, visualising and numbering for managing knowledge. *Accounting, Organizations and Society* 26(7): 735–762.
205. Možina, Stane in drugi. 2002. *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
206. Možina, Stane in Jure Kovač (ur.). 2006. *Menedžment znanja: znanje kot temelj razvoja: na poti k učečemu se podjetju*. Maribor: Založba Pivec.
207. Nahapiet, Janine in Sumantra Ghoshal. 1998. Social Capital, Intellectual Capital, and the Organizational Advantage. *Academy of Management Review* 23(2): 242–266.
208. Neal Mark in John Morgan. 2000. The Professionalization of Everyone? A comparative study of the development of the professions in the United Kingdom and Germany. *European Sociological Review* 16(1): 9–26.
209. Nettleton, Sarah. 1995. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge, Oxford: Polity Press.
210. New Perspective for Learning. 2001. Insights from European Union funded Research on Education and Training, Issue 2. Dostopno prek: <http://www.pjb.co.uk/npl/npl2.pdf> (10. september 2007).
211. Nightingale, Florence (1820–1910). Dostopno prek: <http://www.victorianweb.org/history/crimea/florrie.html> (10. september 2007).

212. Nijhof, Wim J. 2005. Lifelong Learning as a European Skill Formation Policy. *Human Resource Development Review* 4(4): 401–417.
213. Nonaka, Ikujiro in Hirotaka Takeuchi 1995. *The knowledge-creating company*. New York: Oxford University Press.
214. Nonaka, Ikujiro in Noburu Konno. 1998. The Concept of 'Ba': Building a Foundation for Knowledge Creation. *California Management Review* 40(3): 40–54.
215. Nonaka, Ikujiro, von Krogh, Georg in Sven Voelpel. 2006. Organizational Knowledge Creation Theory: Evolutionary Paths and Future Advances. *Organization Studies* 27(8): 1179–1208.
216. Nonaka, Ikujiro. 1994. A dynamic theory of organizational knowledge-creation. *Organization science* 5: 14-37.
217. OECD. 1996. *Lifelong Learning for All*. Paris: OECD.
218. OECD. 2000a. *Labour market survey 1999*. Paris: OECD.
- OECD. 2005. THE DEFINITION AND SELECTION OF KEY COMPETENCIES: Executive Summary. Dostopno prek: <http://www.oecd.org/dataoecd/47/61/35070367.pdf> (22. maj 2007).
219. Ovičaj Darja in Andrej Starc. 2009. *Zdravstvena nega: visokošolski strokovni študijski program 1. stopnje*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
220. Pahor, Majda. 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit d.o.o.
221. Panjkihar, Majda in Tony Butterworth. 2005. Nursing in Slovenia. A consideration of the value of nursing theories. *Journal of Research in Nursing* 10(1): 45–56.
222. Parkin Paul. 1995. Nursing the future: a re-examination of the professionalization thesis in the light of some recent developments. *Journal of Advanced Nursing* 21: 561–567.
223. Parsons, Talcott. 1964. *Social structure and personality*. New York, London: The Free press.
224. Penrose, Edith. 1995. *The theory of the growth of the firm*. New York: Wiley.
225. Pidgeon, Joe. 2003. Learning Organisations. *Community Care* 14(68). Dostopno prek: <http://web.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/detail?hid=111&sid=e1d1cf95b56c4c578b7f882bb16354b4%40sessionmgr114&vid=9&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=sih&AN=9841382> (25. oktober 2008).



226. Polanyi, Michael. 1966. *The tacit dimension*. Gloucester: P. Smith.
227. Prahalad, C. K. in Gary Hamel. 1990. The core competence of corporation. *Harvard Business Review* 32(8):79–91.
228. Premović, Jelena. 2010. Inovativne organizacije u funkciji ostvarivanja konkurentskih prednosti. *Montenegrin Journal of Economy* 6(11): 161-163. Dostopno prek: <http://www.mnje.com/XI/157-164%20Premovic.pdf> (3. maja 2011).
229. Preston, Rosemary in Carolyn Dyer. 2003. Human Capital, Social Capital and Lifelong Learning: an editorial introduction. *Compare* 33(4): 429–436.
230. Quinn, James Brian, Anderson, Philip in Sydney Finkelstein. 1998. *Managing professional intellect: Making the most of the best*. Boston: Harvard Business School Press.
231. Reed, Michael. 1996. Expert Power and Control in Late Modernity: an Empirical Review and Theoretical Synthesis. *Organization Studies* 17(4): 573–97.
232. Reid Ponte, Pat in drugi. 2007. The Power of Professional Nursing Practice – A Essential Element of Patient and Family Centered Care. *The Online Journal Issues Nurses* 12(1). Dostopno prek: <http://www.medscape.com/viewarticle/553405> (18. junij 2007).
233. Reilly, Robert F. in Manoj P. Dandekar. 1997. Valuation of intangible contract rights. *The CPA Journal* 67(6): 5–74.
234. Reverby, Susan. 2005. A carrying dilemma: womanhood and nursing in historical perspective. V *The Sociology of Health & Illness: Critical Perspective*, ur. Peter Conrad, 234-253. New York: Worth Publisher.
235. Riska, Elianne. 2005. Health Professions and Occupations. V *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, ur. William C. Cockerham, 144–158. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing.
236. Rizzo Parse, Rosemarie. 1997. The language of nursing knowledge: Saying what we mean. V *The language of nursing theory and metatheory*, ur. Imogene M. King & Jacqueline Fawcett, 73–77. Indianapolis: Center Nursing Press.
237. Robinson, Kate in Barbara Vaughan. 1993. *Knowledge for nursing practice*. Oxford: Butterworth – Heinemann, 116.

238. Rogers, Martha E. 1994. The science of unitary human beings. *Nursing Science Quarterly*: 33–35.
239. Roos, Göran in Johan Roos. 1997. Measuring your company's intellectual capital performance. *Long Range Planning* 30(3): 413–426.
240. Sagadin, Janez. 2003. *Statistične metode za pedagoge*. Maribor: Obzorja d.o.o.
241. Saint Onge, Hubert. 1996. Tacit knowledge: the key to the strategic alignment of intellectual capital. *Strategy and Leadership* 24(2): 10–14.
242. Salmi, Jamil. 2003. Constructing knowledge societies: new challenges for tertiary education. Dostopno prek:  
<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=10788303>  
 (19. junij 2005).
243. Salvadores, Paloma, Schneider, José in Imanol Zuber. 2001. Theoretical and perceived balance of power inside Spanish public hospitals. *Online version BMC Health Services Research vol. 1*. Dostopno prek:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=56903> (2. julij 2007).
244. Salvage, Jane. 1985. *The Politics of Nursing*. Oxford: Heinman Nursing.
245. Schultz, Theodore. 1961. Investment in human capital. *American Economic Review* 51: 1–16.
246. Schultz, Theodore. 1963. *The Economic Value of Education*. New York: Columbia University Press.
247. Senge, Peter. 1990. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organisation*. London: Century Business.
248. *Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti*. Ur. l. RS 82/2004.
249. Sheldon, Christopher. 2005. Profess This: Why the Environment Doesn't Need a New Profession. *Greener Management International* 49: 5–10.
250. Sieloff, Christina L. 2003. Measuring nursing power within organization. *Journal of Nursing cholarship* 35(2): 183–187.
251. Simon, Herbert. 1991. Bounded rationality and organizational learning. *Organizational Science* 2(1): 125–134.
252. Singer, Marc G. 1990. *Human Resource Management*. Boston: PWS-KENT Publishing Company.

253. Sitar, Aleša Saša. 2006. Oblike in razsežnosti znanja v organizaciji. V *Menedžment znanja: znanje kot temelj razvoja: na poti k učečemu se podjetju*, ur. Stane Možina in Jure Kovač, 57-69. Maribor: Založba Pivec.
254. Skandia. 1998. INTELLECTUAL CAPITAL PROTOTYPE REPORT. Dostopno prek:  
<http://www.skandia.com/en/includes/documentlinks/annualreport1998/e9712Human.pdf>  
 f (23. maj 2007).
255. Smith, Ken, Collins, Cristopher in Kevin Clark. 2001. Building and exploiting intellectual capital: the role of social, human and physical resources. Dostopno prek:  
[http://bmgt1notes.umd.edu/Faculty/KM/papers.nsf/225f2e46a850b27885256a560076708a/5c9d148b1da6e29085256d130077e055/\\$FILE/intcapamj.pdf](http://bmgt1notes.umd.edu/Faculty/KM/papers.nsf/225f2e46a850b27885256a560076708a/5c9d148b1da6e29085256d130077e055/$FILE/intcapamj.pdf) (1. oktober 2005).
256. Southon, Gray in Jaffrey Braithwaite. 1998. THE END OF PROFESSIONALISM? *Social Science and Medicine* 46(1): 23–28.
257. Spender, J. C. in Robert M Grant. 1996. Knowledge and the Firm: Overview. *Strategic Management Journal* 17 (Special Issue): 5–9.
258. Squires, Geoffrey. 2001. Management as a Professional Discipline. *Journal of Management Studies* 38(4): 473–487.
259. Starbuck, William H., Greve, Arent in Bo Hedberg. 1978. V *Responding to crisis in Studies on crisis management*, ur. Smart, C. F., Stanbury, W. T., 111–137. Montreal: Butterworth.
260. Starc, Andrej 2001e. Uspešen stil menedžmenta zdravstvene organizacije. Tipkopis pri avtorju.
261. Starc, Andrej in Branko Ilič. 2007. Pridobivanje in razvoj znanstvenega in strokovnega človeškega kapitala v zdravstveni negi: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege* 41 (2/3): 61–69.
262. Starc, Andrej, Kos Grabnar, Erna in Peter Požun. 2009. Predstavitev podlag specializacije v zdravstveni negi Slovenije. V *7. Konger Zdravstvene in babiške nege Slovenije*, ur. Majcen Dvoršak in sod., 1–8. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
263. Starc, Andrej. 2008. Anketni vprašalnik o profesionalizaciji, avtonomiji, vseživljenjskemu učenju, znanju in etiki v zdravstveni negi. Tipkopis pri avtorju.

264. Starc, Andrej. 2009. Nursing Professionalism in Slovenia: Knowledge, Power, and Ethics. *Nursing Science Quarterly* 22(4): 371–374.
265. Starc, Andrej. 2011a. Starc 2011a: Osnovni konceptualni model teze disertacije. Tipkopolis pri avtorju.
266. Starc, Andrej. 2011b. Razčlenjen konceptualni model za preverjanje teze in hipotez disertacije. Tipkopolis pri avtorju.
267. Starc, Andrej. 2011c. Shema hierarhičnega delegiranja. Tipkopolis pri avtorju.
268. Starc, Andrej. 2011č. Horizontalna timska shema. Tipkopolis pri avtorju.
269. Starc, Andrej. 2011d. Teoretična replikacija  $P = EK$  vseh stratifikacijskih razredov. Tipkopolis pri avtorju.
270. Starc, Andrej. 2011e. Teoretična replikacija  $P = EK$  posameznih stratifikacijskih razredov. Tipkopolis pri avtorju.
271. Starc, Andrej. 2011f. Aplikacija modela konverzije v shemi zdravstvene organizacije. Tipkopolis pri avtorju.
272. Starc, Andrej. 2011g. Uspešen stil menedžmenta znanja zdravstvene organizacije. Tipkopolis pri avtorju.
273. Starc 2011h: Komunicirajoči profesionalni timi v profesionalni birokratski zdravstveni organizaciji. Tipkopolis pri avtorju.
274. Starc, Andrej. 2011i. Pristop v zdravstveni negi za ugotavljanje, načrtovanje, izvajanje in evalviranje servisnih storitev. Tipkopolis pri avtorju.
275. Starc, Andrej. 2011j. Splošne demografske značilnosti vzorca v %. Tipkopolis pri avtorju.
276. Starc, Andrej. 2011k. Shematični prikaz interpretacije factorske analize. Tipkopolis pri avtorju.
277. Starc, Andrej. 2011l. Regresijski model z neodvisnimi spremenljivkami. Tipkopolis pri avtorju.
278. Starc, Andrej. 2011m. Elementi profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji (levo) in vpliv kontrolnih spremenljivk (desno). Tipkopolis pri avtorju.
279. Starc, Andrej. 2011n. Sumarni rezultati kvalitativne analize in seznam kategorij anketnega vprašalnika -1. Del. Tipkopolis pri avtorju.

280. Starc, Andrej. 2011o. Sumarni rezultati kvalitativne analize in seznam kategorij anketnega vprašalnika - 2. Del. Tipkopolis pri avtorju.
281. Starc, Andrej. 2011p. Sumarni rezultati kvalitativne analize in seznam kategorij anketnega vprašalnika - 3. Del. Tipkopolis pri avtorju.
282. Starc, Andrej. 2011r. Rezultati analize in seznam kategorij strukturiranega intervjuja. Tipkopolis pri avtorju.
283. Starc, Andrej. 2011s. Stokovna avtonomija zdravstvene nege. Tipkopolis pri avtorju.
284. Starc, Andrej. 2011š. Profesionalec(-ka) zdravstvene nege. Tipkopolis pri avtorju.
285. Starc, Andrej. 2011t. Sodelovanje profesionalca(-ke) zdravstvene nege v zdravstvenem timu. Tipkopolis pri avtorju.
286. Starc, Andrej. 2011u. Profesionalizacija zdravstvene nege. Tipkopolis pri avtorju.
287. Starc, Andrej. 2011v. Vloga profesionalca(-ke) v zdravstveni negi. Tipkopolis pri avtorju.
288. Starc, Andrej. 2011z. Profesionalci zdravstvene nege in uresničevanje samostojne, soodvisne in sodelujoče obravnave. Tipkopolis pri avtorju.
289. Starc, Andrej. 2011ž. Regresijski model vzročnosti profesionalizacije zdravstvene nege. Tipkopolis pri avtorju.
290. Starc, Andrej. 2011aa. Negativne trditve sklopa profesionalizacije in avtonomije zdravstvene nege v %. Tipkopolis pri avtorju.
291. Stare, Janez in Janko Seljak. 2006. *Vodenje ljudi v upravi: Povezanost osebnostnega potenciala za vodenje z uspešnostjo vodenja*. Ljubljana: Fakulteta za upravo, Univerza v Ljubljani.
292. Statistični urad Republike Slovenije. Statistični letopis. Dostopno prek: [http://www.stat.si/letopis/index\\_letopis.asp](http://www.stat.si/letopis/index_letopis.asp) (9. november 2009).
293. Statistični urad Republike Slovenije. Statistični letopis. Dostopno na: <http://www.stat.si/letopis/LetopisVsebina.aspx?poglavje=9&lang=si&leto=2010> (19. januar 2011).
294. Stefí, Mary E. 2008. Common competencies for all healthcare managers: the Healthcare Leadership Alliance model. *Journal of Healthcare Management* 53(6). Dostopno prek: <http://www.entrepreneur.com/tradejournals/article/190196467.html> (16. februar 2010).

295. Stewart, Thomas. A. 1997. *Intellectual Capital: The Wealth of Organizations*. London: Nicholas Brealey Publishing.
296. Stiles, Philip in Somboon Kulvisaechna. 2003. Human capital and performance: A literature review. Dostopno prek: <http://www.dti.gov.uk/files/file38844.pdf> (23. maj 2007).
297. Stovel, Meaghan in Nick Bontis. 2002. Voluntary turnover: knowledge management–friend or foe? *Journal of Intellectual Capital* 3(3): 303–22.
298. *Strategija razvoja Slovenije*. Sprejeta na 30. redni seji Vlade RS 23. 6. 2005. Dostopno prek: <http://www.pcmg.si/upload/files/StrategijaRazvojaSlovenije05.pdf> (26. maj 2006).
299. Strauss, Anselm L. 1995. *Qualitative analysis for social scientists*. San Francisco: Cambridge University Press.
300. Sullivan William M. 2000. Medicine under threat: professionalism and professional identity. *Canadian Medical Association Journal* 162(5): 673–675.
301. Sveiby, Karl Erik. 1997. *The New Organisational Wealth*. San Francisco: Berrett-Koehler.
302. Svensson, Lennart G. 2006. New Professionalism, Trust and Competence. Some Conceptual Remarks and Empirical Data. *Current Sociology* 54(4): 579–593
303. Szulanski, Gabriel. 1996. Exploring internal stickiness: impediments to the transfer of best practice within the firm. *Strategic Management Journal* 17 (Winter Special Issue): 27–43.
304. Štebe, Vera. 1996. Zdravstvena nega: repertorij zgodovine zdravstvene nege. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2–19.
305. Tavčar, Mitja. 2006. Strateški menedžment znanja. V *Menedžment znanja: znanje: na poti k učečemu se podjetju*, ur. Stane Možina in Jure Kovač, 27–53. Maribor: Založba Pivec.
306. Taylor, Carol, Lillis, Carol in Priscilla LeMone. 2001. *Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
307. Teece, David J. 2000. *Managing Intellectual Capital: organizational, strategic, and policy dimensions*. Oxford: Oxford University Press.

308. Teece, David J. 1990. Capturing value through corporate technology strategies. V *Science, Technology and Free Trade*, ur. Giovanni Dosi in drugi, 69–84. London: Printer Publisher.
309. Tilak, Jandhyala. 2002. Knowledge society, education and aid. Dostopno prek: <http://www.nuepa.org/libdoc/e-library/articles/2002jbgt.pdf> (3. november 2010).
310. Tomey, Ann Marriner. 2000. *Guide to Nursing Management and Leadership* (6th edition). St. Louis: Mosby, 180.
311. Trunk Širca, Nada in drugi. 2005. Competence as an element of intellectual capital in the knowledge society. V *Intellectual capital and knowledge management*, ur. Zvone Vodovnik, 161–169. Koper: Fakulteta za management Koper.
312. Turner, Bryan S. 1995. *Medical Power and Social Knowledge*. 2<sup>nd</sup> Edition. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 84–180.
313. Tversky, Amos in Daniel Kahneman. 1974. Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185: 1124–1131.
314. Ule, Mirjana. 2003a. *Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Založba Aristej.
315. Ule, Mirjana. 2003b. Razvoj zdravstvenega sistema v pogojih globalizacije: in kaj je z zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege* 37(4): 243–249.
316. Ulrich, David. 1998. Intellectual capital = competence x commitment. *Sloan Management Review* 39: 15–26.
317. *Uredba o uvedbi standardne klasifikacije poklicev*. 1997. Ur. l. RS 28/97: 2217.
318. Urh, Irma. 2005. *Učeča se organizacija in razvoj poklicne identitete*. Ljubljana. Doktorska disertacija, Filozofska fakulteta.
319. Von Krogh, Georg, Ichijo, Kazuo in Ikujiro Nonaka. 2000. *Enabling Knowledge Creation*. New York: Oxford University Press.
320. Walby, Sylvia, Greenwell June, Mackay, Lesley in Keith Sothill. 1994. *Medicine and Nursing. Professions in a Changing Health Service*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
321. Watson, Tony. 2002. 'Professions and Professionalism: Should we jump off the bandwagon, better to understand where it is going?', *International Studies of Management and Organization* 32(2): 93–105.

322. Weber, Max. 1947. *The Theory of Social and Economic Organization*. New York: The Free Press, 151 – 157; 324 – 337.
323. Weick, Karl E. 1995. *Sensemaking in organizations*. London: Sage.
324. WHO – Regional office for Europe. 1991. Mission and functions for the nurse. Copenhagen: WHO.
325. Wiig, Karl M. 1997. Knowledge management: An introduction and perspective. *Journal of Knowledge Management* 1(1): 6–14.
326. Wilkinson, Geoff in Margaret Miers (ur.). 1999. *Power and Nursing Practice*. London: Macmillan.
327. Witz, Anne. 1992. *Professions and Patriarchy*. London, New York: Routledge.
328. Wong, Kuan in Elaine Aspinwall. 2004a. Characterizing knowledge management in the small business environment. *Journal of Knowledge Management* 8(3): 44–61.
329. World Intellectual Property Organization. Dostopno prek: <http://www.wipo.int/about-ip/en/> (21. avgust 2007).
330. Zabada, Charles, Asubonteng Rivers, Patric in George Munchus. 1998. Obstacles to the application of total quality management in health-care organizations. *Total Quality Management* 9(1): 57–66.
331. *Zakon o ustanovitvi Visoke šole za zdravstvo v Ljubljani*. Ur. l. RS 32/1993.
332. *Zakon o visokem šolstvu*. Ur. l. RS 19/2006.
333. *Zakon o zdravniški službi*. Ur. l. RS 72/2006, 7657.
334. *Zakon o zdravstveni dejavnosti*. Ur. l. RS, št. 9-21 II. 1992, 597–601.
335. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. 2010. *Strateške usmeritve za izobraževanje v zdravstveni negi v Sloveniji za obdobje 2010/11 – 2020*. Dostopno prek:
336. Zbornica zdravstvene in babiške nege. Skrajšana definicija zdravstvene nege po ICN. Dostopno prek: [http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena\\_nega.aspx](http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena_nega.aspx) (2. novembra 2008).
337. Zbornica zdravstvene nege. 2001. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege.
338. Zelek, Barbara in Susan P. Philips. 2003. Gender and power: Nurses and doctors in Canada. Online version *International Journal for Equity in Health* 2(1). Dostopno prek: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=150379> (2. julij 2007).



