



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice  
College  
of Nursing  
Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

# **KAKŠNE SO VREDNOTE MEDICINSKIH SESTER**

## **VALUES OF NURSES**

Mentor: dr. Saša Kadivec, viš. pred.

Kandidat: Tatjana Zadnikar Pajk

Jesenice, junij 2014

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici, Saši Kadivec, pred., za mentorstvo, usmeritve, nasvete in spodbude pri pripravi in nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se svojim najbližjim in prijateljem, za podporo in spodbudo pri dosegu zastavljenega cilja.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Medicinske sestre so nepogrešljiv del zdravstva, saj so ob posamezniku štiriindvajset ur na dan. Navzven se predstavljajo s svojo samopodobo, osebnostjo, lastnostmi, zrelostjo in humanostjo, zato so jim pripisane tudi določene vrednote, kot so pozornost, razumnost in pravičnost, medtem ko so profesionalne vrednote zapisane v kodeksih vedenja, profesionalnih standardih in etičnih kodeksih. Kodeksi pomagajo namreč pri oblikovanju vrednot, ki so v zdravstveni negi zelo pomembne.

**Cilji:** Glavni cilj diplomskega dela je ugotoviti razlike v pomembnosti vrednot medicinskih sester na Stomatološki kliniki Ljubljana in v Zdravstvenem domu Ljubljana glede na raven ustanove, starost in delovno dobo, ter ugotoviti kakšen pomen dajejo vrednoti človekovo dostojanstvo, ter katere lastnosti medicinskih sester vplivajo na to. Zanima nas tudi pomen znanja in ovire pri pridobivanju le-tega.

**Metoda:** Podatke smo zbirali s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je bil sestavljen za namen diplomskega dela. V raziskavi je sodelovalo 60 medicinskih sester, in sicer 30 medicinskih sester iz Stomatološke klinike Ljubljana in 30 medicinskih sester iz Zdravstvenega doma Ljubljana. Celotni vzorec predstavljajo ženske.

**Rezultati:** Medicinske sestre so etične vrednote rangirale po pomembnosti od 1 do 10, kar je 1 pomenilo najbolj pomembno in 10 najmanj pomembno. Najbolj pomembne vrednote so neškodljivost, pravičnost, dobronamernost, znanje, enakost in dostojanstvo. Statistično pomembna razlika med medicinskimi sestrami na kliniki in v zdravstvenem domu je pri vrednoti altruizem ( $p = 0,02$ ) in znanje ( $p = 0,04$ ). Povezanost vrednot s starostjo in delovno dobo ni statistično pomembno. Dostojanstvo uvrščajo na šesto mesto. Manjši delež medicinskih sester (15 %) se ne izobražuje izven delovnega časa, medtem ko se jih več kot polovica (57 %) izobražuje vsaj občasno. Največja ovira pri izobraževanju je po mnenju medicinskih sester odsotnost podpore delodajalca.

**Razprava:** Namen diplomskega dela je bil s pomočjo raziskave ugotoviti vrednote medicinskih sester v zdravstvenem domu Ljubljana in na Stomatološki kliniki Ljubljana, razliko pomembnosti vrednot glede na nivo ustanove, starost in delovno dobo. Za medicinske sestre je po njihovem mnenju najbolj pogosta ovira pri pridobivanju novega znanja odsotnost podpore delodajalca. Odsotnost podpore

delodajalca pri pridobivanju novega znanja in posledično skromno udeleževanje ali sploh neudeležba na seminarjih, ki so v času, ko se medicinska stroka hitro razvija in napreduje, nujno potrebni ter sprožajo možnosti po nujnih novih raziskavah in preučevanjih.

**Ključne besede:** zdravstvena nega, medicinska sestra, vrednote v zdravstvu, vrednote medicinskih sester, osebne vrednote, profesionalne vrednote.

## ABSTRACT

**Theoretical background:** Nurses are integral part of healthcare, because they are available to individual 24 hour per day. Theirs external appearance reflects through their own self-image, personality, character tics/virtues, maturity and humanity. This is the reason why they also have values, for example attention, mindfulness, fairness. While professional values are written down in codices, standards ethical guidelines. Codex books accelerate forming of values, which have important role in the field of healthcare.

**Goals:** The primary purpose of this study was to determine differences in relative importance of ethical values on Dental Clinic, University Medical Centre Ljubljana and Community Health Centre Ljubljana, regarding the relative reach of institution , age and working experience and found out what level of importance do they assign to human dignity. Also what particular respondent properties influenced her survey choice? The other thing that interests us is also importance of knowledge and obstacles at gathering new knowledge.

**Method :** Data was gathered with a questionnaire , that was custom made to support this bachelor thesis. Number of respondents was 60, 30 from Dental Clinic and 30 from Community Health Centre Ljubljana. All respondents were female.

**Result:** Nurses ranked the values according to their own view of importance. The number 1 represented the most important value and 10 the least important value. The most important values are to make no harm, fairness, good intention, knowledge, nondiscrimination and dignity. Statistically important difference was observed during examination of altruism and knowledge. On contrary age and working experience statistical importance was not shown. Dignity is ranked as 6th. 15 % of nurses do not gather knowledge outside of working hours, while 57 % of them do learn at least occasionally. The main obstacle for training are employers.

**Discussion:** The aim of this work was to find out what are ethical values of nurses. Data for this research were collected with the help of written survey. Two equal sized samples were picked from Community Health Centre Ljubljana and Dental Clinic. Research goal was to find metrics that influence ranking of values. Metrics considered were rank of institution, respondent age and working experience. For nurses the main obstacle for extending their professional knowledge is absence of employer's support.

Absence of support is what leads to rare conference visits. Today's medical science is quickly evolving field. That is the reason why we think that conferences are necessary, and are possible triggers for future research and studies.

**Key words:** healthcare, nurse, ethical values in healthcare, professional values, personal values

## KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL .....	4
2.1	IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE .....	4
2.1.1	Poklici v zdravstveni oskrbi pacientov .....	4
2.2	VREDNOTE.....	5
2.2.1	Razvoj vrednot.....	6
2.2.2	Oblikovanje vrednot .....	7
2.2.3	Vrste vrednot .....	8
2.2.4	Vrednote v zdravstveni negi .....	9
3	EMPIRIČNI DEL .....	14
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	14
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	14
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	15
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	15
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	15
3.3.3	Opis vzorca.....	16
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	17
3.4	REZULTATI .....	17
3.5	RAZPRAVA .....	31
4	ZAKLJUČEK.....	35
5	LITERATURA .....	36
6	PRILOGE .....	40
6.1	INSTRUMENT.....	40

## KAZALO SLIK

<b>Slika 1:</b> Muskova hierarhija vrednot (Vir: Musek 2010, str. 477).....	9
<b>Slika 2 :</b> Pogostost izobraževanja medicinskih sester.....	27
<b>Slika 3:</b> Pogostost prebiranje strokovne literature. ....	28



## KAZALO TABEL

<b>Tabela 1:</b> Opis vzorca po spolu in delovnem mestu.....	16
<b>Tabela 2:</b> Opis vzorca po starosti in delovni dobi.....	16
<b>Tabela 3:</b> Rezultati rangiranja etičnih vrednot.....	18
<b>Tabela 4:</b> Rezultati rangiranja etičnih vrednot glede na dejavnost.....	18
<b>Tabela 5:</b> Spearmanov koeficient korelacije med proučevanimi spremenljivkami in pripadajoča p-vrednost.....	19
<b>Tabela 6:</b> Opažene razlike nespoštovanja človekovega dostojanstva na delovnem mestu.....	20
<b>Tabela 7:</b> Rezultati pogostosti nespoštovanja človekovega dostojanstva.....	21
<b>Tabela 8:</b> Rezultati pogostost vedenj pri anketirancih.....	22
<b>Tabela 9:</b> Značilna vedenja anketirancev v interakciji s pacientom.....	24
<b>Tabela 10:</b> Lastnosti medicinskih sester v povezavi s spoštovanjem človekovega dostojanstva.....	25
<b>Tabela 11:</b> Pogostost izobraževanja medicinskih sester v prostem času.....	26
<b>Tabela 12:</b> Rezultati pogostosti prebiranja strokovne literature.....	27
<b>Tabela 13:</b> Vrste izobraževanja.....	28
<b>Tabela 14:</b> Razlogi za nepridobivanje znanja.....	29
<b>Tabela 15:</b> Pogostost notranjih in zunanjih izobraževanj v obdobju 2011-2013.....	30