339. Zgodovina ustanovitve Visoke šole za zdravstvo v Ljubljani. Dostopno prek: [http://sl.wikipedia.org/wiki/Visoka\\_%C5%A1ola\\_za\\_zdravstvo\\_v\\_Ljubljani](http://sl.wikipedia.org/wiki/Visoka_%C5%A1ola_za_zdravstvo_v_Ljubljani) (10. september 2007).
340. Železnik, Danica in drugi. 2008. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Tiskarna Povše, Vrhnika.
341. Žontar Vukasović, Maja. 2005. Celovit pristop k izobraževanju zaposlenih. V *Mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti*, ur. Jindrich Kaluža in drugi, 158–164. Portorož: Moderna organizacija.

## 22 IMENSKO KAZALO

- Abbott, 25, 47, 146, 172, 222, 268, 270  
Adelson, 44  
Ahmadi, 77, 81  
Alavi, 32, 134  
Alegre, 35  
Alexander, 89, 97, 284  
Altschul, 25, 87, 275  
Anderson, 116  
Arnold, 29  
Arul, 44  
Aspinwall, 32, 119, 125, 128, 282  
Asubonteng Rivers, 134  
Baba, 91  
Badawy, 91  
Baly, 55  
Bandura, 133  
Barley, 119  
Barney, 100  
Barton, 25, 75, 78  
Becker, 90, 93, 109  
Beding, 103, 104  
Benson, 25, 88  
Bezenšek, 63  
Black, 94  
Bohinc, 57  
Bontis, 31, 90, 94-95, 99, 100, 103, 104, 148  
Borg, 81  
Bose, 116, 135  
Botha, 128  
Bowling, 50, 51  
Bozeman, 25, 35, 107-109  
Braithwaite, 25, 73  
Brown, 224  
Brown, 126, 133  
Bruderl, 96, 170, 283  
Bruderle, 66  
Brunetto, 29  
Bryce, 25, 31, 85  
Buchner Jeziorska, 75  
Bueno, 105  
Bury, 30, 62, 79-80, 273  
Butterworth, 127  
Bukh, 79  
Buku, 100  
Burrell, 29  
Bygdås, 103  
Camaño Puig, 73  
Candy, 31, 86  
Carayannis, 89, 97, 284  
Carpenter, 61, 108  
Chiva, 35  
Choo, 99  
Cibic, 57  
Civi, 32, 117, 125, 129, 282  
Clark, 100, 171  
Coburn, 30, 69, 74, 276  
Cohen, 25, 88  
Coleman, 39, 95, 109, 170, 264  
Collins, 100, 171  
Connell, 119  
Cooper, 76  
Corleyb, 25, 35, 107, 109  
Cornford, 31  
Cortada, 25, 88  
Crowther, 25, 31, 36, 82  
Cummings, 116  
Cyert, 35, 133  
Černelič, 25, 131  
Dandekar, 91  
Davenport, 95, 131-132  
Dent, 29  
Dess, 95, 105  
Dillon, 229  
Dietz, 35, 107-108  
Dingwall, 61, 76, 269, 278  
Dirsmith, 75, 88  
Draper, 128  
Drucker, 25, 31-32, 89, 104, 119, 284  
Dudley, 128  
Duguid, 126, 133  
Dunford, 68, 101-102, 131  
Durkheim, 69, 76, 88, 268, 278  
Dzinkowski, 25, 31, 102, 103  
Dyer, 25, 31, 86  
Edvinsson, 90, 93, 99-100, 103-104

Edwards, 86  
 Elston, 30, 62, 79-80, 273  
 Empson, 148  
 Enberg, 89  
 Engstrom, 104  
 Eurydice, 84, 86  
 Evetts, 25, 29, 75-76, 78  
 Fennel, 29  
 Farkas, 25, 87  
 Fawcett, 57  
 Ferligoj, 53  
 Filej, 57  
 Finn, 29  
 Fiol, 35  
 Finkelstein, 116  
 Fogarty, 75, 88  
 Fournier, 59  
 Freidson, 59, 60, 62, 68-69, 73, 74, 76, 80,  
 88, 133, 146, 269, 278  
 Frenkel, 25, 88  
 Gandhi, 117  
 Garavan, 105  
 Garlanda, 44  
 Garman, 58, 74  
 Gaughan, 35, 107, 108  
 Ghoshal, 99-101, 103, 105-106, 171  
 Gibson, 79  
 Giddey, 30, 47, 80, 172, 232  
 Gimeno, 96, 170, 283  
 Gjerde, 103  
 Goffman, 128  
 Goldstein, 229  
 Gopee, 25, 87  
 Gottschalk, 32  
 Grant, 99, 131  
 Gratton, 101  
 Grbec, 57  
 Greve, 133  
 Greenwood, 29  
 Griffin, 78  
 Grossman, 90  
 Gujarati, 228  
 Gunnigle, 105  
 Gupta, 35, 116  
 Habermas, 99  
 Hagbaghery, 77, 81  
 Hajdinjak, 57  
 Hamel, 100  
 Hampton D., 24, 44  
 Hampton G. M., 24, 44  
 Hargreaves, 100, 105, 171  
 Harvey, 102  
 Harte, 75  
 Heathfield, 116  
 Hedberg, 133  
 Hellriegel, 111  
 Henderson, 34  
 Herriott, 133  
 Hiller, 127  
 Hinings, 29  
 Hodgson, 29  
 Holden, 75  
 Holmqvist, 133  
 Holsapple, 116  
 Hornby, 24  
 Houle, 31  
 Hozjan, 82  
 Hugman, 30, 63  
 Hussi, 132  
 Ichijo, 126, 133  
 Igbaria, 91  
 Ilić, 68, 89, 90, 93, 95, 102, 109 110, 121-  
 122, 125, 127, 170  
 Inkpen, 89, 96  
 Itami, 100  
 Jacoby, 44  
 Jacono, B. J., 128  
 Jacono, J. J., 128  
 Jackson, 111  
 Jamal, 91  
 Jarvis, 25, 87, 275  
 Jelenc, 35, 82, 84  
 Jelenc Krašovec, 25, 36, 83-85  
 Jereb, 35  
 Jesenko, 220  
 Johannessen, 132  
 Johnstone, 80-81  
 Kahneman, 44  
 Kalseth, 116  
 Kaplan, 102  
 Kazua, 99  
 Kersnič, 57

Keating, 128  
 Kejžar, 33  
 Kelly, 91-92, 100-101  
 King, 34, 57  
 Kirkpatrick, 29  
 Kits, 103-104  
 Kittrell Chitty, 25  
 Kitchener, 29  
 Kodelja, 36, 82-83  
 Kovač, 117  
 Kos Grabnar, 67  
 Konno, 32, 134  
 Kogut, 99  
 Kogovšek, 53  
 Košmelj, 229  
 Kramberger, 30, 41  
 Kump, 25, 36, 84-85  
 Kunda, 119  
 Kulvisaechana, 95, 106  
 Kvas, 171  
 Landon, 128  
 Lambooy, 134  
 Larsen, 79, 100  
 Larson, 30  
 Laschinger, 81  
 Leicht, 29  
 Leidner, 32, 134  
 LeMone, 66  
 Leskovšek, 53  
 Levinthal, 133  
 Levitt, 35, 133  
 Liebowitz, 116  
 Lillis, 66  
 Lindkvist, 89  
 Lockwood, 69  
 Lowendahl, 148  
 Lowry, 58, 64, 272  
 Luft, 128  
 Lusch, 102  
 Lyles, 35  
 Lynch, 94  
 Lyotard, 75  
 Macdonald, 62-64  
 Maček, 100  
 Magalhaes, 32  
 Malon, 99  
 Manhart Barrett, 57  
 March, 35, 133  
 Marentič Požarnik, 44  
 Marquardt, 126  
 Marrs, 58, 64, 272  
 Matell, 44  
 Matthews, 81  
 Matthews, 81, 80  
 May, 130  
 Mayo, 81  
 Maze, 33  
 Medlin, 128  
 Malone, 90, 93  
 McClelland, 25, 75  
 McCoach, 44  
 McGregor, 68, 94, 104  
 McLaughlin, 29  
 Miers, 77  
 Mintzberg, 106, 123, 127  
 Mohrman, 25, 88  
 Morley, 105,  
 Morgan, 25, 29  
 Morrell, 58  
 Mouritsen, 100  
 Mouritsen, 79  
 Možina, 35, 117-118  
 Munchus, 134  
 Muršak, 36, 83  
 Nahapiet, 99-101, 103, 105-106, 171  
 Neal, 25, 29  
 Nettleton, 66, 79, 273  
 Nijhof, 85  
 Nonaka, 32, 96, 99, 119, 100, 106, 116,  
 128-131, 133-134, 283  
 Nonaka, 32, 96, 100, 106, 116, 119, 128-  
 130, 133, 283  
 Norton, 102  
 Olsen, 132  
 Olaisen, 132  
 Ovijač, 142  
 Pahor, 55-56, 58, 60-61, 64-65, 77, 88, 108,  
 140, 142-143, 272, 279  
 Panjkihar, 127  
 Parkin, 25, 62, 269  
 Parse, 57  
 Pavčič Trškan, 57

Pech, 68, 94, 104  
 Penrose, 100  
 Pannorius, 25, 87  
 Philips, 80  
 Pidgeon, 126  
 Picken, 95, 105  
 Polanyi, 100, 109  
 Prahalad, 100  
 Parasuraman, 91  
 Preisendorfer, 96, 170, 283  
 Premović, 32  
 Preston, 25, 31, 86  
 Požun, 67  
 Prusak, 95, 131-132  
 Pruxty, 76  
 Reed, 75  
 Reid Ponte, 80-81  
 Reilly, 91  
 Reverby, 54  
 Riska, 74, 80  
 Robinson, 59  
 Rodriguez, 105  
 Robson, 76  
 Roehl, 100  
 Rogers, 57  
 Roos, G., 100  
 Roos, J., 100  
 Rown, 223  
 Røyrvik, 103  
 Rubin, 128  
 Sagadin, 171  
 Saint Onge, 99  
 Salmador, 105  
 Salmi, 32  
 Salvadores, 80-81  
 Salvage, 60  
 Salsali, 77, 81  
 Schneider, 80-81  
 Schultz, 90, 93  
 Seljak, 47, 171  
 Senge, 35, 126  
 Sheldona, 69  
 Sieloff, 80, 81  
 Simon, 32, 35, 125, 128, 282  
 Singer, 127  
 Singh, 116  
 Sitar, 94, 101, 105, 121, 125, 129-130, 282-283  
 Skandia, 94  
 Smith, 100, 171  
 Snell, 68, 101-102, 131  
 Slocum, 111  
 Southon, 25, 73  
 Spender, 99  
 Squires, 29  
 Starbuck, 133  
 Starc, 36, 39, 67-89, 93, 95-97, 102, 109, 110-111, 114-118, 121, 123-125, 127, 138-139, 142, 156, 158, 160-163, 165-170, 228, 233-234, 236-239, 241, 243, 245, 247, 249, 251, 268, 272, 282  
 Stare, 47, 221  
 Stefi, 58  
 Steer, 32  
 Stewart, 99-100, 103, 104, 148  
 Stiles, 95, 106  
 Stovel, 103  
 Strauss, 50-51  
 Sullivan, 29, 99-100, 103  
 Suddaby, 29  
 Sveiby, 94, 99, 102, 104, 131, 148  
 Svensson, 59, 69, 88  
 Szulanski, 131  
 Šlajmer Japelj, 57  
 Štebe, 54-55  
 Takeuchi, 32, 96, 100, 106, 116, 119, 128-129, 130, 133, 283  
 Tavčar, 119-121  
 Taylor, 66  
 Tell 89  
 Teece, 111, 119, 124  
 Tilak, 32  
 Trunk Širca, 63  
 Turner, 25, 30, 60, 69, 72-73, 76, 78, 80, 88, 127, 269, 278  
 Tversky, 44  
 Tweed, 68, 94, 104  
 Ule, 65, 78  
 Ulrich, 100-101, 103  
 Urh, 152  
 Vaughan, 59  
 Voelpel, 133

von Krogh, 99, 126, 133, 200  
Walby, 31, 61-62, 64, 108, 272, 279  
Watson, 29  
Westnes, 104  
Whipp, 29  
WHO, 34, 59, 108  
Willis, 30, 69, 74, 276  
Wiig, 117  
Wilkinson, 77  
Wilkinson A., 29  
Willmonth High, 76

Witz, 56, 60  
Wong in Aspinwall, 32, 119, 125, 128, 282  
Wright, 68, 101-102, 131  
Zabada, 134  
Zander, 99  
Zelek, 80  
Zeiler, 96, 170, 283  
Zubero, 80  
Železnik, 34  
Žontar Vukasović, 33

## 23 STVARNO KAZALO

- aktivna udeležba, 27, 37, 38, 94, 207, 257, 259-261, 263, 265, 282, 284
- aktivni potencial, 38, 89, 94, 109, 111-114, 125, 127, 129, 148-150, 152, 267, 287
- avtonomija, 27, 30, 37, 43, 44, 46, 47, 50, 52, 55, 61, 63, 66, 69, 73, 77-79, 119, 125, 127, 147, 150-151, 223, 228, 233, 237, 240-242, 245, 252, 254-255, 269, 272-273, 276-279
- avtoriteta, 63, 73
- celostni pristop, 30, 66
- človekov kapital, 23-26, 28, 30, 32, 34-36, 38, 41, 63, 68, 84, 86, 88-96, 99, 100-111, 114, 121, 125, 127, 148-150, 153, 171, 267-268, 275, 277, 282-283, 285, 286
- ekspertize, 34, 58, 73, 78, 88, 94-95, 116, 119, 123, 125, 127, 133, 146, 148, 150-151, 153
- elementi profesionalizacije, 22-24, 43, 67, 155
- elite, 74
- elitizem, 60
- etika, 25, 28, 33, 43, 47, 58-59, 68, 76, 79, 146-147, 172, 174, 184, 186, 199-200, 207, 220, 223-224, 228, 231-233, 237-239, 241, 243, 245, 247, 250, 266, 269, 271-273, 280
- hierarhija, 22, 70, 144
- intelektualni kapital, 26, 31, 36, 38-39, 52, 90, 94, 98, 99-103, 109, 114, 148-149, 171, 267, 269
- intelektualno delo, 107-108, 119
- kakovost zdravstvenih storitev, 69, 72, 87.-89, 287
- kapital, 23-24, 26, 29, 34, 36, 38, 63, 68, 88-92, 94-95, 98, 99-104, 106-109, 114, 134-135, 148, 149, 152-153, 171, 267-275, 282
- kompetence, 37, 63, 88, 93-94, 103, 109, 148, 237-239, 242-243, 245, 247, 249-250, 252
- menedžment, 23, 25-26, 34, 36, 4-43, 61, 86-87, 100, 116-121, 125-126, 129, 135, 283
- menedžment zdravstvenih organizacij, 5, 24, 116
- moč, 29, 33, 40, 44, 47, 60, 62, 64, 69, 72, 75-77, 80, 97, 131, 133, 146-148, 151, 171, 174, 212-213, 223, 228, 230, 240, 256-257, 265, 271-273, 279, 280-281
- mrežni kapital, 26, 104, 105
- negovalni tim, 22, 65
- negovanje, 54
- odgovornost, 35-56, 57, 59, 61, 72, 82, 84, 93, 97, 118, 147, 237-239, 242-243, 248-250, 252
- organizacijsko učenje, 26, 132-133
- podrejenost, 56, 245
- poklic, 29, 58, 74
- poklicna hierarhija, 56
- poklicna strategija, 29, 58
- poklicne skupine, 24, 43, 57, 59, 61, 64, 73, 147, 148
- polprofesija, 29, 59, 62
- profesije, 29-30, 33, 40, 43, 55, 59-64, 68-79, 88-89, 107, 127, 146-148, 276, 278, 287
- profesionalci, 28, 30, 50, 58-59, 74, 78, 106, 123, 148, 239, 246, 251-253, 287
- profesionalizacija, 23, 28-30, 33, 35, 40, 43, 46, 50-52, 58, 60-61, 63, 69, 72-73, 75-76, 87, 107, 146, 164, 172, 223, 227, 238, 240, 246-248, 254-255, 269, 273, 282, 283
- profesionalizacija zdravstvene nege, 5, 22-30, 36-37, 39, 40, 42-44, 46-48, 55, 57-58, 60-61, 63-64, 66-69, 73-78, 80, 88-89, 127, 146, 152-153, 171-172, 176-177, 182-183, 186-187, 192, 199-200, 207-208, 210, 218-219, 221, 223-224,

229, 231-235, 247, 258, 266, 269, 271-281  
 profesionalna birokracija, 123  
 profesionalna moč, 28, 43, 52, 61, 72, 76-78, 80, 147-148, 174, 190, 192-193, 257, 265, 279  
 samoregulacija, 29, 61, 77, 147, 279  
 samostojnost, 56, 237-240, 242, 248, 252, 255, 257  
 socialni kapital, 26, 100, 102, 104-105, 108, 152  
 standardi, 33, 57, 63, 73, 86, 93  
 strokovna avtonomija, 28, 171-173, 186, 187, 192-193, 196, 199-200, 207-208, 210, 218-219, 223, 231-233, 259-260, 271, 276, 277, 281  
 strokovnjaki, 78, 106, 108, 122, 154, 188, 191, 193, 200, 203, 235, 237, 243, 244, 259, 272, 276, 285, 287  
 strukturni kapital, 25, 26, 90-91, 99, 101-104, 110  
 subordinacija, 54, 55, 60, 77, 127, 147, 151  
 timsko delo, 57-58, 132, 151  
 vseživljenjsko izobraževanje, 81, 83  
 vseživljenjsko učenje, 24-25, 27-28, 30-31, 34-36, 38, 44, 47, 63, 81-87, 91, 95, 100, 107, 109, 110, 126, 151-152, 170-174, 186, 192-193, 199, 200-203, 207-208, 210-211, 213, 218-219, 223, 228, 231-233, 248, 253, 255-256, 261-263, 267, 271-273, 277-279, 281-284, 286  
 zdravje, 22-23, 33, 57, 90, 278-279  
 zdravniki, 23, 54, 56, 64, 77, 80, 106, 136  
 zdravniška profesija, 56, 127, 151, 276  
 zdravstvena nega, 5, 22-44, 46-65, 71, 77-81, 86-89, 93, 96-97, 106-109, 111, 123, 125-128, 139-145, 147-155, 162-164, 17-177, 181-189, 191-197, 199, 200, 203, 207-208, 210-213, 218, 219-221, 223-224, 227-229, 231-235, 237-262, 264, 266-269, 271-287  
 zdravstvena poklicna veriga, 23, 43, 56, 58, 60-63, 65, 69-72, 74, 77, 88, 108, 147, 153  
 znanje, 23-38, 40-41, 43-44, 46-47, 51-52, 55-64, 68-70, 72, 74, 76-90, 92-97, 99-112, 114, 116-122, 124-135, 137-142, 146-154, 164, 167-174, 176, 178, 181, 186-189, 192-193, 195-196, 199-200, 202-204, 207-224, 227-229, 231-233, 237-245, 247-250, 252-257, 262-265, 267-273, 275-282, 284-286, 287  
 2<



## 24 PRILOGE

### *PRILOGA A: Anketni vprašalnik*

## ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani,

*Pomembna sestavina profesionalizacije zdravstvene nege je proces izobraževanja in učenja. Da bi lahko ugotovil značilnosti tega dejavnika v Sloveniji, v okviru doktorske disertacije izvajam raziskavo z naslovom: **Izobraževanje kot dejavnik profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji: vloga profesionalnega in krovnega menedžmenta**. Sestavni del raziskave, ki jo izvajam na reprezentativnem vzorcu viš.med. sester/viš. med. tehnikov, dipl. med. sester/dipl. zdravstvenikov, prof. zdr. vzgoje, je tudi anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik se opira na instrumente raziskave iz leta 1998 na področju profesionalizacije babištvu v ZDA.*

*Prosim vas za sodelovanje, ki je prostovoljno in anonimno. S svojimi odgovori boste pomembno prispevali k celovitemu razumevanju tega pojava.*

**Raziskava poteka s podporo Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije**

*Hvala za vaš trud!*

**asist. Andrej Starc, univ. dipl. ped., dipl. zn.**

**Predstojnik oddelka za zdravstveno nego**

**Univerza v Ljubljani  
Visoka šola za zdravstvo  
Poljanska 26a  
1000 Ljubljana**

## 1. DEL - PROCES IZOBRAŽEVANJA IN UČENJA

1. V letu 2007 ste se procesa izobraževanja in učenja udeležili (obkrožite):

- a) nikoli
- b) 1 do 2 krat
- c) 3 do 4 krat
- d) 5 krat in več

2. Če ste se v letu 2007 udeležili procesa izobraževanja in učenja, katere od teh oblik so vam pripomogle k pridobitvi in nadgradnji znanja (v okencu pred odgovorom dopišite številko – možnih je več odgovorov): Vsak odgovor je opremljen z lestvico trditvev, in sicer:

**od 1 = najmanj pripomogla do 9 = najbolj pripomogla**

	formalno pridobivanje izobrazbe (npr. dodiplomski, podiplomski študij)
	interna izobraževanja
	učne delavnice
	seminarji ( <i>Slovenija</i> )
	seminarji ( <i>tujina</i> )
	kongresi ( <i>Slovenija</i> )
	kongresi ( <i>tujina</i> )
	konference ( <i>Slovenija</i> )
	konference ( <i>tujina</i> )
	simpozij ( <i>Slovenija</i> )
	simpozij ( <i>tujina</i> )
	tečaji
	strokovna srečanja
	drugo:

3. Ali vaša pridobitev novega znanja predstavlja tudi pridobitev za vašo zdravstveno organizacijo (obkrožite):

- a) da
- b) ne
- c) ne vem

4. V letu 2007 ste bili aktivni udeleženec/ka (npr. vodili ste delavnico, predavali na strokovnem srečanju ipd.) v procesu izobraževanja in učenja (obkrožite):

- a) nikoli
- b) 1 do 2 kat
- c) 3 do 4 krat
- d) 4 in več kra

## II. DEL – PROFESIONALIZACIJA IN AVTONOMIJA ZDRAVSTVENE NEGE

Navodila: navedene trditve se navezujejo na nekatere vidike profesionalizacije in avtonomije zdravstvene nege. Vsak odgovor je opremljen z lestvico trditev, in sicer:

**od 1 = sploh se ne strinjam do 4 = popolnoma se strinjam**

Za vsak odgovor izberite stopnjo strinjanja. Ne obstajajo napačni in niti pravilni odgovori. Prosim, da obkrožite stopnjo strinjanja za vsako trditev.