## 1 UVOD

Pri vsakodnevnem delu so medicinske sestre udeležene v različnih situacijah, povezanih z zdravstvenim stanjem posameznika in skupnosti. Ob tem se srečujejo tudi s pomembnimi dogodki, kot so rojstvo, bolezen, bolečina, umiranje in smrt. Veliko je situacij, medosebnih interakcij, kjer medicinske sestre vstopajo v svet posameznika, tudi v njegova zelo intimna področja (telesno, psihično, socialno ali drugo okolje). Pri svojem delu se srečujejo z etičnimi vprašanji, dilemami, stiskami in odločitvami, pri čemer se pogosto odločajo na osnovi lastne moralne drže, prepričanaj in vrednot (Klemenc, 2004).

Vrednote družbe se spreminjajo in s tem se spreminjajo tudi vrednote v zdravstveni negi, za katere ne bi mogli trditi, da so vrednote, ki jih upoštevajo medicinske sestre, popolnoma pravilne ali popolnoma napačne vrednote, vendar nekaj vrednot, ki so značilne za vse medicinske sestre po svetu in se ne bi smele spreminjati, ne glede na čas. Te vrednote so: pozornost, razumnost, pravičnost, odgovornost, zaupnost, spoštljivost, delavnost. Medicinske sestre, ki upoštevajo katerokoli od teh vrednot, so skrbne, ni jim zaupano le njihovo delo, ampak tudi zagovarjanje sprememb stroke, partnerjev in sodelavcev (Tschudin, 2004).

Profesionalne vrednote so v zdravstveni negi opredeljene in zapisane v kodeksih vedenja, profesionalnih standardih, razdelitvah kompetenc in etičnih kodeksih (Naka, Kvas, 2004).

Kodeks etike ima namen pomagati medicinskim sestram pri oblikovanju etičnih vrednot in je vodilo ter spodbuda pri delu v praksi zdravstvene nege. Kodeks je namenjen medicinskim sestram in sodelavcem v negovalnem timu, medtem ko za dijake in študente služi kot opora pri oblikovanju lastnih etičnih in moralnih stališč kot vir znanja ter refleksije. Medicinski sestri, ki že opravlja poklic, je podlaga za etično presojo njenega dela. Spoštovanje in razvijanje humanih vrednot poklica omogoča medicinski sestri osebno rast in zadovoljstvo pri delu (Kodeks etike medicinski sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010).

Kodeksi olajšajo odločanje, še posebno takrat, ko nastopijo zahtevne dileme. Hitreje kot se razvija stroka, pred večje dileme je posameznik postavljen in za ta namen so potrebni profesionalni etični kodeksi, ki opredeljujejo vrednote neke profesije in so v njih prav tako jasno določene poklicne vrednote. Pomemben del zdravstvene nege je zavedanje medicinskih sester o svojih vrednotah in kako vrednote vplivajo na njihovo vedenje (Pang et al., 2009).

Dolžnost vsake medicinske sestre je artikulirati vrednote zdravstvene nege, da bi razvili razumevanje, znanje in znanost zdravstvene nege (Snellman, Gedda, 2012).

Največja vrednota medicinske sestre je znanje, ki ji omogoča delovanje v široki sferi aktivnosti, interdisciplinarno delovanje in povezovanje, komunikacijske spretnosti in poslovni odnosi (Pajnikihar, 2010, str. 108).

Gorinšek (2007) v raziskavi ugotavlja, da mora medicinska sestra za uspešno opravljanje poklicnega poslanstva spoštovati temeljne človekove vrednote, slediti moralnemu nauku, da ne stori drugemu tega, kar ne želi, da bi drugi storili njej. Pomembna vrednota je zdravje; skrb za zdravje je dolžnost in odgovornost do nje same in do drugih, je njena notranja vrednostna vedenjska namera. Medicinsko sestro zavezuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Gorinšek, 2007).

Na Kitajskem so v raziskavi (Pang et al., 2009) ugotavljali bistvene vrednote medicinskih sester. V 11 individualnih intervjujih in 5 fokusnih skupinah so izpostavile sedem vrednot: altruizem, skrb, zanesljivost, dostojanstvo, odgovornost za razvoj stroke, samostojnost in pravičnost. Dostojanstvo je osnovni pogoj za prakso zdravstvene nege, saj v preteklosti ni bilo toliko poudarka na njem. Dogajalo se je, da medicinske sestre niso vedno zakrile intimnih delov bolnika pri zagotavljanju osebne nege, prav tako je bilo prisotno poimenovanje bolnika s številko postelje in ne z imenom. Ugotovitve te študije so pokazale ozaveščanje ohranjanja bolnikovega dostojanstva. Ugotovljeno je bilo, da morajo medicinske sestre imeti voljo in znanje, da raziščejo potrebe bolnikov in nudijo sočutno individualizirano zdravstveno nego. Strokovno

znanje je odločilnega pomena za dobro medicinsko sestro, ki mora znati deliti naloge, potrebne za napredek v poklicu zdravstvene nege. (Pang et al., 2009).

Podobna raziskava je bila opravljena v Izraelu, kjer je Rassin (2008) analiziral poklicne in osebne vrednote medicinskih sester, ter dejavnike, ki vplivajo na te vrednote. Sodelovalo je 323 medicinskih sester in za zbiranje podatkov so uporabili anketni vprašalnik. Med osebnimi vrednotami so bile najvišje ocenjene poštenost, odgovornost in inteligenca, medtem ko so se med strokovne vrednote najvišje uvrstile sledeče: človekovo dostojanstvo, enakost med bolniki in preprečevanje trpljenja. Ugotovili so, da so dejavniki, ki vplivajo na vrednote medicinskih sester: kultura, strokovno izobraževanje, usposabljanje in izkušnje (Rassin, 2008).

V Iranu je bila izvedena raziskava (Shahriari et al., 2012), ki je temeljila na zaznavanju etičnih vrednot medicinskih sester. Ugotovljeno je bilo, da medicinske sestre nadgrajujejo svoje znanje z udeležbo na tečajih usposabljanja, vendar morajo svoje znanje nadgrajevati tudi s samoučenjem. Medicinske sestre so izpostavile kot bistvene spoštovanje etičnih vrednot, pomembnih za oskrbo bolnikov, kot so ohranjanje zasebnosti pacientov, celovita oskrba, strokovna predanost, pravičnost, poštenost in spodbujanje strokovne usposobljenosti (ibid.).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE

Izraz medicinska sestra vključuje sledeče poklice: srednja medicinska sestra, zdravstvena tehtnica/zdravstveni tehnik, tehnik/-ca zdravstvene nege, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti, 2004).

Medicinska sestra je ob posamezniku štiriindvajset ur na dan in s svojo poklicno skupino predstavlja svojo samopodobo in predstavo, ki jo ima o sebi, svoje prirojene in pridobljene človeške lastnosti, čustveno zrelost in humanost.

Pomemben del pri tem predstavlja tudi profesionalizem, saj je skozi delo medicinske sestre zaznati interes in skrb za posameznika, pri čemer se izkazuje kot strokovnjakinja s preverjenim teoretičnim in praktičnim znanjem (Zbornica – Zveza, b.l).