<b>Profesionalizacija je proces pridobivanja</b>				
pristojnosti profesije preko kompetenc, ki so potrebne za legitimacijo monopolne prakse za zadovoljevanje družbenih potreb (Abbott 1988)				
<b>Avtonomija je</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• legalni oziroma politični privilegij, ki onemogoča poseganje drugih profesij v lastno dejavnost (npr. podeljevanje licenc oziroma državna registracija),</li> <li>• nadzor nad sistemom specialnega znanja in veščin (npr. izobraževanje v specialnih izobraževalnih ustanovah) ter</li> <li>• obstoj kodeksa etike (namen kodeksa etike je javno zagotovilo, da temu poklicu lahko zaupajo) (Giddey 1995).</li> </ul>				
Redno berem strokovne revije s področja zdravstvene nege.	1	2	3	4
Imam priložnost presojsati o delu kolegov in kolegic.	1	2	3	4
Pri svojem delu sprejemam samostojne odločitve.	1	2	3	4
Pripadniki/ce zdravstvene nege smo resnično »poklicani« za ta poklic.	1	2	3	4
Korist, ki jo zdravstvena nega daje družbi, ni povsem raziskana.	1	2	3	4
V zdravstveni negi se zavedamo lastnih kompetenc.	1	2	3	4
Pri svojem delu nimam dovolj priložnosti uresničevati lastne presoje.	1	2	3	4
Moje odločitve v zvezi z delom niso pod vplivom kritik kolegov/ic.	1	2	3	4
Težko ohranjam svoje navdušenje nad zdravstveno nego zaradi njene nizke samostojnosti.	1	2	3	4
Drugi poklici so za družbo bolj pomembni kot je zdravstvena nega.	1	2	3	4
Večina pripadnikov/ic zdravstvene nege ne verjame v lastno delo.	1	2	3	4
Zdravstvena nega je nujno potreben poklic.	1	2	3	4
Eden od problemov zdravstvene nege je ta, da nihče od kolegov/ic ne ve, kaj kdo dela.	1	2	3	4
Večina pripadnikov/ic zdravstvene nege bi ostala v poklicu, četudi bi se znižali osebni dohodki.	1	2	3	4
Pri svojem delu sem strokovnjak/inja.	1	2	3	4
Zdravstvena nega predstavlja konkurenco medicini.	1	2	3	4
Samostojno lahko ugotavljam vse bolnikove potrebe.	1	2	3	4
Pripadniki/ce zdravstvene nege imajo interes spodbujati napredek stroke.	1	2	3	4

### III. DEL – VSEŽIVLJENJSKO UČENJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Navodila: navedene trditve se navezujejo na nekatere vidike vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi. Vsak odgovor je opremljen z lestvico trditvev, in sicer:

**od 1 = sploh se ne strinjam do 4 = popolnoma se strinjam**

Ne obstajajo napačni in niti pravilni odgovori. Prosim, da obkrožite stopnjo strinjanja za vsako trditev.

#### Vseživljenjsko učenje

Po definiciji OECD (2000a) se vseživljenjsko učenje nanaša na "vse organizirano in sistematično izobraževanje ter izpopolnjevanje, kjer ljudje sodelujejo za pridobitev novega znanja, novih veščin za potrebe sedanjega in/ali bodočega dela".

Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu osebnemu razvoju.	1	2	3	4
Vseživljenjsko učenje pripomore k razvoju zdravstvene nege.	1	2	3	4
Vseživljenjsko učenje pripomore k izboljšani izvedbi mojega strokovnega dela.	1	2	3	4
Vseživljenjsko učenje mi omogoča nadgradnjo znanja s področja zdravstvene nege.	1	2	3	4
Vseživljenjsko učenje vpliva na moj etični odnos do bolnikov.	1	2	3	4
Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen/a, podpira vseživljenjsko učenje.	1	2	3	4
Vodstvo zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen/a, vlaga v moje vseživljenjsko učenje.	1	2	3	4
Cilj zdravstvene organizacije, v kateri sem zaposlen/a, je tudi vseživljenjsko učenje zaposlenih.	1	2	3	4
Vseživljenjsko učenje mi omogoča večjo pripadnost zdravstveni organizaciji.	1	2	3	4
Vseživljenjsko učenje mi omogoča večjo motivacijo na delovnem mestu.	1	2	3	4
Vseživljenjsko učenje mi omogoča nadgradnjo strokovnega znanja.	1	2	3	4
Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu učinkovitemu prilagajanju na spremenjene pogoje dela.	1	2	3	4
Vseživljenjsko učenje pripomore k mojemu učinkovitemu sprejemanju nove tehnologije.	1	2	3	4

#### IV. DEL – ZNANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Navodila: navedene trditve se navezujejo na nekatere vidike znanja v zdravstveni negi. Vsak odgovor je opremljen z lestvico trditev, in sicer:

**od 1 = sploh se ne strinjam do 4 = popolnoma se strinjam**

Ne obstajajo napačni in niti pravilni odgovori. Prosim, da obkrožite stopnjo strinjanja za vsako trditev.

<b>Znanje v zdravstveni negi</b>				
Znanje kot nenehna in spreminjajoča se kombinacija naših izkušenj, vrednot, informacij, strokovnega razumevanja, predstavlja ogrodje, v katerega dodajamo nove izkušnje in informacije.				
Znanje mi omogoča večjo prilagodljivost na delovnem mestu.	1	2	3	4
Znanje mi omogoča večjo inovativnost na delovnem mestu.	1	2	3	4
Tudi moje znanje prispeva k osamosvajanju zdravstvene nege.	1	2	3	4
Znanje moram nenehno obnavljati, dopolnjevati in nadgrajevati.	1	2	3	4
Znanje je dejavnik napredka v zdravstveni negi.	1	2	3	4
Znanje predstavlja vir vrednosti v zdravstveni negi.	1	2	3	4
Znanje je sposobnost definirati situacijo in se na podlagi tega tudi ravnati.	1	2	3	4
Znanje mi omogoča, da imam pri svojem delu moč in vpliv.	1	2	3	4
V primeru kočljivih delovnih situacij se posvetujem s kolegi/cami (pripadniki istega poklica oz. stroke).	1	2	3	4
Imam vsa znanja in spretnosti za kakovostno opravljanje zdravstvene nege.	1	2	3	4
Znanje mi omogoča doseganje optimalnega izkoristka uporabljenih sredstev.	1	2	3	4
Znanje mi omogoča uvajanje novih metod dela.	1	2	3	4

## V. DEL – PROFESIONALNA MOČ V ZDRAVSTVENI NEGI

Navodila: navedene trditve se navezujejo na nekatere vidike profesionalne moči v zdravstveni negi. Vsak odgovor je opremljen z lestvico trditvev, in sicer:

**od 1 = sploh se ne strinjam do 4 = popolnoma se strinjam**

Ne obstajajo napačni in niti pravilni odgovori. Prosim, da obkrožite stopnjo strinjanja za vsako trditev.

<b>Profesionalna moč pomeni</b> Samostojno vodenje in izvajanje zdravstvene nege.				
Profesionalna moč je temelj zdravstvene nege.	1	2	3	4
Profesionalna moč pomeni izključno pravico uporabe znanj o zdravstveni negi.	1	2	3	4
Profesionalna moč pomeni samostojno izvajanje zdravstvene nege.	1	2	3	4
Profesionalna moč pomeni delovati kot profesionallec.	1	2	3	4
Profesionalna moč temelji na profesionalnem znanju.	1	2	3	4
Določitev področja delovanja zdravstvene nege bi zagotovilo profesionalno moč.	1	2	3	4
Profesionalna moč pomeni učinkovitejši izkoristek delovnega časa.	1	2	3	4
Profesionalna moč temelji na prenosu teoretičnih vsebin v prakso.	1	2	3	4
Profesionalna moč pomeni delegiranje odgovornosti podrejenim.	1	2	3	4
Profesionalna moč pomeni izboljševanje procesa dela.	1	2	3	4
Profesionalna moč pomeni, da lahko drugim določam zahtevnost dela.	1	2	3	4

## VI. DEL – ETIKA V ZDRAVSTVENI NEGI

Navodila: navedene trditve se navezujejo na nekatere etične vidike a v zdravstveni negi. Vsak odgovor je opremljen z lestvico trditvev, in sicer:

**od 1 = sploh se ne strinjam do 4 = popolnoma se strinjam**

Ne obstajajo napačni in niti pravilni odgovori. Namen anketnega vprašalnika je proučevanje vašega mnenja. Prosim, da obkrožite stopnjo strinjanja za vsako trditev.

Etika vsebuje oblikovanje sodb (kaj je v situaciji prav in kaj narobe).	1	2	3	4
V zdravstveni negi so etična ravnanja odvisna od vseživljenjskega učenja.	1	2	3	4
Etika je ponotranjenje vrednot o zdravstveni negi.	1	2	3	4

Prosim, komentirajte naslednjo trditev:

**Profesionalec/ka zdravstvene nege je avtonomni/a strokovnjak/inja, ki v zdravstvenem timu enakovredno sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja.**

Prosim, dopolnite:

**Profesionalizacija zdravstvene nege je:**

Spol (obkrožite):

- a) ženska
- b) moški

Število let delovne dobe (obkrožite):

- a) 0 do 5
- b) 6 do 10
- c) 11 do 15
- d) 16 do 20
- e) 21 do 25
- f) nad 26

Vaša starost (obkrožite):

- a) 20 do 30
- b) 31 do 40
- c) 41 do 50
- d) 51 do 60
- e) nad 61 let

Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe (obkrožite):

- a) višja
- b) visokostrokovna
- c) univerzitetna
- d) specializacija (po visokostrokovni izobrazbi)
- e) specializacija (po univerzitetni izobrazbi)
- f) magisterij
- g) doktorat

Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija (obkrožite):

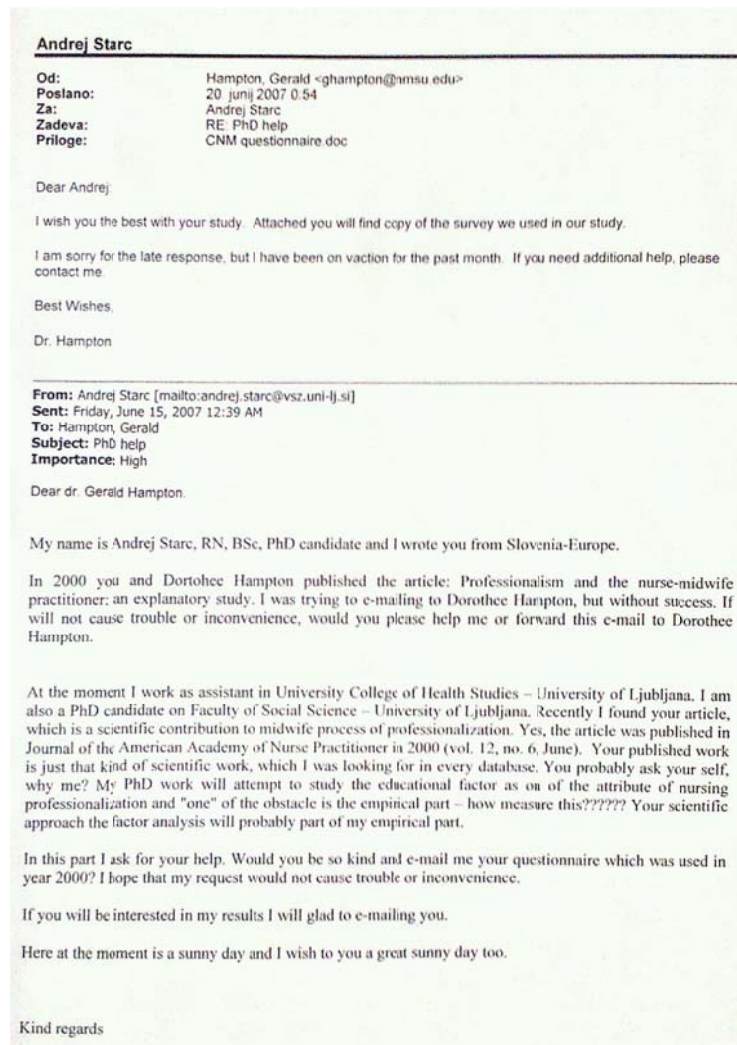
- a) primarni (npr. zdravstveni dom)
- b) sekundarni (npr. splošna bolnišnica)
- c) terciarni (npr. klinika, inštitut)

Vaše delovno mesto v organizaciji je (obkrožite):

- a) Izvajalec/ka zdravstvene nege na oddelku
- b) Timski/ka medicinska sestra/zdravstvenik
- c) Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (npr. glavna/ni medicinska sestra/zdravstvenik enega oddelka)
- d) Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (npr. glavna/ni medicinska sestra/zdravstvenik večih oddelkov)
- e) Vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (npr. glavna/ni medicinska sestra/zdravstvenik zavoda)



**PRILOGA B: Pisno soglasje avtorjev Hampton in Hampton**



Prevod odgovora z dne 20. 6. 2007:

Dragi Andrej:

Pri vašem študiju vam želim vse dobro. V prilonki boste lahko našli kopijo anketnega vprašalnika, ki smo ga uporabili v naši raziskavi.

Za zamudo pri odgovoru se vam opravičujem, ampak v zadnjem mesecu sem bil na dopustu. V kolikor boste potrebovali dodatno pomoč me lahko kontaktirate.

Z lepimi željami

Dr. Hampton

**PRILOGA C: Anketni vprašalnik avtorjev Hampton in Hampton**

**Part I - PROFESSIONALISM**

**Instructions:** The following set of statements relates to how you feel about certain aspects of being a professional midwife. For each statement please show the extent to which you agree or disagree by circling the number from 1, strongly agree, to 7, strongly disagree. You may circle any of the numbers in between that show how strong your feelings are. There are no right or wrong responses. We are only interested in your opinions. *Please respond to all statements using the following scale.*

1=Strongly Agree	2=Agree	3=Somewhat Agree	4=Not Sure [neither Agree nor Disagree]	5=Somewhat Disagree	6=Disagree	7=Strongly Disagree
------------------	---------	------------------	---	---------------------	------------	---------------------

	1	2	3	4	5	6	7	<i>Codes</i>
1. I systematically read the professional publications in midwifery.	1	2	3	4	5	6	7	01
2. I have ample opportunity to judge how other midwives do their jobs.	1	2	3	4	5	6	7	<u>02</u>
3. I make my own decisions regarding my work.	1	2	3	4	5	6	7	<u>03</u>
4. It encourages me to see the high level of idealism maintained by people in midwifery.	1	2	3	4	5	6	7	<u>04</u>
5. I feel midwifery is essential to society.	1	2	3	4	5	6	7	<u>05</u>
6. Midwifery associations don't do much for me.	1	2	3	4	5	6	7	<u>06</u>
7. I have a good idea how well others do their work.	1	2	3	4	5	6	7	<u>07</u>
8. We in midwifery have a real "calling" for the profession.	1	2	3	4	5	6	7	<u>08</u>
9. The benefits we midwives give to society are understated.	1	2	3	4	5	6	7	<u>09</u>
10. I try to attend midwifery conferences at least annually.	1	2	3	4	5	6	7	<u>10</u>
11. Midwifery is an indispensable occupation.	1	2	3	4	5	6	7	11
12. We midwives have a good idea about each other's competence.	1	2	3	4	5	6	7	<u>12</u>
13. I don't have much opportunity to exercise my own Judgement.	1	2	3	4	5	6	7	<u>13</u>
14. The dedication of people in midwifery is very gratifying.	1	2	3	4	5	6	7	<u>14</u>
15. My own decisions are subject to review.	1	2	3	4	5	6	7	15
16. I believe our professional associations of midwifery Should be supported.	1	2	3	4	5	6	7	<u>16</u>

17. My enthusiasm for midwifery is difficult to maintain since there is little autonomy. 1 2 3 4 5 6 7 17

1=Strongly Agree	2=Agree	3=Somewhat Agree	4=Not Sure [neither Agree nor Disagree]	5=Somewhat Disagree	6=Disagree	7=Strongly Disagree
------------------	---------	------------------	---	---------------------	------------	---------------------

	1	2	3	4	5	6	7	<i>Codes</i>
18. Other occupations are more important to society than midwifery.	1	2	3	4	5	6	7	<u>18</u>
19. We midwives have no way to judge each other's competence.	1	2	3	4	5	6	7	<u>19</u>
20. Most of my decisions are reviewed by other people.	1	2	3	4	5	6	7	<u>20</u>
21. In midwifery very few people don't believe in their work.	1	2	3	4	5	6	7	<u>21</u>
22. While I intend to, I don't read midwifery journals to often.	1	2	3	4	5	6	7	<u>22</u>
23. If ever an occupation is indispensable, it is midwifery.	1	2	3	4	5	6	7	<u>23</u>
24. One problem in midwifery is that no one really knows what colleagues are doing.	1	2	3	4	5	6	7	<u>24</u>
25. Most of us would stay in midwifery even if our incomes were reduced.	1	2	3	4	5	6	7	<u>25</u>

**PLEASE COMMENT ON THE FOLLOWING DEVELOPMENT:**

In the state of Texas, the Board of Nurse Examiners Certifying Body, recently adopted a recommendation that requires a master's degree preparation for certification for all Nurse Practitioners, Nurse Anesthetists, and Clinical Nurse Specialists by the year 2007. The masters degree is not restricted to a school of nursing. The only category of advanced practice nurses who do not have a plan to require a master's degree to be certified is the Nurse Midwives.

In your opinion, what impact, if any, will this change likely have on the profession of midwifery:

## PART II - REWARDS

**Instructions:** In this part, we ask - “How much weight do you feel is given to the following factors at your place of work in distributing rewards among individuals?” **Please rate each statement by circling one of the numbers** on a seven point scale ranging from 1=considerable weight to 7=no weight.