Medicinske sestre imajo nalogo spodbujanja zdravja, preprečevanja bolezni, ponovno vzpostavitev zdravja in lajšanje trpljenja (Definition of Nursing, 2012).

#### 2.1.1 Poklici v zdravstveni oskrbi pacientov

Na ravni zdravstvene nege je kar nekaj poklicev, ki so si med seboj podobni in se zelo povezujejo, vendar zahtevajo določeno stopnjo izobrazbe in specifična znanja, vsak na svoji ravni.

Profesorica zdravstvene vzgoje ima univerzitetno izobrazbo, opravljeno pripravništvo, strokovni izpit in deluje na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, v socialnih zavodih, zdraviliščih, socialnomedicinskih, higienskih, epidemioloških in zdravstveno-ekoloških dejavnosti. Njena naloga je, da raziskuje in organizira delo na področju zdravstvene vzgoje in nege ter uči oziroma vzgaja, kako upravljati z življenjskim okoljem zaradi varovanja zdravja in izboljšanje kakovosti življenja (tako na ravni posameznika kot na ravni celotne družbe).

Delo diplomirane medicinske sestre se od profesorice zdravstvene nege ne razlikuje samo po stopnji izobrazbe, saj prva zaključi triletni ali 4600 ur trajajoči študij s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem ter je vpisana v register izvajalcev zdravstvene in babiške nege, vendar ima tudi veljavno licenco. Samostojno lahko opravlja delo, prav tako pa je enako priznana kvalifikacija tudi diplomirani medicinski sestri, ki je diplomo pridobila po študijskem programu z obsegom 2250 ur ima končano pripravništvo in strokovni izpit in višji medicinski sestri, ki je diplomo pridobila po prej veljavnih študijskih programih, ima končano pripravništvo, strokovni izpit in tri leta opravljanja svojega poklica v zadnjih petih letih. Delovno področje je primarna, sekundarna in terciarna raven zdravstvene dejavnosti, socialni in posebni socialni zavodi, zdravilišča, socialno medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno ekološka dejavnost.

Tehnik zdravstvene nege, ki je končal srednjo strokovno izobrazbo, opravil strokovni izpit in pripravništvo, se lahko zaposli v primarni, sekundarni in terciarni zdravstveni dejavnosti, ter na drugih področjih, kot so zdravilišča, šole, vrtci. Pri tem skrbi za zdravstveno nego posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni, ter v različnih življenjskih obdobjih. Prav tako sodeluje pri izvajanju intenzivne terapije in nege, ukrepa v nepričakovanih situacijah in nudi nujno medicinsko pomoč v okviru pristojnosti. (Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti, 2004).

## 2.2 VREDNOTE

Z vrednotami se ukvarjajo različne znanstvene discipline, filozofija, religija, etika, in sociologija. Gre za prepričanja, ki so pomembna za način življenja in dela, pri čemer na njihov razvoj vplivajo želje in potrebe posameznika, ki so v povezavi z okoljem v katerem odrašča, živi in dela (Musek, 2009).

Pojem vrednote je v Slovarju slovenskega knjižnega jezika opredeljen kot nekaj, čemur priznava kdo veliko načelno vrednost in mu zato daje prednost: doživljati, ohranjati, priznavati vrednote; družbene, osebne vrednote; estetske, moralne vrednote; ljubezen, resnica, svoboda (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2008).

Na osnovi tega lahko izluščimo, da vrednote lahko opredelimo kot posplošena in relativno trajna pojmovanja o ciljih in pojavih, ki jih visoko cenimo, nanašajo se na široke kategorije podrejenih objektov in odnosov in usmerjajo naše interese ter vedenje kot življenjska vodila in pri tem zavzemajo vrhunec naših motivov (Musek, 2000 povz. po Musek, 2005).