		1	2	3	4	5	6	7	<i>Codes</i>
<b>Scale:</b>		Considerable Weight			Not Sure		No Weight		
1. Participation in professional associations.		1	2	3	4	5	6	7	26
		considerable weight			to			no weight	
2. High concern for patients or clients.		1	2	3	4	5	6	7	27
		considerable weight			to			no weight	
3. The ability to work independently.		1	2	3	4	5	6	7	28
		considerable weight			to			no weight	
4. Keeping up with the latest developments in midwifery.		1	2	3	4	5	6	7	29
		considerable weight			to			no weight	
5. Performing work of high quality.		1	2	3	4	5	6	7	30
		considerable weight			to			no weight	
6. Professional behavior.		1	2	3	4	5	6	7	31
		considerable weight			to			no weight	
7. Professional dress.		1	2	3	4	5	6	7	32
		considerable weight			to			no weight	
8. Continuous education.		1	2	3	4	5	6	7	33
		considerable weight			to			no weight	
9. Not engaging in unethical behavior.		1	2	3	4	5	6	7	34
		considerable weight			to			no weight	

**PART III- RELATIONS**

**Instructions:** The following set of statements relates to how you and/or your organization relates and responds to patients. For each statement please show the extent to which you agree or disagree by circling the number from 1, strongly agree, to 7, strongly disagree. You may circle any of the numbers in between that show how strong your feelings are. There are no right or wrong responses. We are only interested in your responses. *Please respond to all statements using the following scale.*

1=Strongly Agree	2=Agree	3=Somewhat Agree	4=Not Sure [neither Agree nor Disagree]	5=Somewhat Disagree	6=Disagree	7=Strongly Disagree
------------------	---------	------------------	---	---------------------	------------	---------------------

*Codes*

1. Where I work, we meet with selected patients at least once a year to find out what services they will need in the future.	2	3	4	5	6	7	<u>35</u>
2. It takes us too long to decide how to respond to competitor's changes in fees.	1	2	3	4	5	6	<u>36</u>
3. Several of us in our units get together periodically to plan a response to changes in the healthcare environment.	1	2	3	4	5	6	<u>37</u>
4. If our competitors were to launch an advertising campaign to our patients, we would implement a response immediately.	2	3	4	5	6	7	<u>38</u>
5. We have interdepartmental meetings at least once a quarter to discuss health care trends and developments.	1	2	3	4	5	6	<u>39</u>
6. We periodically review the likely effect of changes in health care on patients.	1	2	3	4	5	6	<u>40</u>
7. When one unit or department finds out something important about competitors, it is slow to alert other units or departments.	1	2	3	4	5	6	<u>41</u>
8. In the unit or place I work, we do a lot of in-house market research.	2	3	4	5	6	7	<u>42</u>
9. Data on patient satisfaction are disseminated at all levels in this unit or department on a regular basis.	1	2	3	4	5	6	<u>43</u>
10. We poll patients at least once a year to assess the quality of our health services.	1	2	3	4	5	6	<u>44</u>
11. Some one in our unit is assigned to spend time discussing patients' future needs with other functional units.	1	2	3	4	5	6	<u>45</u>
12. We periodically review our service delivery to ensure that they are in line with what patients want.	1	2	3	4	5	6	<u>46</u>

1=Strongly Agree	2=Agree	3=Somewhat Agree	4=Not Sure [neither Agree nor Disagree]	5=Somewhat Disagree	6=Disagree	7=Strongly Disagree
------------------	---------	------------------	---	---------------------	------------	---------------------

	1	2	3	4	5	6	7	Codes
13. We are slow to detect shifts or changes in health care that impacts us.								47
14. When something important happens to a patient, the whole unit knows about it almost immediately.								48
15. For some reason or another, we tend to ignore changes in our patients' service needs.								49
16. The activities of the different units here are well coordinated.								50
17. Generally, patients' complaints fall on deaf ears around here.								51
18. We are slow to detect changes in our patients' service preferences.								52
19. When we find that patients would like us to modify a service, the units involved make concerted efforts to do so.								53
20. If we came up with a marketing plan to serve patients, we probably would not be able to implement it in a timely fashion.								54

1. Do you support the establishment and implementation of mechanisms to review and accredit non-nurse professional midwifery educational programs?	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> don't know	55
2. Do you think that all midwives should have college degrees?	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no opinion	56
3. In your opinion, should all midwives have college degrees in nursing?	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no opinion	57
4. Do you think that all midwives should have master degrees in nursing?	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no opinion	58
5. <b>Comments:</b> In my opinion, direct-entry midwifery educational programs are				

#### PART IV - MIDWIFE JOB SATISFACTION

**Instructions:** The following statements relates to how satisfied you are with your position as a midwife. Please respond to each and all statements by circling the number from 1, strongly agree, to 7, strongly disagree. Of course you may circle any of the numbers in between to show how strong your feelings are. There are no right or wrong responses. *Please respond to all statements using the following scale.*

1=Strongly Agree	2=Agree	3=Somewhat Agree	4=Not Sure [neither Agree nor Disagree]	5=Somewhat Disagree	6=Disagree	7=Strongly Disagree		
1. As a midwife, I am committed to provide sustained and continuous care for patients.	1	2	3	4	5	6	7	59
2. When confronted with patient problems, my knowledge & creativity helps solve them.	1	2	3	4	5	6	7	60
3. My present pay is satisfactory.	1	2	3	4	5	6	7	61
4. Nursing personnel in my organization do not hesitate to follow my orders	1	2	3	4	5	6	7	62
5. I have power & influence in my work situation.	1	2	3	4	5	6	7	63
6. It makes me proud to tell others about my job as a midwife.	1	2	3	4	5	6	7	64
7. Colleagues often ask my opinion regarding management of difficult cases.	1	2	3	4	5	6	7	65
8. Doctors show a great deal of respect for midwives.	1	2	3	4	5	6	7	66
9. I am a highly educated professional.	1	2	3	4	5	6	7	67
10. I do a good job in helping women determine the nature of their own care.	1	2	3	4	5	6	7	68
11. As a midwife, I am an advocate for the patient and her family.	1	2	3	4	5	6	7	69
12. On the whole, I am satisfied with my and skills of midwifery.	1	2	3	4	5	6	7	70
13. In my organization, care is done in a way to insure the dignity & integrity of the patient.	1	2	3	4	5	6	7	71
14. I am quick to grasp patients' problems, see alternative solutions and select appropriate solutions.	1	2	3	4	5	6	7	72
15. My main objective is to have midwifery care be a satisfying experience for the patient.	1	2	3	4	5	6	7	73
16. My knowledge and skills are sufficient for my scope of practice.	1	2	3	4	5	6	7	74

1=Strongly Agree	2=Agree	3=Somewhat Agree	4=Not Sure [neither Agree nor Disagree]	5=Somewhat Disagree	6=Disagree	7=Strongly Disagree		
17. There is a good deal of teamwork & cooperation between nurses and midwives on my job.	1	2	3	4	5	6	7	75
18. I am supervised more closely than necessary.	1	2	3	4	5	6	7	76
19. In my unit, physicians cooperate with midwives.	1	2	3	4	5	6	7	77
20. It is my impression that a lot of midwives are dissatisfied with their pay.	1	2	3	4	5	6	7	78
21. I have the skills & knowledge to do my job well.	1	2	3	4	5	6	7	79
22. There is a lot of teamwork between midwives and physicians in my unit.	1	2	3	4	5	6	7	80
23. Most of my colleagues seem willing to work with me as leader.	1	2	3	4	5	6	7	81
24. I handle most of my patients' problems Independently.	1	2	3	4	5	6	7	82
25. Most doctors look down too much on midwives.	1	2	3	4	5	6	7	83
26. I have sufficient time for patient care.	1	2	3	4	5	6	7	84
27. There is a lot of conflict in my relationship with nurses.	1	2	3	4	5	6	7	85
28. I feel dominated by doctors.	1	2	3	4	5	6	7	86
29. Nurses show a great deal of respect for midwives.	1	2	3	4	5	6	7	87
30. An upgrading of pay schedules for Midwives is needed in my opinion.	1	2	3	4	5	6	7	88
31. I have too little control over my work.	1	2	3	4	5	6	7	89
32. I have sufficient say in policies & procedures that impact my work in my organization.	1	2	3	4	5	6	7	90
33. Midwifery is a rewarding career.	1	2	3	4	5	6	7	91
34. I will probably continue working as a midwife for most of my working life.	1	2	3	4	5	6	7	92



35. Overall, I am highly satisfied working as a midwife.

1 2 3 4 5 6 7

93

## **PRILOGA Č: Strukturiran intervju za menedžment zdravstvenih organizacij**

- 1. Ali pridobitev novega znanja izvajalcev zdravstvene nege predstavlja tudi pridobitev za vašo organizacijo?**

DA NE

Če je odgovor DA: Naštete tiste vsebine zdravstvene nege za katere je pridobivanje znanja pomembno (npr. pedagogike, andragogike, higiene itd.)?

- 2. Ali smatrate, da je aktivna udeležba izvajalcev zdravstvene nege v izobraževanju (npr. vodenje delavnice, izvajanje predavanja itd.) pridobitev za zdravstveno organizacijo?**

DA NE

Če je odgovor DA: Kako vzpodbujate aktivno udeležbo zaposlenih v zdravstveni organizaciji (npr. prednost pri odobritvi izobraževanja ima aktivna udeležba, ali ima prednost starost/delovna doba)?

- 3. Ali ima v zdravstveni organizaciji (v organizacijski shemi) zdravstvena nega samostojno vlogo?**

DA NE

Če je odgovor DA: Ali vodstvo zdravstvene nege:

Samostojno odloča o kadru v zdravstveni negi?

Avtonomno zastopa interese zaposlenih v zdravstveni negi?

Katera so avtonomna področja vodstva zdravstvene nege v zdravstveni organizaciji?

### **Profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege**

- 4. Ali zaposleni v zdravstveni negi sodelujejo pri razvoju zdravstvene organizacije?**

DA NE

Če je odgovor DA: Naštete načine sodelovanja:

- 5. Ali strokovnjaki zdravstvene nege v zdravstveni organizaciji samostojno ugotavljajo bolnikove potrebe?**

DA NE

Če je odgovor DA: Ali jim samostojnost dovoljuje položaj? Ali jim samostojnost omogoča znanje, ki so si ga pridobili v procesu vseživljenjskega učenja?

- 6. Ali imajo izvajalci zdravstvene nege interes spodbujati napredek zdravstvene nege?**

DA NE

Če je odgovor DA: Katere so tiste spodbude s strani zdravstvene organizacije, ki jim omogoča spodbujati napredek njihove stroke?

### **Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi**

**7. Ali zdravstvena organizacija podpira vseživljenjsko učenje izvajalcev zdravstvene nege?**

DA NE

Če je odgovor DA: Naštejte načine podpore vseživljenjskega učenja izvajalcev zdravstvene nege? Naštejte oblike vlaganja/investiranja v vseživljenjsko učenje izvajalcev zdravstvene nege?

**8. Ali ima zdravstvena organizacija vseživljenjsko učenje izvajalcev zdravstvene nege postavljeno kot eden od svojih ciljev ?**

DA NE

Če je odgovor DA: Kako zdravstvena organizacija uresničuje cilj vseživljenjskega učenja izvajalcev zdravstvene nege?

**9. Ali v zdravstveni organizaciji vseživljenjsko učenje omogoča večjo motivacijo na delovnem mestu?**

DA NE

Če je odgovor DA: Kako menedžment zdravstvene organizacije meri in nagraduje njihovo motivacijo na delovnem mestu?

### **Znanje v zdravstveni negi**

**10. Na katere vidike dela po vašem vpliva znanje izvajalcev zdravstvene nege (npr. OŽJE: postopki, posegi; ŠIRŠE: druge vsebine)?**

**11. Kako se v zdravstveni organizaciji izvajalci zdravstvene nege prilagajajo na delovnem mestu?**

### **Profesionalna moč v zdravstveni negi**

**12. Kaj v okviru vaše organizacije pomeni samostojno izvajanje zdravstvene nege? (finančna avtonomija, strokovna avtonomija)**

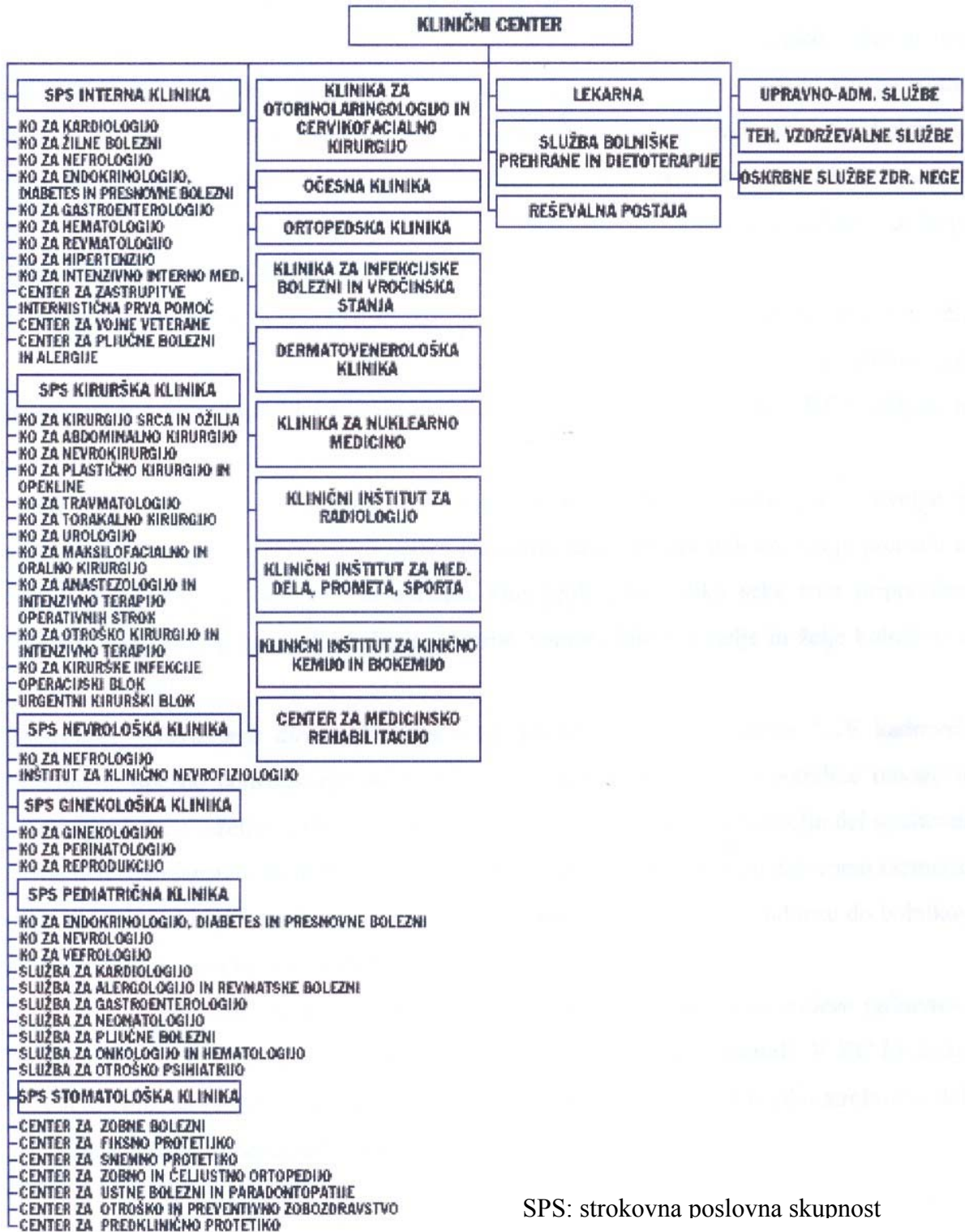
**13. Ali v zdravstveni organizaciji profesionalnost pomeni učinkovitejši izkoristek delovnega časa?**

DA NE

Če je odgovor DA: Ali v zdravstveni organizaciji izvajalci zdravstvene nege lahko samostojno oblikujejo vsebino svojega delovnega časa? Ali v zdravstveni organizaciji lahko izvajalci zdravstvene nege avtonomno predlagajo in/ali izboljšujejo proces lastnega dela?

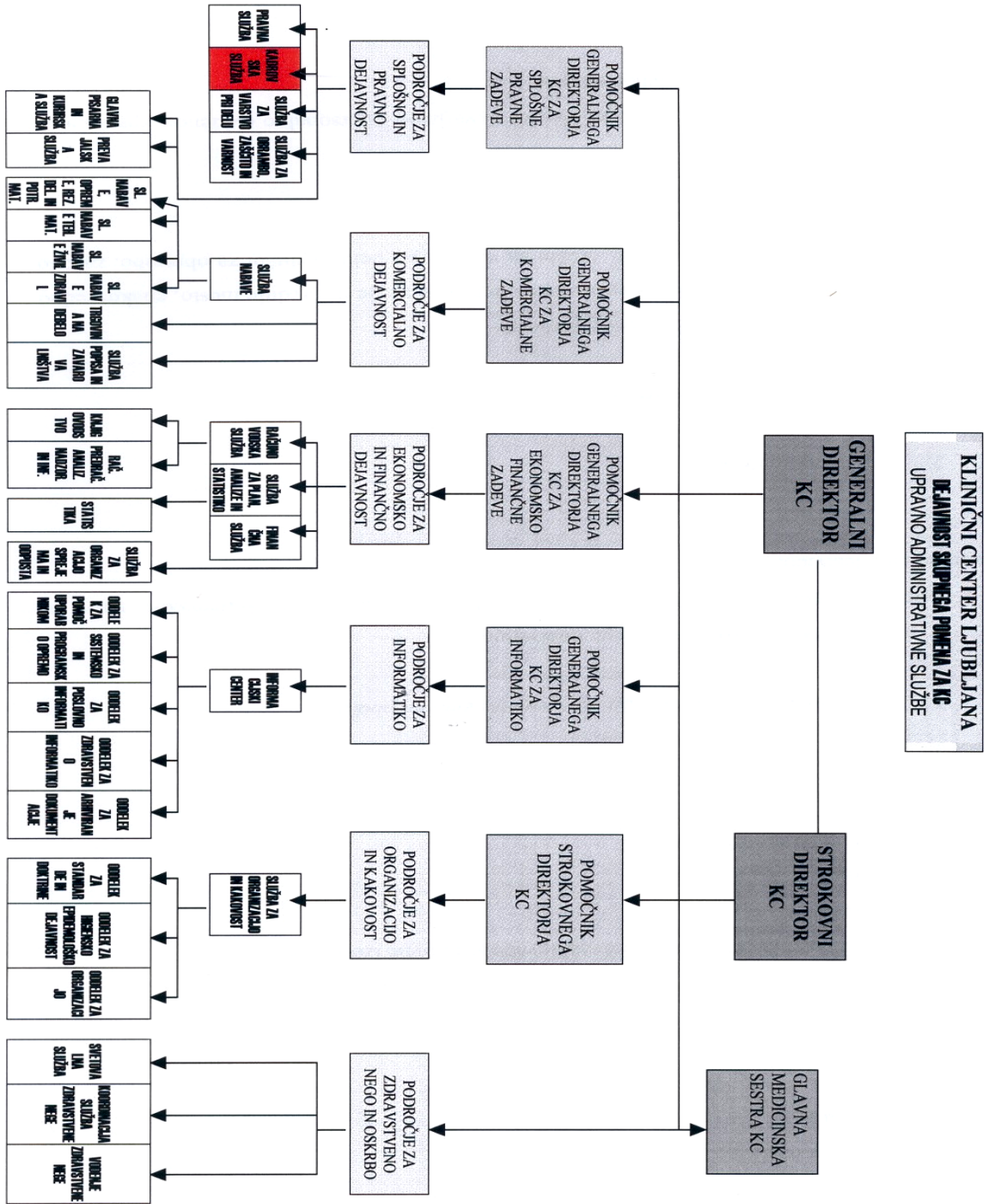
**PRILOGA D: Organizacijska struktura Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana**

Organizacijska struktura Univerzitetnega Kliničnega Centra Ljubljana



Vir: Klinični center Ljubljana (2003): Služba za statistiko in plane dela.

Funkcijska organizacija Univerzitetnega Kliničnega Centra Ljubljana



Vir: Klinični center Ljubljana (2003): Služba za statistiko in plane dela.