Poleg temeljnih potreb in motivov v našem življenju so pomembni tudi duhovni motivi, ki imajo kot predstave, pojmovanje in prepričanja o najpomembnejših ciljih in motivih veliko vlogo, saj nam pomenijo smernice, po katerih naj bi naravnavali naše življenje in odnose z drugimi. Tovrstno vlogo življenjskih vodil imajo vsekakor vrednote, ki zavzemajo sam vrhunec naših motivacijskih ciljev in vodil, zato jih opredelimo kot posplošena in relativno trajna pojmovanja o ciljih in pojavih, ki jih visoko cenimo, se nanašajo na široke kategorije podrejenih objektov in odnosov ter usmerjajo naše interese in vedenje kot življenjska vodila. Schwarz in Bilsky (1987 povz. po Musek, 2005) jih definirata kot pojmovanja ali prepričanja o zaželenih končnih stanjih ali vedenjih, ki presegajo specifične situacije, usmerjajo in vodijo izbiro ali oceno ravnanj in pojavov ter so urejena glede na relativno pomembnost. Na osnovi tega jih ocenjujemo kot vodila v našem življenju (Musek, 2005).

Musek opisuje, da so vrednote kompleksen pojav in jih povezuje s čustvenimi, motivacijskimi in spoznavnimi procesi. Norme in vrednote so bile raziskovane že v antiki in so se skozi zgodovino razvijale in izpopolnjevale. Nastanejo iz treh skupin ciljev, in sicer skupina specifičnih ciljev se združi v kompleksen cilj, kompleksni cilji v splošen cilj, le-ti pa tvorijo vrednoto (Musek, 2003 povz. po Peršuh, 2011, str. 9).

### **2.2.1 Razvoj vrednot**

V razvoju posameznika se vrednotne presoje pojavijo že zgodaj, vendar predstavljajo le predstopnjo abstraktnih vrednotnih pojmovanj, značilnih za mladostnike in odrasle. Naše vrednotne usmeritve so do neke mere genetsko pogojene, ne podedujemo vrednot kot takšnih, temveč naše osebne nagnjenosti, ki določajo, kako bomo tolmačili svet

in oblikovali svoja prepričanja in vrednote. Ljudska modrost zahoda in vzhoda nas uči, da naj bi bil človek kot mladostnik bolj usmerjen k užitkom in zabavi, k hedonskim vrednotam, nato postajajo vse bolj pomembni uspehi in dosežki – potenčne vrednote, nato odgovornosti in dolžnosti – moralne vrednote in končno življenjska izpolnitev – izpolnitvene vrednote (Musek, 2005).

Na razvoj vrednot vplivajo vsi dejavniki socializacije, in sicer družina, vrstniki, religija, družbeni sistem in mediji. Vrednote se razlikujejo pri ljudeh z različnimi poklici, ker smo nagnjeni k temu, da visoko cenimo tisto, v kar vlagamo svojo energijo (Stražišar, 2009).

Pogoj družbene stabilnosti v zgodovini človeštva je kakovost medgeneracijskih odnosov in prenos vrednot in znanja. Če človeška družba in kultura ne zmoreta kakovostne nege prihodnjih generacij in prenašanja znanj ter vrednot prihodnjim generacijam, preprosto ne moreta obstajati. Stabilna družba je lahko samo družba, ki bo poskrbela za kakovostne medgeneracijske odnose in za kakovosten prenos vrednot ter znanja med generacijami. Pogoj za trajno kakovost integracije in prenosa vrhunskega znanja, znanstvene miselnosti in visoko etičnih vrednot mladim generacijam je zagotavljanje kakovosti medgeneracijskih odnosov (Musek, 2012).

### **2.2.2 Oblikovanje vrednot**

Vrednote se oblikujejo in nastajajo od zgodnjega otroštva do adolescence, medtem ko se v odrasli dobi spreminja lestvica vrednot, ko se človek srečuje z novimi izkušnjami in življenjskimi situacijami. Musek je s primerjavami vrednotnih lestvic različno starih ljudi ugotovil, da se na prvih mestih pojavljajo določene kategorije vrednot, glede na različna starostna obdobja. Skozi življenje obstaja trend spreminjanja vrednot; od hedonskih in potenčnih k moralnim in izpolnitvenim (Stražišar, 2009).