**PRILOGA E.1: Demografske značilnosti vzorca in hi-kvadrat test kontrolnih spremenljivk glede na ravni zdravstvenega varstva**

**Spol**

**Povzetek obdelanih primerov**

	Primeri					
	Veljavni		Manjkajoči		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
Spol * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	583	92,1%	50	7,9%	633	100,0%

Spol	Vse zdravstvene ravni			Primarna raven			sekundarna raven			Terciarna raven		
	f	%	residual	f	%	residual	f	%	residual	f	%	residual
Ženski	546	93,7	/	184	95,8	1,5	108	97,3	1,8	254	90,7	-2,8
Moški	37	6,3	/	8	4,2	-1,5	3	2,7	-1,8	26	9,3	2,8
Skupaj	583	100	/	192	100	/	111	100	/	280	100	/
Manjkajoče vrednosti	50	7,9										
Skupaj	<b>633</b>	<b>100</b>		<b>194</b>	<b>100</b>		<b>145</b>	<b>100</b>		<b>284</b>	<b>100</b>	

p=0,018  
 $\chi^2 = 8,084a$

**Hi-kvadrat Test**

	Vrednost	Stopinje prostosti	Asimpt. Sig. (dvostransko)
Pearson Hi-kvadrat	8,084 <sup>a</sup>	2	,018
Razmerje verjetij	8,449	2	,015
Linearna zveza	5,644	1	,018
N veljavnih primerov	583		

a. 0 celic (,0%) ima predvideno število manj kot 5. Minimalno pričakovano število je 7,04.

**Simetrične meritve**

		Vrednost	Približek T <sup>b</sup>	Približek Sig.	Asimpt. std. napaka <sup>a</sup>
Nominalno za Nominalno	Phi	,118		,018	
	Cramer V	,118		,018	
	Kontingenčni koeficient	,117		,018	
Intervalno	Pearsonov R	,098	2,385	,017 <sup>c</sup>	,039
Ordinalno	Spearmanova korelacija	,102	2,469	,014 <sup>c</sup>	,040
N veljavnih primerov		583			

a. Ne uporabimo ničelne hipoteze.

b. Uporaba neznačilne standardne napake ob predpostavki ničelne hipoteze.

c. Na podlagi normalnega približka.

## Starost

### Povzetek obdelanih primerov

	Primeri					
	Veljavni		Manjkajoči		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
Starost * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	572	90,4%	61	9,6%	633	100,0%

Starost	Vse zdravstvene ravni			Primarna raven			sekundarna raven			Terciarna raven		
	f	%	residual	F	%	residual	f	%	residual	f	%	residual
20 do 30	129	22,6	/	23	12,4	-4,0	22	20,8	-0,5	84	29,9	4,1
31 do 40	181	31,6	/	49	26,5	-1,8	47	44,3	3,1	85	30,2	-0,7
41 do 50	186	32,5	/	80	43,2	3,8	29	27,4	-1,3	77	27,4	-2,6
51 do 60	74	12,0	/	32	17,3	2,1	8	7,5	-1,8	34	12,1	-0,6
61 in več	2	0,3	/	1	0,5	0,5	0	0	-0,7	1	0,4	0
Skupaj	583	100	/	192	100	/	111	100	/	280	100	/
Manjkajoče vrednosti	61	9,6	/	9	4,6	/	39	26,9	/	3	1,1	/
Skupaj	<b>633</b>	<b>100</b>	/	<b>194</b>	<b>100</b>	/	<b>145</b>	<b>100</b>	/	<b>284</b>	<b>100</b>	/

p=0,000  
 $\chi^2 = 37,883a$

### Hi-kvadrat Test

	Vrednost	Stopnja prostosti	Asimpt. Sig. (dvostranski)
Pearsonov Hi-kvadrat	37,883 <sup>a</sup>	8	,000
Razmerje verjetij	38,462	8	,000
Linearna zveza	20,963	1	,000
N veljavnih primerov	572		

a. 3 celice (20,0%) imajo pričakovano število manj kot 5. Minimalno pričakovano število je 37.

### Simetrične meritve

		Vrednost	Približek T <sup>b</sup>	Približek Sig.	Asimpt. Std. napaka <sup>a</sup>
Nominalno za Nominalno	Phi	,257		,000	
	Cramer V	,182		,000	
	Kontingenčni koeficient	,249		,000	
Intervalno	Pearsonov R	-,192	-4,661	,000 <sup>c</sup>	,041
Ordinalno	Spearmanova korelacija	-,190	-4,623	,000 <sup>c</sup>	,041
	N veljavnih primerov	572			

a. Ne uporabimo ničelno hipotezo.

b. Uporaba neznačilne standardne napake ob prepostavki ničelne hipoteze.

c. Na podlagi normalnega približka.

## Število let delovne dobe

### Povzetek obdelanih primerov

	Primeri					
	Veljavni		Manjkajoči		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
Število let delovne dobe * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	572	90,4%	61	9,6%	633	100,0%

Delovna doba	Vse zdravstvene ravni			Primarna raven			sekundarna raven			Terciarna raven		
	f	%	residual	F	%	residual	f	%	residual	f	%	residual
0 do 5	105	18,4	/	20	10,8	-3,2	19	17,9	-0,1	66	23,5	3,1
6 do 10	88	15,4	/	18	9,7	-2,6	23	21,7	2,0	47	16,7	0,9
11 do 15	78	13,6	/	17	9,2	-2,1	20	18,9	1,7	41	14,6	0,7
16 do 20	61	10,7	/	29	15,7	2,7	8	7,5	-1,2	24	8,5	-1,6
21 do 25	108	18,9	/	41	22,2	1,4	18	17,0	-,6	49	17,4	-,9
nad 26	132	23,1	/	60	32,4	3,7	18	17,0	-1,7	54	19,2	-2,2
Skupaj	572	100	/	185	100	/	106	100	/	281	100	/
Manjkajoče vrednosti	61	9,6	/	9	4,6	/	39	26,9	/	3	1,1	/
Skupaj	633	100	/	194	100	/	145	100	/	284	100	/

p=0,000

$\chi^2 = 40,313a$

### Hi-kvadrat Test

	Vrednosz	Stopnja prostosti	Asimpt. Sig. (dvostransko)
Pearsonov Hi-kvadrat	40,313 <sup>a</sup>	10	,000
Razmerje verjetij	40,457	10	,000
Linearna zveza	23,813	1	,000
N veljavnih primerov	572		

a. 0 celic (,0%) im pričakovano število manj kot 5. Minimalno pričakovano število je 11,30.

### Simetrične meritve

		Vrednost	Približek T <sup>b</sup>	Približek Sig.	Asimpt. Std. napaka <sup>a</sup>
Nominalno za Nominalno	Phi	,265		,000	
	Cramer V	,188		,000	
	Kontingenčni koeficient	,257		,000	
Intervalno	Pearsonov R	-,204	-4,980	,000 <sup>c</sup>	,040
Ordinalno	Spearmanova korelacija	-,195	-4,755	,000 <sup>c</sup>	,041
	N veljavnih primerov	572			

a. Ne predpostavimo ničelne hipoteze.

b. Uporaba neznačilne standardne napake ob prepostavki ničelne hipoteze.

c. Na podlagi normalnega približka.



## Delovno mesto/funkcija v organizaciji

Povzetek obdelanih primerov

	Primeri					
	Veljavni		Manjkajoči		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
Vaše delovno mesto v organizaciji * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	575	90,8	58	9,2	633	100,0

Delovno mesto/funkcija v zdravstvenih organizacijah	Vse zdravstvene ravni			Primarna raven			sekundarna raven			Terciarna raven		
	f	%	residual	f	%	residual	f	%	residual	f	%	residual
Izvajalec/ka zdravstvene nege na oddelku	216	37,6	/	84	45,9	2,8	42	35,3	-0,6	90	33,0	-2,2
Timski/ka medicinska sestra/zdravstvenik	250	43,5	/	71	38,8	-1,5	52	43,7	0,1	127	46,5	1,4
Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja enega oddelka)	83	14,4	/	17	9,3	-2,4	20	16,8	0,8	46	16,8	1,6
Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja večjega števila oddelkov)	20	3,5	/	8	4,4	0,8	4	3,4	0	8	2,9	-0,7
Vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda)	6	1,0	/	3	1,6	1,0	1	0,8	-0,2	2	0,7%	-0,7
<b>Skupaj</b>	<b>575</b>	<b>100</b>	<b>/</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>/</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>/</b>	<b>273</b>	<b>100</b>	<b>/</b>
Ni podatka	58	9,2	/	11	5,7	/	26	17,9	/	11	3,9	/
<b>Skupaj</b>	<b>633</b>	<b>100</b>	<b>/</b>	<b>194</b>	<b>100</b>	<b>/</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>/</b>	<b>284</b>	<b>100</b>	<b>/</b>

p=0,109

$\chi^2 = 13,096a$

### Hi-kvadrat Test

	Vrednost	Stopnje prostosti	Asimpt. Sig. (dvostransko)
Pearsonov Hi-kvadrat	13,096 <sup>a</sup>	8	,109
Rarmerje verjetij	13,293	8	,102
Linearna zveza	3,092	1	,079
N veljavnih primerov	575		

a. 4 celice (26,7%) imajo pričakovano število manj kot 5. Minimalno pričakovano število je 1,24.

### Simetrične meritve

	Vrednost	Približek T <sup>b</sup>	Približek Sig.	Asimpt. Std. napaka <sup>a</sup>
Nominalno	Phi	0,151	0,109	
	Cramer V	0,107	0,109	
	Kontingenčni koeficient	0,149	0,109	
Intervalno	Pearsonov R	0,073	1,762	,079 <sup>c</sup>
Ordinalno	Spearmanova korelacija	0,101	2,424	,016 <sup>c</sup>
	N veljavnih primerov	575		

a. Ne predpostavimo ničelne hipoteze. b. Uporaba neznačilne standardne napake ob prepostavki ničelne hipoteze

c. Na podlagi normalnega približka

## Udeležba procesa izobraževanja in učenja

### Povzetek obdelave primerov

	Primeri					
	Veljavni		Manjkajoči		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
V letu 2007 ste se procesa izobraževanja in učenja udeležili * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	571	90,2%	62	9,8%	633	100,0%

V letu 2007 ste se procesa izobraževanja in učenja udeležili	Vse zdravstvene ravni			Primarna raven			sekundarna raven			Terciarna raven		
	f	%	residual	f	%	residual	f	%	residual	f	%	residual
nikoli	37	6,5	/	11	5,9	-0,4	3	2,8	-1,7	23	8,2	1,7
1 do 2 krat	231	40,5	/	64	34,4	-2,0	51	48,1	1,8	116	41,6	0,5
3 do 4 krat	194	34,0	/	77	41,4	2,6	32	30,2	-0,9	85	30,5	-1,7
5 in več krat	109	19,1	/	34	18,3	-0,3	20	18,9	0	55	19,7	0,4
Skupaj	571	100	/	186	100	/	106	100	/	279	100	/
Ni podatka	62	9,8	/	8	4,1	/	39	26,9	/	5	1,8	/
Skupaj	<b>633</b>	<b>100</b>	/	<b>194</b>	<b>100</b>	/	<b>145</b>	<b>100</b>	/	<b>284</b>	<b>100</b>	/

p=0,074

$\chi^2 = 11,513a$

### Hi-kvadrat Test

	Vrednost	Stopnje prostosti	Asimpt.. Sig. (dvostransko)
Pearsonov Hi-kvadrat	11,513 <sup>a</sup>	6	,074
Razmerje verjetij	11,854	6	,065
Linearno združenje	1,604	1	,205
N veljavnih primerov	571		

a. 0 celic (,0%) ima pričakovano število manj kot 5. Minimalno pričakovano število je 6,87.

### Simetrične meritve

		Vrednost	Približek T <sup>b</sup>	Približek Sig.	Asimpt.. Std. napaka <sup>a</sup>
Nominalno	Phi	,142		,074	
	Cramer V	,100		,074	
	Kontingenčni koeficient	,141		,074	
Intervalno	Pearsonov R	-,053	-1,267	,206 <sup>c</sup>	,042
Ordinalno	Spearmanova korelacija	-,058	-1,379	,168 <sup>c</sup>	,042
	N veljavnih primerov	571			

a. Ne predpostavimo ničelne hipoteze.

b. Uporaba neznačilne standardne napake ob prepostavki ničelne hipoteze.

c. Na podlagi normalnega približka.

## Aktivna udeležba v procesu izobraževanja in učenja

### Povzetek obdelave primerov

	Primeri					
	Veljavni		Manjkajoči		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
V letu 2007 ste bili aktivni udeleženec/ka (npr. vodili ste delavnico, predavali na strokovnem srečanju ipd.) v procesu izobraževanja in učenja * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	570	90,0%	63	10,0%	633	100,0%

V letu 2007 ste bili aktivni udeleženec/ka (npr. vodili ste delavnico, predavali na strokovnem srečanju ipd.) v procesu izobraževanja in učenja	Vse zdravstvene ravni			Primarna raven			sekundarna raven			Terciarna raven		
	f	%	residual	f	%	residual	f	%	residual	f	%	Residual
nikoli	373	65,4	/	134	73,2	2,7	81	75,7	2,5	158	56,4	-4,4
1 do 2 krat	135	23,7	/	32	17,5	-2,4	21	19,6	-1,1	82	29,3	3,1
3 do 4 krat	27	4,7	/	4	2,2	-2,0	2	1,9	-1,5	21	7,5	3,1
5 in večkrat	35	6,1	/	13	7,1	0,7	3	2,8	-1,6	19	6,8	0,6
Skupaj	570	100	/	183	100	/	107	100	/	280	100	/
Ni podatka	63	10	/	11	5,7	/	38	26,2	/	4	1,4	/
Skupaj	<b>633</b>	<b>100</b>	/	<b>194</b>	<b>100</b>	/	<b>145</b>	<b>100</b>	/	<b>284</b>	<b>100</b>	/

p= 0,000  
 $\chi^2 = 25,604a$

### Hi-kvadrat Test

	Vrednost	Stopnje prostosti	Asimpt. Sig. (dvostransko)
Pearsonov Hi-test	25,604 <sup>a</sup>	6	,000
Razmerje verjetij	26,698	6	,000
Linearna zveza	8,470	1	,004
N veljavnih primerov	570		

a. 0 celic (,0%) ima pričakovano število manj kot 5. Minimalno pričakovano število je 5,07.

### Simetrične meritve

		Vrednost	Približek T <sup>b</sup>	Približek Sig.	Asimpt. Std. napaka <sup>a</sup>
Nominalno	Phi	,212		,000	
	Cramer V	,150		,000	
	Kontingenčni koeficient	,207		,000	
Intervalno	Pearsonov R	,122	2,930	,004 <sup>c</sup>	,043
Ordinalno	Spearmanova korelacija	,164	3,962	,000 <sup>c</sup>	,041
	N veljavnih primerov	570			

a. Ne predpostavimo ničelne hipoteze. b. Uporaba neznačilne standardne napake ob prepostavki ničelne hipoteze. c. Na podlagi normalnega pribli

## Pridobitev novega znanja predstavlja pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo

### Povzetek obdelave primerov

	Primeri					
	Veljavni		Manjkajoči		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
Ali vaša pridobitev novega znanja predstavlja tudi pridobitev za vašo zdravstveno organizacijo * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	559	88,3%	74	11,7%	633	100,0%

Ali vaša pridobitev novega znanja predstavlja tudi pridobitev za vašo zdravstveno organizacijo?	Vse zdravstvene ravni			Primarna raven			sekundarna raven			Terciarna raven		
	f	%	residual	f	%	residual	f	%	residual	f	%	residual
da	452	80,9	/	155	85,6	2,0	83	79,0	-0,5	214	78,4	-1,5
ne	33	5,9	/	5	2,8	-2,2	5	4,8	-0,6	23	8,4	2,5
ne vem	74	13,2	/	21	11,6	-0,8	17	16,2	1,0	36	13,2	0
Skupaj	559	100	/	181	100	/	105	100	/	273	100	/
Ni podatka	74	11,7	/	13	6,7	/	40	27,6	/	11	3,9	/
Skupaj	<b>633</b>	<b>100</b>	/	<b>194</b>	<b>100</b>	/	<b>145</b>	<b>100</b>	/	<b>284</b>	<b>100</b>	/

p= 0,091

$\chi^2 = 8,014a$

### Hi-kvadrat test

	Vrednost	Stopnje prostosti	Asimpt. Sig. (dvostransko)
Pearsonov Hi-kvadrat	8,014 <sup>a</sup>	4	0,091
Razmerje verjetij	8,397	4	0,078
Linearna zveza	1,559	1	0,212
N veljavnih primerov	559		

a. 0 celic (,0%) ima pričakovano število manj kot 5. Minimalno pričakovano število je 6,20.

### Simetrične meritve

	Vrednost	Približek T <sup>b</sup>	Približek Sig.	Asimpt. Std. napaka <sup>a</sup>
Nominalno	Phi	0,12	0,091	
	Cramer V	0,085	0,091	
	Kontingenčni koeficient	0,119	0,091	
Intervalno	Pearsonov R	0,053	1,249	0,041
	Spearmanova korelacija	0,069	1,629	0,041
Ordinalno	N veljavnih primerov	559		

a. Ne predpostavimo ničelne hipoteze.

b. Uporaba neznačilne standardne napake ob prepostavki ničelne hipoteze.

c. Na podlagi normalnega približka.

## Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe

Povzetek obdelanih primerov

	Primeri					
	Veljavni		Manjkajoči		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe staro * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	572	90,4%	61	9,6%	633	100,0%

Stopnja izobrazbe	Vse zdravstvene ravni			Primarna raven			sekundarna raven			Terciarna raven		
	f	%	residual	f	%	residual	f	%	residual	f	%	residual
Višja	127	22,2	127	47	25,7	1,4	27	24,5	0,7	53	19,0	-1,8
Visokostrokovna	383	67,0	383	123	67,2	,1	75	68,2	0,3	185	66,3	-,3
Univerzitetna	48	8,4	48	10	5,5	-1,7	8	7,3	-0,5	30	10,8	2,0
Specializacija (po visokostrokovni izobrazbi)	10	1,7	10	2	1,1	-,8	0	0	-1,6	8	2,9	2,0
Specializacija (po univerzitetni izobrazbi)	3	0,5	3	0	0	-1,2	0	0	-,8	3	1,1	1,8
Magisterij	1	0,2	1	1	0,5	1,5	0	0	-,5	0	0	-1,0
Skupaj	572	100	/	183	100	/	110	100	/	279	100	/
Manjkajoče vrednosti	61	9,6	/	11	4,6	/	35	26,9	/	5	1,1	/
Skupaj	<b>633</b>	<b>100</b>	/	<b>194</b>	<b>100</b>	/	<b>145</b>	<b>100</b>	/	<b>284</b>	<b>100</b>	/

p=0,096

$\chi^2 = 16,140a$

### Hi-kvadrat Test

	Vrednost	Stopnje prostosti	Asimpt. Sig. (dvostransko)
Pearsonov Hi-kvadrat	16,140 <sup>a</sup>	10	,096
Razmerje verjetij	19,246	10	,037
Linearna zveza	7,550	1	,006
N veljavnih primerov	572		

a. 9 celic (50,0%) ima pričakovano število manj kot 5. Minimalno pričakovano število je 19.

### Simetrične meritve

		Vrednost	Približek T <sup>b</sup>	Približek Sig.	Asimpt. Std. napaka <sup>a</sup>
Nominalno	Phi	,168		,096	
	Cramer V	,119		,096	
	Kontingenčni koeficient	,166		,096	
Intervalno	Pearsonov R	,115	2,764	,006 <sup>c</sup>	,042
Ordinalno	Spearmanova korelacija	,116	2,789	,005 <sup>c</sup>	,041
	N veljavnih primerov	572			

a. Ne predpostavimo ničelne hipoteze.

b. Uporaba neznačilne standardne napake ob prepostavki ničelne hipoteze.

c. Na podlagi normalnega približka.

## ***PPRILOGA E.2: Merska zanesljivost oziroma Cronbach alfa sestavljenih indeksov raziskovalnega modela***

### **Zanesljivost: Profesionalizacija zdravstvene nege**

#### **VSE SPREMENLJIVKE**

##### **Povzetek obdelave enot analize**

	N	%
Primeri Veljavni	565	89,3
Izločeni <sup>a</sup>	68	10,7
Skupaj	633	100,0

Cronbach Alfa	N primerov
,754	6

a. Listwise izbris na podlagi vseh spremenljivk v obdelavi.

### **Zanesljivost: Strokovna avtonomija zdravstvene nege**

#### **VSE SPREMENLJIVKE**

##### **Povzetek obdelave enot analize**

	N	%
Primeri Veljavni	620	97,9
Izločeni <sup>a</sup>	13	2,1
Skupaj	633	100,0

Cronbach Alfa	N primerov
,522	4

a. Listwise izbris na podlagi vseh spremenljivk v obdelavi.

### **Zanesljivost: Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi**

#### **VSE SPREMENLJIVKE**

##### **Povzetek obdelave enot analize**

	N	%
Primeri Veljavni	571	90,2
Izločeni <sup>a</sup>	62	9,8
Skupaj	633	100,0

Cronbach Alfa	N primerov
,881	13

a. Listwise izbris na podlagi vseh spremenljivk v obdelavi.

### **Zanesljivost: Znanje v zdravstveni negi**

#### **VSE SPREMENLJIVKE**

##### **Povzetek obdelave enot analize**

	N	%
Primeri Veljavni	617	97,5
Izločeni <sup>a</sup>	16	2,5
Skupaj	633	100,0

Cronbach Alfa	N primerov
,868	12

a. Listwise izbris na podlagi vseh spremenljivk v obdelavi.

## Zanesljivost: Moč za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi

### VSE SPREMENLJIVKE

#### Povzetek obdelave enot analize

		N	%
Primeri	Veljavni	562	88,8
	Izločeni <sup>a</sup>	71	11,2
	Skupaj	633	100,0

Cronbach Alfa	N primerov
,876	11

a. Listwise izbris na podlagi vseh spremenljivk v obdelavi.

## Zanesljivost: Etika v zdravstveni negi

### VSE SPREMENLJIVKE

#### Povzetek obdelave enot analize

		N	%
Primeri	Veljavni	598	94,5
	Izločeni <sup>a</sup>	35	5,5
	Skupaj	633	100,0

Cronbach Alfa	N primerov
,639	3

a. Listwise izbris na podlagi vseh spremenljivk v obdelavi.

## PRILOGA E.3: Faktorska analiza šestih indeksov raziskovalnega modela

### Zanesljivost

#### Povzetek obdelave primerov

	N	%
Primeri Veljavni	565	89,3
Izločeni <sup>a</sup>	68	10,7
Skupaj	633	100,0

Cronbach Alpha	N postavk
,754	6

a. Listwise izbris na podlagi vseh spremenljivk v obdelavi

#### Aritmetična sredina, standardna deviacija in število primerov

	Arit. sredina	Std. deviacija	N
Indeks profesionalizacije	2,8452	,35063	565
Indeks strokovne avtonomije	2,6178	,40157	565
Indeks vseživljenjskega učenja	3,2835	,46713	565
Indeks znanja	3,5412	,39931	565
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev	3,3604	,48395	565
Indeks etike	3,1703	,62167	565

### Faktorska analiza

#### Komunalitete

	Začni	Ekstrakcija
Indeks profesionalizacije	1,000	,659
Indeks strokovne avtonomije	1,000	,766
Indeks vseživljenjskega učenja	1,000	,644
Indeks znanja	1,000	,685
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev	1,000	,710
Indeks etike	1,000	,550

Metoda ekstrakcije: Analiza glavne komponente.



**Celokupna razložena varianca**

Sestav	Lastne vrednosti			Ekstrakcija vsote kvadraov			Rotacijske vsote		
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1	2,866	47,771	47,771	2,866	47,771	47,771	2,290	38,171	38,171
2	1,147	19,111	66,882	1,147	19,111	66,882	1,723	28,711	66,882
3	,687	11,452	78,334						
4	,504	8,404	86,738						
5	,478	7,961	94,700						
6	,318	5,300	100,000						

Metoda ekstrakcije: Analiza glavne komponente.

**Matrika komponent<sup>a</sup>**

	Sestavini	
	1	2
Indeks profesionalizacije	,675	,451
Indeks strokovne avtonomije	,472	,737
Indeks vseživljenjskega učenja	,802	-,013
Indeks znanja	,823	-,091
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev	,741	-,400
Indeks etike	,564	-,481

Metoda ekstrakcije: Analiza glavne komponente.

a. 2 ekstrahirani sestavini.

**Rotirana matrika komponent<sup>a</sup>**

	Sestavini	
	1	2
Indeks profesionalizacije	,289	,759
Indeks strokovne avtonomije	-,042	,874
Indeks vseživljenjskega učenja	,662	,454
Indeks znanja	,723	,402
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev	,836	,103
Indeks etike	,738	-,066

Metoda ekstrakcije: Analiza glavne komponente.

Metoda rotacije: Varimax s Kaiserjevo normalizacijo.

a. Rotacija konvergira v 3 interacije.

**Sestavini preoblikovane matrike**

Sestavini	1	2
1	,816	,579
2	-,579	,816

Metoda ekstrakcije: Analiza glavne komponente.

Metoda rotacije: Varimax s Kaiserjevo normalizacijo.

## Spol

### Povzetek obdelave primerov

	Primeri					
	Vključeni		Izključeni		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
Indeks profesionalizacije * Spol	583	92,1%	50	7,9%	633	100,0%
Indeks strokovne avtonomije * Spol	583	92,1%	50	7,9%	633	100,0%
Indeks vseživljenjskega učenja * Spol	570	90,0%	63	10,0%	633	100,0%
Indeks znanja * Spol	579	91,5%	54	8,5%	633	100,0%
Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev * Spol	565	89,3%	68	10,7%	633	100,0%
Indeks etike * Spol	565	89,3%	68	10,7%	633	100,0%

### Poročilo

#### Arit. sredina

Spol	Indeks profesionalizacije	Indeks strokovne avtonomije	Indeks vseživljenjskega učenja	Indeks znanja	Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev	Indeks etike
ženske	2,8552	2,6273	3,2992	3,5452	3,3766	3,1665
moški	2,7795	2,5024	3,1646	3,4257	3,1968	3,0814
Total	2,8504	2,6194	3,2904	3,5376	3,3648	3,1609

### ANOVA preglednica

			Vsota kvadratov	Stopnje prostosti	Srednji kvadrat	F	Sig.
Indeks profesionalizacije * Spol	Med skupinami (Kombinirano)		,199	1	,199	1,637	,201
	Znotraj skupin		70,605	581	,122		
	Skupaj		70,804	582			
Indeks strokovne avtonomije * Spol	Med skupinami (Kombinirano)		,540	1	,540	3,347	,068
	Znotraj skupin		93,790	581	,161		
	Skupaj		94,331	582			
Indeks vseživljenjskega učenja * Spol	Med skupinami (Kombinirano)		,626	1	,626	2,827	,093
	Znotraj skupin		125,889	568	,222		
	Skupaj		126,515	569			
Indeks znanja * Spol	Med skupinami (Kombinirano)		,495	1	,495	3,091	,079
	Znotraj skupin		92,411	577	,160		
	Skupaj		92,906	578			
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev * Spol	Med skupinami (Kombinirano)		1,118	1	1,118	4,715	,030
	Znotraj skupin		133,487	563	,237		
	Skupaj		134,605	564			
Indeks etike * Spol	Med skupinami (Kombinirano)		,250	1	,250	,644	,422
	Znotraj skupin		218,800	563	,389		
	Skupaj		219,051	564			

## Starost

### Povzetek obdelave primerov

	Primeri					
	Vključeni		Izključeni		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
Indeks profesionalizacije * Starost	572	90,4%	61	9,6%	633	100,0%
Indeks strokovne avtonomije * Starost	572	90,4%	61	9,6%	633	100,0%
Indeks vseživljenjskega učenja * Starost	569	89,9%	64	10,1%	633	100,0%
Indeks znanja * Starost	568	89,7%	65	10,3%	633	100,0%
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev * Starost	564	89,1%	69	10,9%	633	100,0%
Indeks etike * Starost	554	87,5%	79	12,5%	633	100,0%

### Poročilo

Arit. sredina

Starost	Indeks profesionalizacije	Indeks strokovne avtonomije	Indeks vseživljenjskega učenja	Indeks znanja	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev	Indeks etike
20 do 30	2,7337	2,5306	3,2384	3,4369	3,2466	3,1326
31 do 40	2,8507	2,6631	3,2767	3,5438	3,4184	3,1039
41 do 50	2,9045	2,6323	3,3413	3,5964	3,3986	3,1991
51 in več	2,9161	2,6355	3,3086	3,5840	3,3614	3,3221
Skupaj	2,8505	2,6195	3,2934	3,5418	3,3658	3,1701

## ANOVA preglednica

			Vsota kvadratov	Stopnje prostosti	Srednji kvadrat	F	Sig.
Indeks profesionalizacije * Starost	Med skupinami (Kombinirano)		2,627	3	,876	7,362	,000
	Znotraj skupin		67,574	568	,119		
	Skupaj		70,202	571			
Indeks strokovne avtonomije * Starost	Med skupinami (Kombinirano)		1,413	3	,471	2,902	,034
	Znotraj skupin		92,187	568	,162		
	Skupaj		93,600	571			
Indeks vseživljenjskega učenja * Starost	Med skupinami (Kombinirano)		,882	3	,294	1,334	,263
	Znotraj skupin		124,531	565	,220		
	Skupaj		125,413	568			
Indeks znanja * Starost	Med skupinami (Kombinirano)		2,101	3	,700	4,472	,004
	Znotraj skupin		88,323	564	,157		
	Skupaj		90,424	567			
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev * Starost	Med skupinami (Kombinirano)		2,498	3	,833	3,536	,015
	Znotraj skupin		131,874	560	,235		
	Skupaj		134,372	563			
Indeks etike * Starost	Med skupinami (Kombinirano)		2,753	3	,918	2,391	,068
	Znotraj skupin		211,125	550	,384		
	Skupaj		213,879	553			

## Leta delovne dobe

### Poročilo

Arit. sredina

Število let delovne dobe	Indeks profesionalizacije	Indeks strokovne avtonomije	Indeks vseživljenjskega učenja	Indeks znanja	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev	Indeks etike
0 do 5	2,7708	2,5267	3,3052	3,4781	3,2932	3,1829
6 do 10	2,7577	2,6292	3,2277	3,4874	3,2548	3,1684
11 do 15	2,8501	2,6685	3,1874	3,4755	3,4219	2,9888
16 do 20	2,9010	2,6803	3,3470	3,6302	3,5027	3,1637
21 do 25	2,8957	2,6241	3,3137	3,5957	3,4065	3,1296
nad 26	2,9155	2,6263	3,3498	3,5844	3,3678	3,3070
Skupaj	2,8505	2,6195	3,2934	3,5418	3,3658	3,1701

### ANOVA preglednica

			Vsota Kvadratov	Stopnje prostosti	Srednji kvadrat	F	Sig.
Indeks profesionalizacije * Število let delovne dobe	Med skupinami	(Kombinirano)	2,360	5	,472	3,937	,002
	Znotraj skupin		67,842	566	,120		
	Skupaj		70,202	571			
Indeks strokovne avtonomije * Število let delovne dobe	Med skupinami	(Kombinirano)	1,334	5	,267	1,637	,148
	Znotraj skupin		92,266	566	,163		
	Skupaj		93,600	571			
Indeks vseživljenjskega učenja * Število let delovne dobe	Med skupinami	(Kombinirano)	1,903	5	,381	1,735	,125
	Znotraj skupin		123,510	563	,219		
	Skupaj		125,413	568			
Indeks znanja * Število let delovne dobe	Med skupinami	(Kombinirano)	2,051	5	,410	2,608	,024
	Znotraj skupin		88,373	562	,157		
	Skupaj		90,424	567			
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev * Število let delovne dobe	Med skupinami	(Kombinirano)	3,166	5	,633	2,693	,020
	Znotraj skupin		131,206	558	,235		
	Skupaj		134,372	563			
Indeks etike * Število let delovne dobe	Med skupinami	Kombinirano	5,004	5	1,001	2,626	,023
	Znotraj skupin		208,875	548	,381		
	Skupaj		213,879	553			

## Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe

### Povzetek obdelave primerov

	Cases					
	Vključeni		Izključeni		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
Indeks profesionalizacije * Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	572	90,4%	61	9,6%	633	100,0%
Indeks strokovne avtonomije * Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	572	90,4%	61	9,6%	633	100,0%
Indeks vseživljenjskega učenja * Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	567	89,6%	66	10,4%	633	100,0%
Indeks znanja * Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	568	89,7%	65	10,3%	633	100,0%
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev * Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	562	88,8%	71	11,2%	633	100,0%
Indeks etike * Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	554	87,5%	79	12,5%	633	100,0%

### Poročilo

Arit. sredina

Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	Indeks profesion alizacije	Indeks strokovne avtonomije	Indeks vseživljenjskega učenja	Indeks znanja	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev	Indeks etike
višja	2,8694	2,5753	3,2494	3,4812	3,3264	3,2523
visokostrokovna	2,8356	2,6255	3,3132	3,5711	3,3733	3,1474
univerzitetna	2,8560	2,6375	3,2102	3,5000	3,3909	3,0689
specializacija in magisterij	2,9750	2,8379	3,2971	3,4950	3,3636	3,1679
Skupaj	2,8482	2,6205	3,2901	3,5434	3,3640	3,1647

## ANOVA preglednica

			Vsota kvadratov	Stopnje prostosti	Srednji kvadrat	F	Sig.
Indeks profesionalizacije * Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	Med skupinami	(Kombinirano)	,346	3	,115	,936	,423
	Znotraj skupin		70,030	568	,123		
	Skupaj		70,376	571			
Indeks strokovne avtonomije * Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	Med skupinami	(Kombinirano)	,945	3	,315	1,938	,122
	Znotraj skupin		92,274	568	,162		
	Skupaj		93,219	571			
Indeks vseživljenskega učenja * Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	Med skupinami	(Kombinirano)	,712	3	,237	1,068	,362
	Znotraj skupin		125,085	563	,222		
	Skupaj		125,797	566			
Indeks znanja * Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	Med skupinami	(Kombinirano)	,899	3	,300	1,978	,116
	Znotraj skupin		85,460	564	,152		
	Skupaj		86,359	567			
Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev *	Med skupinami	(Kombinirano)	,244	3	,081	,342	,795
	Znotraj skupin		132,740	558	,238		
	Skupaj		132,984	561			
Indeks etike * Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	Med skupinami	(Kombinirano)	1,477	3	,492	1,279	,281
	Znotraj skupin		211,726	550	,385		
	Skupaj		213,203	553			

Opomba: \*Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe

## Raven zdravstvenega varstva

### Povzetek obdelave primerov

	Primeri					
	Vključeni		Izključeni		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%
Indeks profesionalizacije * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	623	98,4%	10	1,6%	633	100,0%
Indeks strokovne avtonomije * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	623	98,4%	10	1,6%	633	100,0%
Indeks vseživljenjskega učenja * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	576	91,0%	57	9,0%	633	100,0%
Indeks znanja * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	619	97,8%	14	2,2%	633	100,0%
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	570	90,0%	63	10,0%	633	100,0%
Indeks etike * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	602	95,1%	31	4,9%	633	100,0%

### Poročilo

Arit. sredina

Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	Indeks profesionalizacije	Indeks strokovne avtonomije	Indeks vseživljenjskega učenja	Indeks znanja	Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev	Indeks etike
Primarna raven	2,9218	2,6822	3,3734	3,5992	3,4246	3,2280
Sekundarna raven	2,8269	2,6372	3,2565	3,5149	3,3661	3,1325
Terciarna raven	2,7984	2,5590	3,2484	3,5057	3,3210	3,1073
Skupaj	2,8435	2,6156	3,2905	3,5368	3,3630	3,1513



## ANOVA preglednica

			Vsota kvadratov	Stopnje prostosti	Srednji kvadrat	F	Sig.
Indeks profesionalizacije * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	Med skupinami	(Kombinirano)	1,805	2	,903	7,503	,001
	Znotraj skupin		74,581	620	,120		
	Skupaj		76,386	622			
Indeks strokovne avtonomije * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	Med skupinami	(Kombinirano)	1,837	2	,919	5,730	,003
	Znotraj skupin		99,379	620	,160		
	Skupaj		101,217	622			
Indeks vseživljenjskega učenja * Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	Med skupinami	(Kombinirano)	1,908	2	,954	4,325	,014
	Znotraj skupin		126,390	573	,221		
	Skupaj		128,298	575			
Indeks znanja *	Med skupinami	(Kombinirano)	1,090	2	,545	3,476	,032
	Znotraj skupin		96,542	616	,157		
	Skupaj		97,632	618			
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev *	Med skupinami	(Kombinirano)	1,194	2	,597	2,525	,081
	Znotraj skupin		134,064	567	,236		
	Skupaj		135,258	569			
Indeks etike *	Med skupinami	(Kombinirano)	1,705	2	,853	2,167	,115
	Znotraj skupin		235,668	599	,393		
	Skupaj		237,373	601			

Opomba: \*Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija

## Vaše delovno mesto v organizaciji

### Povzetek obdelave primerov

	Primeri					
	Vključeni		Izključeni		Skupaj	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Indeks profesionalizacije * Vaše delovno mesto v organizaciji	575	90,8%	58	9,2%	633	100,0%
Indeks strokovne avtonomije * Vaše delovno mesto v organizaciji	575	90,8%	58	9,2%	633	100,0%
Indeks vseživljenjskega učenja * Vaše delovno mesto v organizaciji	562	88,8%	71	11,2%	633	100,0%
Indeks znanja * Vaše delovno mesto v organizaciji	571	90,2%	62	9,8%	633	100,0%
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev * Vaše delovno mesto v organizaciji	556	87,8%	77	12,2%	633	100,0%
Indeks etike * Vaše delovno mesto v organizaciji	554	87,5%	79	12,5%	633	100,0%

### Poročilo

Arit. sredina

Vaše delovno mesto v organizaciji	Indeks profesionalizacije	Indeks strokovne avtonomije	Indeks vseživljenjskega učenja	Indeks znanja	Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev	Indeks etike
Izvajalec/ka zdravstvene nege na oddelku	2,8125	2,5663	3,2554	3,5065	3,3211	3,1389
Timski/ka medicinska sestra/zdravstvenik	2,8510	2,5920	3,2692	3,5203	3,3638	3,2006
Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (vodja enega oddelka)	2,8876	2,7405	3,4059	3,6376	3,4502	3,0617
Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (Vodja večih oddelkov)	2,9775	2,7720	3,3879	3,6926	3,4540	3,3665
Vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zn spl.)	2,9250	2,8367	3,5000	3,7500	3,2433	3,1117
Total	2,8470	2,6126	3,2905	3,5403	3,3625	3,1619

**ANOVA preglednica**

			Vsota kvadratov	Stopnje prostosti	Srednji kvadrat	F	Sig.
Indeks profesionalizacije * Vaše delovno mesto v organizaciji	Med skupinami (Kombinirano)		,776	4	,194	1,566	,182
	Znotraj skupin		70,566	570	,124		
	Skupaj		71,342	574			
Indeks strokovne avtonomije * Vaše delovno mesto v organizaciji	Med skupinami (Kombinirano)		2,736	4	,684	4,348	,002
	Znotraj skupin		89,677	570	,157		
	Skupaj		92,413	574			
Indeks vseživljenjskega učenja * Vaše delovno mesto v organizaciji	Med skupinami (Kombinirano)		1,904	4	,476	2,148	,074
	Znotraj skupin		123,467	557	,222		
	Skupaj		125,372	561			
Indeks znanja * Vaše delovno mesto v organizaciji	Med skupinami (Kombinirano)		1,836	4	,459	2,900	,021
	Znotraj skupin		89,569	566	,158		
	Skupaj		91,405	570			
Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev * Vaše delovno mesto v organizaciji	Med skupinami (Kombinirano)		1,230	4	,307	1,283	,275
	Znotraj skupin		131,982	551	,240		
	Skupaj		133,211	555			
Indeks etike * Vaše delovno mesto v organizaciji	Med skupinami (Kombinirano)		2,132	4	,533	1,350	,250
	Znotraj skupin		216,706	549	,395		
	Skupaj		218,837	553			

**Mere asociacij**

	Eta	Eta <sup>2</sup>
Indeks profesionalizacije * Vaše delovno mesto v organizaciji	,104	,011
Indeks strokovne avtonomije * Vaše delovno mesto v organizaciji	,172	,030
Indeks vseživljenjskega učenja * Vaše delovno mesto v organizaciji	,123	,015
Indeks znanja * Vaše delovno mesto v organizaciji	,142	,020
Indeks moči za sprejemanje strokovnih odločitev * Vaše delovno mesto v organizaciji	,096	,009
Indeks etike * Vaše delovno mesto v organizaciji	,099	,010

**PRILOGA E.4: Faktorska analiza vseh sedeminpetdesetih spremenljivk**

**Faktorska analiza**

**Delež celotne variance**

Faktor	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcija vsot kvadratov		
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1	13,21	23,176	23,176	12,688	22,259	22,259
2	3,213	5,636	28,812	2,7	4,737	26,997
3	2,692	4,723	33,535	2,166	3,801	30,797
4	2,226	3,905	37,44	1,572	2,759	33,556
5	1,978	3,47	40,91	1,309	2,297	35,853
6	1,761	3,09	44	1,242	2,179	38,031
7	1,456	2,555	46,555	0,894	1,568	39,6
8	1,407	2,469	49,024			
9	1,293	2,269	51,293			
10	1,199	2,103	53,397			
11	1,147	2,013	55,41			
12	1,118	1,962	57,372			
13	1,095	1,921	59,293			
14	0,998	1,75	61,043			
15	0,966	1,694	62,737			
16	0,947	1,661	64,398			
17	0,899	1,577	65,975			
18	0,884	1,55	67,526			
19	0,866	1,52	69,045			
20	0,833	1,461	70,506			
21	0,798	1,4	71,907			
22	0,773	1,357	73,263			
23	0,756	1,326	74,589			
24	0,737	1,293	75,882			
25	0,715	1,254	77,136			
26	0,685	1,202	78,338			
27	0,676	1,187	79,525			

Faktor	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcija vsot kvadratov		
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
28	0,64	1,123	80,647			
29	0,6	1,052	81,7			
30	0,595	1,043	82,743			
31	0,581	1,019	83,762			
32	0,557	0,976	84,738			
33	0,55	0,965	85,703			
34	0,528	0,926	86,629			
35	0,498	0,873	87,502			
36	0,477	0,837	88,338			
37	0,474	0,832	89,17			
38	0,45	0,79	89,96			
39	0,434	0,761	90,721			
40	0,421	0,739	91,46			
41	0,397	0,697	92,157			
42	0,392	0,688	92,845			
43	0,369	0,648	93,493			
44	0,364	0,639	94,132			
45	0,356	0,624	94,756			
46	0,314	0,552	95,308			
47	0,309	0,543	95,851			
48	0,298	0,524	96,374			
49	0,287	0,504	96,878			
50	0,27	0,473	97,351			
51	0,258	0,452	97,803			
52	0,245	0,43	98,233			
53	0,24	0,42	98,653			
54	0,213	0,374	99,027			
55	0,203	0,356	99,383			
56	0,186	0,327	99,71			
57	0,166	0,29	100			

Metoda izvlečka: glavna os faktoriranja.