Apolonske vrednote skozi celo življenje ocenjujemo za pomembnejše od dionizičnih, medtem ko mladostniki hedonske vrednote bolj cenijo kot zreli odrasli ljudje. Relativni



pomen hedonskih in dionizičnih vrednot postopno upada, vendar pomen apolonskih vrednot ostaja nespremenjen ali rahlo raste. Sledeča ugotovitev nam pomaga razumeti psihološko ozadje generacijske konfliktnosti v vrednotah, saj so se starejši v vseh dobah pritoževali, da mladina nima vrednot, mladi pa, da starejši ne razumejo njihovih vrednot. Konfliktnost je torej posledica, da se vrednotne usmeritve pri posamezniku spreminjajo (Musek, 2012).

### 2.2.3 Vrste vrednot

Zelo na splošno lahko vrednote opredelimo kot pojmovanja in prepričanja, ki nam pomenijo življenjska vodila. Vrednote nam pomenijo smerokaz in so vodila, po katerih naj bi uravnavali svoje življenje in odnose z drugimi. Že antični misleci so razmišljali o vrednotah, in sicer so od Platonu dalje navajali tri antične vrednote: resnično, lepo, dobro. Krščanska misel je dodala krščanske vrednote: vero, upanje in ljubezen, medtem ko so novejši raziskovalci ta seznam razširili (Musek, 2010).

Po Murrayu, Kluckhohnu in Rokeachu lahko vrednote razdelimo na terminalne in inštrumentalne, pri čemer terminalne pomenijo zaželena končna stanja, kot so svoboda, nacionalna enakopravnost in lepota, na drugi strani imajo instrumentalne vlogo predstave o vedenju, ki omogoča doseganje zaželenega, kot sta pogum in poštenost (Musek, 2012).

Vrednote se pojavljajo po hierarhični lestvici in Musek (1993 povz. po Uršič, Filej, Kučič, 2010, str. 78) je hierarhijo kategorije opisal kot:

- izpolnitvene (samoatualizacija in duhovna rast);
- moralne (vežejo se na dolžnosti in odgovornosti);
- potenčne (vežejo se na uspehe in na dosežke);
- hedonske (uživanje v čutnosti in nasladah).

Hedonske in potenčne vrednote skupaj imenujemo dionizične, po grškem bogu vina in zabave – Dionizu, medtem ko se moralne in izpolnitvene skupno imenujejo apolonske vrednote, po grškem bogu lepote in popolnosti – Apolonu (Uršič, Filej, Kaučič, 2010).

DIONIŽIČNE VREDNOTE		APOLONSKE VREDNOTE	
HEDONSKI TIP	POTENČNI TIP	MORALNI TIP	IZPOLNITVENI TIP
čutne zdravstvene varnostne	statusne patriotske legalistične	tradicionalne družinske societalne	kulturne estetske aktualizacijske spoznavne verske
veselje in zabava družabnost vznemirljivo življenje, udobje spolnost, dobra hrana prosto gibanje(svoboda) zdravje varnost počitek	moč, ugled, slava denar, politični uspeh prekačanje drugih dolgo življenje ljubezen do domovine narodni ponos red, zakoni	poštenost, dobrota delavnost družinska sreča razumevanje s partnerjem ljubezen do otrok ljubezen, upanje enakost nacionalna enakopravnost mir, sloga pravica (svoboda)	kultura, umetnost ustvarjalnost lepota, narava samoizpolnjevanje znanje, napredek resnica, modrost vera

**Slika 1: Muskova hierarhija vrednot (Vir: Musek 2010, str. 477).**

#### 2.2.4 Vrednote v zdravstveni negi

Mladi ljudje se velikokrat, ko se odločajo za poklic medicinske sestre ali zdravstvenega tehnika ne zavedajo, da je to odločitev, ki pomeni določen življenjski slog in sprejetje številnih etičnih načel in vrednot. Za zagotavljanje zdravstvene nege na kakovostni ravni ne zadostujejo samo teoretična znanja in številne izkušnje, ampak je potrebno nenehno razmišljanje o svojem delu in ravnanju ter oblikovanju moralnih vrednot, kar omogoča razvoj določene praktične modrosti in zrelosti (Naka, Kvas, 2004).