**Faktorska analiza**

Delež celotne variance						
Faktor	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcija vsot kvadratov		
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1	13,21	23,176	23,176	12,608	22,119	22,119
2	3,213	5,636	28,812	2,598	4,557	26,677
3	2,692	4,723	33,535	2,215	3,887	30,563
4	2,226	3,905	37,44	1,381	2,423	32,986
5	1,978	3,47	40,91	1,339	2,349	35,335
6	1,761	3,09	44	1,148	2,014	37,349
7	1,456	2,555	46,555	1,001	1,756	39,104
8	1,407	2,469	49,024			
9	1,293	2,269	51,293			
10	1,199	2,103	53,397			
11	1,147	2,013	55,41			
12	1,118	1,962	57,372			
13	1,095	1,921	59,293			
14	0,998	1,75	61,043			
15	0,966	1,694	62,737			
16	0,947	1,661	64,398			
17	0,899	1,577	65,975			
18	0,884	1,55	67,526			
19	0,866	1,52	69,045			
20	0,833	1,461	70,506			
21	0,798	1,4	71,907			
22	0,773	1,357	73,263			
23	0,756	1,326	74,589			
24	0,737	1,293	75,882			
25	0,715	1,254	77,136			
26	0,685	1,202	78,338			

Faktor	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcija vsot kvadratov		
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
27	0,676	1,187	79,525			
28	0,64	1,123	80,647			
29	0,6	1,052	81,7			
30	0,595	1,043	82,743			
31	0,581	1,019	83,762			
32	0,557	0,976	84,738			
33	0,55	0,965	85,703			
34	0,528	0,926	86,629			
35	0,498	0,873	87,502			
36	0,477	0,837	88,338			
37	0,474	0,832	89,17			
38	0,45	0,79	89,96			
39	0,434	0,761	90,721			
40	0,421	0,739	91,46			
41	0,397	0,697	92,157			
42	0,392	0,688	92,845			
43	0,369	0,648	93,493			
44	0,364	0,639	94,132			
45	0,356	0,624	94,756			
46	0,314	0,552	95,308			
47	0,309	0,543	95,851			
48	0,298	0,524	96,374			
49	0,287	0,504	96,878			
50	0,27	0,473	97,351			
51	0,258	0,452	97,803			
52	0,245	0,43	98,233			
53	0,24	0,42	98,653			
54	0,213	0,374	99,027			
55	0,203	0,356	99,383			
56	0,186	0,327	99,71			
57	0,166	0,29	100			

Metoda izvlečka: Maximum Likelihood.

**Test prileganja**

Hi-kvadrat	df	Sig.
2436,967	1218	0

**Faktorska analiza**

**Delež celotne variance**

Faktor	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcija vsot kvadratov	
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance
1	13,21	23,176	23,176	12,608	22,119
2	3,213	5,636	28,812	2,598	4,557
3	2,692	4,723	33,535	2,215	3,887
4	2,226	3,905	37,44	1,381	2,423
5	1,978	3,47	40,91	1,339	2,349
6	1,761	3,09	44	1,148	2,014
7	1,456	2,555	46,555	1,001	1,756
8	1,407	2,469	49,024		
9	1,293	2,269	51,293		
10	1,199	2,103	53,397		
11	1,147	2,013	55,41		
12	1,118	1,962	57,372		
13	1,095	1,921	59,293		
14	0,998	1,75	61,043		
15	0,966	1,694	62,737		
16	0,947	1,661	64,398		
17	0,899	1,577	65,975		
18	0,884	1,55	67,526		
19					
	0,866	1,52	69,045		
20	0,833	1,461	70,506		
21	0,798	1,4	71,907		
22	0,773	1,357	73,263		
23	0,756	1,326	74,589		
24	0,737	1,293	75,882		



Faktor	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcija vsot kvadratov	
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance
25	0,715	1,254	77,136		
26	0,685	1,202	78,338		
27	0,676	1,187	79,525		
28	0,64	1,123	80,647		
29	0,6	1,052	81,7		
30	0,595	1,043	82,743		
31	0,581	1,019	83,762		
32	0,557	0,976	84,738		
33	0,55	0,965	85,703		
34	0,528	0,926	86,629		
35	0,498	0,873	87,502		
36	0,477	0,837	88,338		
37	0,474	0,832	89,17		
38	0,45	0,79	89,96		
39	0,434	0,761	90,721		
40	0,421	0,739	91,46		
41	0,397	0,697	92,157		
42	0,392	0,688	92,845		
43	0,369	0,648	93,493		
44	0,364	0,639	94,132		
45	0,356	0,624	94,756		
46	0,314	0,552	95,308		
47	0,309	0,543	95,851		
48	0,298	0,524	96,374		
49	0,287	0,504	96,878		
50	0,27	0,473	97,351		
51	0,258	0,452	97,803		
52	0,245	0,43	98,233		
53	0,24	0,42	98,653		
54	0,213	0,374	99,027		
55	0,203	0,356	99,383		
56	0,186	0,327	99,71		
57	0,166	0,29	100		

Metoda izvlečka: Maximum Likelihood.

**Delež celotne varince**

Faktor	Izvlček vsote kvadratov	Rotacija izvlečka vsote kvadratov		
	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumuativni %
1	22,119	5,513	9,672	9,672
2	26,677	4,542	7,969	17,641
3	30,563	3,555	6,237	23,877
4	32,986	2,934	5,147	29,024
5	35,335	2,890	5,071	34,095
6	37,349	1,552	2,723	36,818
7	39,104	1,303	2,286	39,104

Metoda izvlečka: Maximum Likelihood.

**Test prileganja**

Hi-kvadrat	Stopnja prostosti	Sig.
2436,967	1218	,000

Poševna rotacija:

- podatki poševne rotacije so združeni v enotno tabelo.

Spremenljivka		Poševna rotacija													
		»PATTERN« UTEŽI							STRUKTURNE UTEŽI						
		f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7
prof 1 1	Profesionalizacija zdravstvene nege	0,177	-0,135	-0,11	0,012	0,067	-0,094	0,332	0,304	-0,229	-0,261	-0,106	-0,138	-0,119	0,403
prof 1 4		0,018	-0,253	0,074	0,035	-0,091	-0,11	0,336	0,155	-0,322	-0,06	-0,035	-0,18	-0,1	0,383
prof 1 5		-0,026	0,091	-0,057	-0,083	-0,121	0,103	0,175	0,102	0,037	-0,132	-0,133	-0,194	0,129	0,209
prof 1 6		-0,005	-0,268	0,011	0,037	-0,088	-0,19	0,256	0,146	-0,328	-0,101	-0,036	-0,157	-0,188	0,311
prof1 10		-0,038	0,021	0,009	0,078	-0,017	0,207	0,1	-0,053	0,033	0,039	0,074	-0,02	0,213	0,091
prof1 12		0,087	0,137	-0,099	-0,14	-0,075	-0,136	0,149	0,231	0,046	-0,236	-0,209	-0,189	-0,123	0,198
prof1 13		-0,016	0,008	-0,066	-0,04	0,022	0,419	-0,155	-0,052	0,054	0,008	-0,053	-0,006	0,409	-0,132
prof1 14		-0,08	-0,224	-0,036	-0,063	0,037	0,128	0,19	0,022	-0,24	-0,064	-0,09	-0,051	0,123	0,217
prof1 15		0,1	0,081	-0,173	-0,072	0,006	-0,075	0,522	0,315	-0,056	-0,359	-0,186	-0,227	-0,071	0,576
prof1 16		0,016	-0,056	-0,021	0,052	-0,04	0,025	0,147	0,072	-0,083	-0,061	0,006	-0,088	0,026	0,173
prof1 18	0,08	-0,003	-0,003	-0,058	-0,139	-0,144	0,381	0,269	-0,121	-0,198	-0,152	-0,277	-0,119	0,438	
prof 1 2	Strokovna avtonomije zdravstvene nege	0,12	-0,185	-0,044	-0,025	0,104	0,117	0,389	0,224	-0,26	-0,171	-0,114	-0,113	0,098	0,44
prof 1 3		0,091	-0,106	-0,083	0,136	-0,008	0,036	0,445	0,213	-0,186	-0,194	0,023	-0,17	0,027	0,497
prof 1 7		-0,04	0,074	-0,065	-0,02	-0,009	0,076	0,141	0,014	0,052	-0,077	-0,034	-0,05	0,084	0,141
prof 1 8		0,013	-0,056	-0,009	0,016	0,004	0,017	0,386	0,115	-0,122	-0,104	-0,032	-0,111	0,025	0,399
prof 1 9		0,071	0,128	-0,003	0,065	-0,095	0,316	0,085	0,069	0,114	-0,024	0,01	-0,147	0,329	0,112
prof1 11		0,078	0,072	0,041	0,012	-0,014	0,394	-0,02	0,017	0,087	0,052	-0,011	-0,061	0,397	-0,007
prof1 17		0,048	0,045	-0,047	-0,126	-0,037	-0,042	0,439	0,231	-0,07	-0,221	-0,196	-0,212	-0,021	0,473

Poševna rotacija:

- podatki poševne rotacije so združeni v enotno tabelo.

Spremenljivka		Poševna rotacija													
		»PATTERN« UTEŽI							STRUKTURNE UTEŽI						
		f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7
III 1	Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi	0,108	0,022	-0,618	0,002	-0,049	0,003	0,04	0,401	-0,067	-0,686	-0,24	-0,286	-0,048	0,222
III 2		0,038	-0,101	-0,706	-0,079	0,038	0,002	0,098	0,395	-0,193	-0,768	-0,322	-0,25	-0,063	0,289
III 3		-0,037	-0,06	-0,809	-0,1	-0,035	0,063	0,074	0,387	-0,152	-0,852	-0,364	-0,318	0,004	0,287
III 4		0,096	-0,057	-0,713	-0,025	-0,092	0,087	-0,003	0,458	-0,149	-0,786	-0,316	-0,368	0,028	0,229
III 5		0,113	-0,265	-0,257	-0,109	-0,163	0,182	-0,056	0,361	-0,329	-0,381	-0,316	-0,366	0,158	0,136
III 6		0,04	-0,704	-0,08	-0,012	-0,039	-0,12	0,05	0,254	-0,742	-0,195	-0,164	-0,188	-0,164	0,206
III 7		0,074	-0,775	-0,051	-0,004	0,02	-0,097	0,1	0,27	-0,814	-0,178	-0,157	-0,159	-0,151	0,254
III 8		0	-0,774	-0,063	-0,087	-0,069	-0,185	0,021	0,255	-0,816	-0,197	-0,233	-0,21	-0,224	0,186
III 9		0,149	-0,439	-0,108	-0,247	-0,052	-0,066	-0,016	0,389	-0,522	-0,303	-0,406	-0,277	-0,095	0,153
III 10		0,255	-0,198	-0,221	-0,322	-0,012	-0,076	-0,052	0,496	-0,311	-0,445	-0,501	-0,294	-0,109	0,125
III 11		0,004	-0,06	-0,477	-0,373	-0,084	-0,116	0,051	0,406	-0,185	-0,645	-0,553	-0,343	-0,132	0,225
III 12		0,175	-0,097	-0,139	-0,649	-0,062	-0,067	-0,041	0,497	-0,245	-0,437	-0,777	-0,368	-0,062	0,12
III 13		0,11	0,013	-0,19	-0,704	0,006	-0,191	-0,021	0,433	-0,135	-0,462	-0,786	-0,276	-0,184	0,1

Poševna rotacija:

- podatki poševne rotacije so združeni v enotno tabelo.

Spremenljivka		Poševna rotacija													
		»PATTERN« UTEŽI							STRUKTURNE UTEŽI						
		f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7
<b>z 1</b>	Znanje v zdravstveni negi	0,652	-0,02	-0,046	-0,129	0,055	0,085	-0,107	0,662	-0,139	-0,319	-0,346	-0,28	0,032	0,068
<b>z 2</b>		0,749	0,024	-0,157	0,03	0,033	0,153	-0,005	0,775	-0,116	-0,444	-0,266	-0,361	0,087	0,208
<b>z 3</b>		0,587	-0,031	-0,117	-0,057	0,044	0,089	0,147	0,673	-0,177	-0,404	-0,301	-0,329	0,042	0,322
<b>z 4</b>		0,41	0,101	-0,33	0,06	-0,089	-0,212	-0,084	0,546	-0,01	-0,503	-0,176	-0,297	-0,257	0,089
<b>z 5</b>		0,567	0,096	-0,19	0,022	-0,144	-0,241	0,016	0,709	-0,066	-0,485	-0,247	-0,418	-0,274	0,213
<b>z 6</b>		0,557	0,008	-0,091	-0,043	-0,086	-0,107	0,023	0,661	-0,138	-0,383	-0,281	-0,374	-0,139	0,204
<b>z 7</b>		0,541	0,053	-0,063	-0,093	-0,161	-0,122	0,071	0,689	-0,114	-0,394	-0,336	-0,453	-0,136	0,256
<b>z 8</b>		0,514	-0,174	0,092	-0,037	-0,04	0,112	0,058	0,547	-0,281	-0,171	-0,231	-0,313	0,084	0,211
<b>z 9</b>		0,238	-0,083	-0,141	-0,002	-0,216	-0,009	-0,032	0,407	-0,168	-0,307	-0,198	-0,37	-0,019	0,13
<b>z 10</b>		0,156	-0,028	0,041	-0,005	-0,179	-0,089	0,277	0,302	-0,134	-0,155	-0,12	-0,307	-0,068	0,354
<b>z 11</b>		0,403	0,016	0,027	-0,165	-0,206	0,022	0,218	0,591	-0,15	-0,305	-0,37	-0,488	0,036	0,377
<b>z 12</b>		0,509	0,021	0,134	-0,153	-0,112	0,057	0,265	0,612	-0,147	-0,221	-0,339	-0,423	0,064	0,4

Poševna rotacija:

- podatki poševne rotacije so združeni v enotno tabelo.

Spremenljivka		Poševna rotacija													
		»PATTERN« UTEŽI							STRUKTURNE UTEŽI						
		f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7
moč 1	Moč za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi	0,217	-0,045	-0,046	0,014	-0,5	0,017	0,114	0,497	-0,181	-0,31	-0,236	-0,647	0,054	0,316
moč 2		0,08	-0,046	0,064	0,008	-0,519	0,046	0,055	0,308	-0,137	-0,132	-0,163	-0,561	0,102	0,203
moč 3		-0,021	0,101	-0,133	0,051	-0,673	-0,128	0,108	0,343	-0,023	-0,332	-0,167	-0,686	-0,057	0,284
moč 4		0,082	0,12	-0,122	0,091	-0,719	-0,218	0,057	0,439	-0,021	-0,36	-0,16	-0,739	-0,15	0,258
moč 5		0,103	0,09	-0,158	0,107	-0,628	-0,191	0,039	0,429	-0,038	-0,371	-0,141	-0,667	-0,141	0,235
moč 6		0,05	0,058	-0,125	-0,054	-0,54	0,034	0,033	0,365	-0,053	-0,321	-0,262	-0,619	0,086	0,212
moč 7		0,099	-0,008	0,059	-0,203	-0,61	0,127	-0,052	0,403	-0,125	-0,201	-0,397	-0,698	0,199	0,14
moč 8		0,101	-0,042	0,09	-0,174	-0,488	0,156	0,037	0,353	-0,148	-0,149	-0,339	-0,592	0,217	0,195
moč 9		0,046	-0,115	0,15	-0,247	-0,401	0,221	0,064	0,273	-0,204	-0,069	-0,365	-0,508	0,281	0,192
moč 10		0,004	0,065	-0,075	-0,116	-0,665	0,077	0,02	0,369	-0,055	-0,299	-0,329	-0,727	0,153	0,213
moč 11		0,004	-0,047	0,091	-0,177	-0,383	0,27	0,092	0,215	-0,121	-0,08	-0,288	-0,47	0,327	0,204
e_1	Etika v zdravstveni negi	-0,059	-0,057	-0,004	-0,01	-0,382	-0,015	-0,037	0,124	-0,098	-0,091	-0,106	-0,356	0,026	0,059
e_2		0,088	-0,214	-0,022	-0,016	-0,325	0,153	-0,153	0,246	-0,247	-0,129	-0,172	-0,384	0,164	0,002
e_3		0,049	-0,212	-0,13	0,017	-0,341	0,093	-0,123	0,261	-0,253	-0,227	-0,164	-0,406	0,098	0,046

Pravokotna rotacija:

- podatki pravokotne rotacije so združeni v enotno tabelo.

Spremenljivka		Pravokotna rotacija						
		UTEŽI						
		f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7
prof 1 1	Profesionalizacija zdravstvene nege	0,025	0,202	0,143	0,165	0,387	0,014	-0,094
prof 1 4		0,112	0,04	-0,043	0,261	0,374	-0,022	-0,101
prof 1 5		0,159	0,024	0,086	-0,068	0,182	0,086	0,121
prof 1 6		0,096	0,034	0,011	0,275	0,304	-0,024	-0,186
profl 10		0,019	-0,059	-0,03	-0,037	0,088	-0,073	0,208
profl 12		0,131	0,154	0,157	-0,088	0,173	0,148	-0,119
profl 13		0,02	-0,029	0,04	-0,016	-0,156	0,028	0,408
profl 14		0,007	-0,05	0,034	0,222	0,204	0,058	0,13
profl 15		0,098	0,171	0,226	-0,033	0,551	0,1	-0,052
profl 16		0,055	0,023	0,023	0,057	0,165	-0,041	0,026
profl 18	0,191	0,136	0,069	0,043	0,415	0,075	-0,12	
prof 1 2	Strokovna avtonomija zdravstvene nege	0,005	0,127	0,07	0,204	0,421	0,04	0,121
prof 1 3		0,067	0,099	0,09	0,114	0,484	-0,102	0,039
prof 1 7		0,029	-0,018	0,066	-0,068	0,134	0,025	0,084
prof 1 8		0,041	0,029	0,028	0,066	0,393	0	0,031
prof 1 9		0,13	0,047	0,005	-0,125	0,088	-0,055	0,32
profl 11		0,061	0,034	-0,044	-0,073	-0,028	-0,014	0,392
profl 17		0,118	0,107	0,107	-0,003	0,45	0,138	-0,014
III 1	Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi	0,158	0,25	0,61	0,028	0,161	0,035	-0,022
III 2		0,099	0,215	0,691	0,153	0,226	0,11	-0,024
III 3		0,169	0,179	0,786	0,114	0,21	0,13	0,036
III 4		0,225	0,27	0,701	0,113	0,148	0,061	0,055
III 5		0,274	0,21	0,288	0,308	0,064	0,114	0,165
III 6		0,097	0,102	0,091	0,712	0,175	0,016	-0,147
III 7		0,054	0,12	0,063	0,781	0,226	0,009	-0,127
III 8		0,123	0,087	0,087	0,788	0,151	0,081	-0,209
III 9		0,176	0,243	0,178	0,495	0,097	0,239	-0,076
III 10		0,177	0,365	0,312	0,283	0,059	0,318	-0,082
III 11		0,222	0,215	0,542	0,145	0,152	0,37	-0,111
III 12		0,261	0,344	0,292	0,218	0,037	0,613	-0,043
III 13		0,179	0,299	0,34	0,11	0,031	0,665	-0,16

Pravokotna rotacija:

- podatki pravokotne rotacije so združeni v enotno tabelo.

Spremenljivka		Pravokotna rotacija						
		UTEŽI						
		f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7
z 1	Znanje v zdravstveni negi	0,153	0,623	0,154	0,11	0,005	0,148	0,067
z 2		0,195	0,708	0,249	0,065	0,136	0,015	0,126
z 3		0,166	0,578	0,213	0,114	0,26	0,091	0,078
z 4		0,188	0,464	0,379	-0,033	0,042	-0,017	-0,235
z 5		0,28	0,601	0,29	-0,005	0,154	0,024	-0,253
z 6		0,243	0,568	0,196	0,078	0,145	0,076	-0,117
z 7		0,319	0,571	0,188	0,043	0,191	0,123	-0,121
z 8		0,199	0,473	0,001	0,236	0,158	0,056	0,102
z 9		0,291	0,292	0,192	0,131	0,074	0,022	-0,019
z 10		0,23	0,185	0,024	0,066	0,326	0,024	-0,073
z 11		0,361	0,443	0,102	0,072	0,308	0,182	0,04
z 12		0,29	0,498	0,007	0,068	0,34	0,171	0,075
moč 1	Moč za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi	0,559	0,298	0,133	0,105	0,238	0,011	0,026
moč 2		0,526	0,146	0,006	0,084	0,14	0,002	0,061
moč 3		0,642	0,121	0,196	-0,054	0,213	-0,025	-0,108
moč 4		0,688	0,217	0,2	-0,063	0,183	-0,057	-0,202
moč 5		0,61	0,225	0,222	-0,038	0,165	-0,072	-0,182
moč 6		0,567	0,173	0,196	-0,003	0,133	0,067	0,048
moč 7		0,661	0,211	0,055	0,079	0,046	0,195	0,151
moč 8		0,547	0,184	0,012	0,101	0,116	0,168	0,18
moč 9		0,471	0,119	-0,05	0,168	0,12	0,227	0,248
moč 10		0,685	0,149	0,164	-0,003	0,122	0,12	0,101
moč 11		0,438	0,072	-0,016	0,087	0,137	0,164	0,294
e 1	Etika v zdravstveni negi	0,354	0,013	0,036	0,074	0,019	0,01	-0,007
e 2		0,357	0,136	0,056	0,238	-0,058	0,016	0,143
e 3		0,366	0,126	0,152	0,235	-0,014	-0,009	0,079



**PRILOGA E.5: Linearna regresija narejena iz indeksov**

Koefficienti <sup>a</sup>						
Model		Nestandardizirani koefficienti		Standardizirani koefficienti	t	Sig.
		B	Std. npaka	Beta		
1	(Konstanta)	1,796	,087		20,745	,000
	avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,401	,033	,459	12,256	,000
2	(Konstanta)	,987	,122		8,092	,000
	avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,326	,032	,373	10,253	,000
	zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,284	,032	,323	8,876	,000
3	(Konstanta)	,927	,121		7,670	,000
	avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,301	,032	,345	9,483	,000
	zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,182	,039	,207	4,651	,000
	uce_povp1 Indeks vseživljenskega učenja v zdravstveni negi	,147	,034	,196	4,354	,000
4	Konstanta	,869	,124		7,018	,000
	avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,306	,032	,350	9,626	,000
	zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,171	,039	,195	4,345	,000
	uce_povp1 Indeks vseživljenskega učenja v zdravstveni negi	,132	,035	,176	3,814	,000
	etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,043	,021	,076	2,040	,042

a. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

**Povzetek model**

Model	R	R <sup>2</sup>	Popravljen R <sup>2</sup>	Std. napaka ocene					
					Sprememba R <sup>2</sup>	F Sprememba	df1	df2	Sig. F sprememba
1	,459 <sup>a</sup>	,211	,209	,31180	,211	150,201	1	563	,000
2	,555 <sup>b</sup>	,308	,305	,29227	,097	78,785	1	562	,000
3	,575 <sup>c</sup>	,330	,327	,28771	,023	18,954	1	561	,000
4	,579 <sup>d</sup>	,335	,330	,28690	,005	4,161	1	560	,042

a. Napovedniki: (Konstanta), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege

b. Napovedniki: (Konstanta), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi

c. Napovedniki: (Konstanta), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenskega učenja v zdravstveni negi

d. Napovedniki: (Konstanta), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenskega učenja v zdravstveni negi, etika\_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi

**PEILOGA E.6: Regresijski model s kontrolnimi spremenljivkami (test robustnosti)**

**Po spolu:**

**Koeficienti<sup>a</sup>**

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
	B	Std. napaka	Beta		
1 (Konstatno)	1,779	,087		20,475	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,408	,033	,469	12,423	,000
2 (Konstatno)	,953	,122		7,817	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,332	,032	,382	10,466	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,289	,032	,331	9,069	,000
3 (Konstatno)	,894	,121		7,409	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,309	,032	,355	9,741	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,184	,039	,211	4,685	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,150	,034	,200	4,400	,000
4 (Konstatno)	,836	,123		6,774	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,312	,032	,359	9,873	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,173	,040	,198	4,372	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,134	,035	,179	3,861	,000
etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,044	,021	,077	2,068	,039

a. Odvisna spremenljivka: profl\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

**Izločene spremenljivke<sup>e</sup>**

Model	Beta In	t	Sig.	Parcialna korelacija	Statistika kolinearno	
					Toleranca	
1	uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,329 <sup>a</sup>	8,910	,000	,356	,914
	zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,331 <sup>a</sup>	9,069	,000	,362	,931
	moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi	,257 <sup>a</sup>	7,076	,000	,290	,988
	etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,199 <sup>a</sup>	5,392	,000	,225	,996
	spol Spol	-,015 <sup>a</sup>	-,402	,688	-,017	,994
2	uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,200 <sup>b</sup>	4,400	,000	,185	,580
	moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi	,100 <sup>b</sup>	2,252	,025	,096	,628
	etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,109 <sup>b</sup>	2,937	,003	,125	,896
	spol Spol	,004 <sup>b</sup>	,107	,915	,005	,991
3	moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi	,070 <sup>c</sup>	1,575	,116	,067	,611
	etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,077 <sup>c</sup>	2,068	,039	,088	,854
	spol Spol	,006 <sup>c</sup>	,176	,861	,008	,991
4	moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi	,045 <sup>d</sup>	,960	,337	,041	,547
	spol Spol	,007 <sup>d</sup>	,198	,843	,008	,990

a. Napovedniki v modelu: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege

b. Napovedniki v modelu: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi

c. Napovedniki v modelu: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi

d. Napovedniki v modelu: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi, etika\_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi

e. Odvisna spremenljivka: profl\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

**Po starosti:****Koeficienti<sup>a</sup>**

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
	B	Std. napaka	Beta		
1 (Konstatno)	1,778	,087		20,502	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,409	,033	,471	12,472	,000
2 (Konstatno)	,971	,122		7,936	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,334	,032	,385	10,505	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,282	,032	,323	8,805	,000
3 (Konstatno)	,911	,121		7,514	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,311	,032	,358	9,775	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,181	,039	,206	4,572	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,147	,034	,196	4,299	,000
4 (Konstatno)	,872	,121		7,218	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,305	,032	,352	9,676	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,165	,039	,188	4,181	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,151	,034	,201	4,444	,000
Starost	,041	,013	,113	3,233	,001

a. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

**Po izobrazbi:****Koeficienti<sup>a</sup>**

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
	B	Std. napaka	Beta		
1 (Konstatno)	1,783	,088		20,380	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,405	,033	,465	12,259	,000
2 (Konstatno)	,902	,124		7,283	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,322	,032	,369	10,070	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,311	,033	,346	9,434	,000
3 (Konstatno)	,861	,122		7,031	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,300	,032	,344	9,401	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,206	,041	,229	4,992	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,143	,035	,191	4,133	,000

a. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

**Izločene spremenljivke<sup>d</sup>**

Model	Beta In	t	Sig.	Parcialna korelacija	Statistika kolinearno	
					Tolerance	
1	uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,333 <sup>a</sup>	8,959	,000	,359	,910
	zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,346 <sup>a</sup>	9,434	,000	,375	,923
	moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi	,260 <sup>a</sup>	7,104	,000	,291	,987
	etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,198 <sup>a</sup>	5,330	,000	,223	,995
	izobrazbaraz Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	-,030 <sup>a</sup>	-,790	,430	-,034	,994
2	uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,191 <sup>b</sup>	4,133	,000	,175	,564
	moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi	,092 <sup>b</sup>	2,071	,039	,089	,629
	etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,098 <sup>b</sup>	2,622	,009	,112	,884
	izobrazbaraz Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	-,029 <sup>b</sup>	-,835	,404	-,036	,994
3	moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi	,065 <sup>c</sup>	1,468	,143	,063	,614
	etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,070 <sup>c</sup>	1,871	,062	,080	,850
	izobrazbaraz Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	-,025 <sup>c</sup>	-,710	,478	-,030	,993

a. Napovedniki v modelu: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege

b. Napovedniki v modelu: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi

c. Napovedniki v modelu: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi

d. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

### Delovno mesto (funkcija) v zdravstveni organizaciji:

Koeficienti<sup>a</sup>

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
	B	Std. napaka	Beta		
1 (Konstatno)	1,785	,087		20,570	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,405	,033	,465	12,342	,000
2 (Konstatno)	,965	,122		7,890	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,330	,032	,379	10,400	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,286	,032	,327	8,954	,000
3 (Konstatno)	,909	,121		7,501	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,306	,032	,352	9,635	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,185	,039	,211	4,701	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,146	,034	,195	4,311	,000
4 (Konstatno)	1,004	,130		7,744	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,299	,032	,344	9,389	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,182	,039	,208	4,643	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,144	,034	,193	4,260	,000
org_niv Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	-,028	,014	-,071	-2,023	,044

a. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

### Delovno mesto v zdravstveni organizaciji

Koeficienti<sup>a</sup>

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
	B	Std. napaka	Beta		
1 (Konstatno)	1,780	,089		20,111	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,407	,034	,463	12,154	,000
2 (Konstatno)	1,188	,106		11,182	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,323	,033	,367	9,859	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,247	,028	,331	8,870	,000
3 (Konstatno)	,903	,122		7,373	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,307	,032	,350	9,501	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,154	,034	,206	4,475	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,178	,040	,204	4,471	,000

**Koeficienti<sup>a</sup>**

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
	B	Std. napaka	Beta		
1 (Konstatno)	1,780	,089		20,111	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,407	,034	,463	12,154	,000
2 (Konstatno)	1,188	,106		11,182	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,323	,033	,367	9,859	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,247	,028	,331	8,870	,000
3 (Konstatno)	,903	,122		7,373	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,307	,032	,350	9,501	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,154	,034	,206	4,475	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,178	,040	,204	4,471	,000

a. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

**Izločene spremenljivke<sup>d</sup>**

Model	Beta In	t	Sig.	Parcialna korelacija	Statistika kolinearno
					Toleranca
1 uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,331 <sup>a</sup>	8,870	,000	,357	,916
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,328 <sup>a</sup>	8,868	,000	,357	,931
moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi	,256 <sup>a</sup>	6,956	,000	,287	,987
etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,195 <sup>a</sup>	5,234	,000	,220	,996
del_mest Vaše delovno mesto v organizaciji	,026 <sup>a</sup>	,664	,507	,029	,971
2 zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,204 <sup>b</sup>	4,471	,000	,189	,590
moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi	,136 <sup>b</sup>	3,359	,001	,143	,766
etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,095 <sup>b</sup>	2,493	,013	,107	,870
del_mest Vaše delovno mesto v organizaciji	,002 <sup>b</sup>	,053	,958	,002	,966
3 moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi	,069 <sup>c</sup>	1,530	,127	,066	,609
etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,074 <sup>c</sup>	1,955	,051	,084	,855
del_mest Vaše delovno mesto v organizaciji	-,008 <sup>c</sup>	-,228	,820	-,010	,962

a. Napovedniki v modelu: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege

b. Napovedniki v modelu: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi

c. Napovedniki v modelu: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi

d. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege



## Vlaganje krovnega menedžmenta zdravstvene organizacije v zaposlenega:

### Koeficienti<sup>a</sup>

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
	B	Std. napaka	Beta		
1 (Konstatno)	1,797	,087		20,720	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,400	,033	,458	12,230	,000
2 (Konstatno)	,981	,123		7,993	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,326	,032	,373	10,252	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,285	,032	,324	8,886	,000
3 (Konstatno)	,925	,121		7,613	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,302	,032	,345	9,478	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,183	,040	,208	4,641	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,147	,034	,195	4,316	,000
4 (Konstatno)	,867	,124		6,968	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,306	,032	,350	9,620	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,172	,040	,195	4,337	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,131	,035	,175	3,781	,000
etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,043	,021	,076	2,037	,042

a. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

**Koeficienti<sup>a</sup>**

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
	B	Std. napaka	Beta		
1 (Konstatno)	1,797	,087		20,720	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,400	,033	,458	12,230	,000
2 (Konstatno)	,981	,123		7,993	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,326	,032	,373	10,252	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,285	,032	,324	8,886	,000
3 (Konstatno)	,925	,121		7,613	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,302	,032	,345	9,478	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,183	,040	,208	4,641	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,147	,034	,195	4,316	,000
4 (Konstatno)	,867	,124		6,968	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,306	,032	,350	9,620	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,172	,040	,195	4,337	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,131	,035	,175	3,781	,000
etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,043	,021	,076	2,037	,042

a. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

## Število let delovne dobe:

### Koeficienti<sup>a</sup>

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
	B	Std. napaka	Beta		
1 (Konstatno)	1,778	,087		20,502	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,409	,033	,471	12,472	,000
2 (Konstatno)	,971	,122		7,936	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,334	,032	,385	10,505	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,282	,032	,323	8,805	,000
3 (Konstatno)	,911	,121		7,514	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,311	,032	,358	9,775	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,181	,039	,206	4,572	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,147	,034	,196	4,299	,000
4 (Konstatno)	,886	,121		7,353	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,306	,032	,353	9,708	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,166	,039	,189	4,204	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,150	,034	,201	4,440	,000
del_doba Število let delovne dobe	,021	,007	,112	3,214	,001
5 (Konstatno)	,832	,123		6,754	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,310	,032	,357	9,835	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,155	,040	,177	3,910	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,135	,035	,181	3,912	,000
del_doba Število let delovne dobe	,021	,007	,110	3,170	,002
etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi	,042	,021	,074	1,983	,048

a. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

### Povzetek modela

Model	R	R <sup>2</sup>	Popravljen R <sup>2</sup>	Std. napaka ocene					
					Sprememba R <sup>2</sup>	Sprememba F	Stopnja prostosti 1	Stopnja prostosti 2	Sig. F sprememba
1	,471 <sup>a</sup>	,221	,220	,30968	,221	155,556	1	547	,000
2	,564 <sup>b</sup>	,318	,316	,29006	,097	77,527	1	546	,000
3	,584 <sup>c</sup>	,341	,337	,28552	,022	18,481	1	545	,000
4	,594 <sup>d</sup>	,353	,348	,28311	,012	10,327	1	544	,001
5	,598 <sup>e</sup>	,358	,352	,28235	,005	3,933	1	543	,048

a. Napovedniki: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege

b. Napovedniki: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi

c. Napovedniki: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi

d. Napovedniki: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi, del\_doba Število let delovne dobe

e. Napovedniki: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi, del\_doba Število let delovne dobe, etika\_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi

### Dosežena stopnja izobrazbe:

#### Koeficienti<sup>a</sup>

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
	B	Std. napaka	Beta		
1 (Konstatno) avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	1,783	,088		20,380	,000
	,405	,033	,465	12,259	,000
2 (Konstatno) avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,902	,124		7,283	,000
	,322	,032	,369	10,070	,000
	,311	,033	,346	9,434	,000
3 (Konstatno) avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,861	,122		7,031	,000
	,300	,032	,344	9,401	,000
	,206	,041	,229	4,992	,000
	,143	,035	,191	4,133	,000

a. Odvisna spreenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

**Povzetek modela**

Model	R	R <sup>2</sup>	Popravljen R <sup>2</sup>	Std. napaka ocene	Spremenjena statistika				
					Sprememba R <sup>2</sup>	Sprememba F	Stopnja prostosti 1	Stopnja prostosti 2	Sig. F sprememba
1	,465 <sup>a</sup>	,216	,215	,31162	,216	150,287	1	545	,000
2	,571 <sup>b</sup>	,326	,324	,28915	,110	89,003	1	544	,000
3	,589 <sup>c</sup>	,347	,343	,28497	,021	17,078	1	543	,000

a. Napovedniki: (Konstanta), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege

b. Napovedniki: (Konstanta), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi

c. Napovedniki: (Konstanta), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi

**Izločene spremenljivke<sup>d</sup>**

Model	B	t	Sig.	Parcialna korelacija	Statistika kolinearno
					Toleranca
1 uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi mocpovp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi izobrazbaraz Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	,333 <sup>a</sup>	8,959	,000	,359	,910
	,346 <sup>a</sup>	9,434	,000	,375	,923
	,260 <sup>a</sup>	7,104	,000	,291	,987
	,198 <sup>a</sup>	5,330	,000	,223	,995
	-,030 <sup>a</sup>	-,790	,430	-,034	,994
2 uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi izobrazbaraz Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	,191 <sup>b</sup>	4,133	,000	,175	,564
	,092 <sup>b</sup>	2,071	,039	,089	,629
	,098 <sup>b</sup>	2,622	,009	,112	,884
	-,029 <sup>b</sup>	-,835	,404	-,036	,994
3 moc_povp1 Indeks moči za sprejemanja strokovnih odločitev v zdravstveni negi etika_povp1 Indeks etike v zdravstveni negi izobrazbaraz Dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe	,065 <sup>c</sup>	1,468	,143	,063	,614
	,070 <sup>c</sup>	1,871	,062	,080	,850
	-,025 <sup>c</sup>	-,710	,478	-,030	,993

a. Napovedniki v modelu: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege

b. Predictors in the Model: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi

c. Predictors in the Model: (Konstatno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi

d. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

## Delovno mesto v zdravstveni organizaciji:

### Koeficienti<sup>a</sup>

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.
	B	Std. napaka	Beta		
1 (Konstantno)	1,785	,087		20,570	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,405	,033	,465	12,342	,000
2 (Konstantno)	,965	,122		7,890	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,330	,032	,379	10,400	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,286	,032	,327	8,954	,000
3 (Konstantno)	,909	,121		7,501	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,306	,032	,352	9,635	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,185	,039	,211	4,701	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,146	,034	,195	4,311	,000
4 (Konstantno)	1,004	,130		7,744	,000
avt_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege	,299	,032	,344	9,389	,000
zna_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi	,182	,039	,208	4,643	,000
uce_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi	,144	,034	,193	4,260	,000
org_niv Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija	-,028	,014	-,071	-2,023	,044

a. Odvisna spremenljivka: prof1\_povp1 Indeks profesionalizacije zdravstvene nege

### Povzetek modela

Model	R	R <sup>2</sup>	Popravljen R <sup>2</sup>	Std. napaka ocene					
					Sprememba R <sup>2</sup>	Sprememba F	Stopnja prostosti 1	Stopnja prostosti 2	Sig. F sprememba
1	,465 <sup>a</sup>	,216	,215	,31112	,216	152,320	1	553	,000
2	,562 <sup>b</sup>	,315	,313	,29099	,099	80,172	1	552	,000
3	,581 <sup>c</sup>	,338	,334	,28646	,022	18,585	1	551	,000
4	,585 <sup>d</sup>	,343	,338	,28566	,005	4,093	1	550	,044

a. Napovedniki: (Konstantno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege

b. Napovedniki: (Konstantno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi

c. Napovedniki: (Konstantno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi

d. Napovedniki: (Konstantno), avt\_povp1 Indeks strokovne avtonomije zdravstvene nege, zna\_povp1 Indeks znanja v zdravstveni negi, uce\_povp1 Indeks vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi, org\_niv Na kateri ravni zdravstvenega varstva je vaša zdravstvena organizacija