Vrednote imajo lahko nemoralni in moralni pomen, pri čemer se nemoralne vrednote nanašajo na organizacijske zadeve, oblačenje, osebno higieno in druge življenjske

odločitve, ki so odvisne od okusa posameznika in ne zahtevajo moralne presoje. Na drugi strani moralne vrednote vključujejo moralne odločitve in so odvisne od posameznega pogleda na življenje, svobodo, človekove pravice, blaginjo in podobno (Naka, Kvas, 2004, str. 306).

V zdravstveni negi določene vrednote niso moralne narave, ampak se nanašajo na pravila oblačenja, higienske standarde, strokovne standarde in osvojene rutine postopkov. Nekatere druge profesionalne vrednote pa so izključno moralne narave, saj se nanašajo na dobronamernost, neškodljivost, pravičnost, avtonomijo, pozornost, odgovornost, skrb in drugo (ibid.).

Odločitev za poklic diplomirane medicinske sestre spremlja nagnjenje k humanosti in altruizmu, saj opravljajo poklic, pri katerem so vezane na tesno delo in sodelovanje z ljudmi. Pravilna izbira poklica je pri medicinski sestri pogoj, da uresniči svoja pričakovanja in doživlja pri tem zadovoljstvo in poklicno izpolnitev (Ramšak-Pajk, Rajkovič, 2004).

Izjemno pomembna vrednota zdravstvene nege je znanje. Medicinske sestre se namreč spodbuja, da v strokovnem okolju pridobivajo znanje in spretnosti, spremljajo svoj strokovni razvoj in izgradnjo strokovne ter osebne rasti. Na tej ravni znanje izvaja in spodbuja raziskovalno dejavnost ter omogoča medicinskim sestram sodelovanje v raziskovalnih projektih.

Ob tem je pomembna vrednota tudi zdravje, in sicer je skrb zanj dolžnost in odgovornost do samega sebe in drugih (Kodeks etike, 2005).

Da medicinske sestre lahko izpolnjujejo načela kodeksa, morajo imeti ustrezno znanje, ki predstavlja moč medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (Šmitek, 2006).

Prav tako je nujno potrebno neskladja in konflikte, če nastanejo med osebnimi in profesionalnimi vrednotami, urediti in pri tem služijo profesionalni kodeksi za presojo ravnanja posameznika ter njegove odgovornosti.

Kodeks etike izraža stališča, prepričanja in vrednote, opredeljuje strokovno filozofijo zdravstvene nege in se nanaša se na splošna načela etike v zdravstvu, človekove/pacientove pravice in specifične profesionalne vrednote (Grbec, 2004).

#### **2.2.4.1 Altruizem**

Altruizem je v Slovarju knjižnega jezika opredeljen kot: »Ravnanje, nadzor, pri katerem človek upošteva koristi drugih, nesebičnost.« (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2008).

Izhaja iz krščanske morale in etike ter poudarja nesebičnost, ljubezen do bližnjega in upoštevanje koristi drugih ter je osnovna vrednota v zdravstveni negi, saj je v njeno ospredje postavljeno zavzemanje za pacienta, njegove interese in pravice, zavzetost za dobro počutje drugih (Šmitek, 1998 povz. po Bosilj, 2008, str. 9).

#### **2.2.4.2 Avtonomnost**

Medicinske sestre morajo spoštovati pravice pacientov o odločitvi o svoji zdravstveni oskrbi (Pang, 2009) in na drugi strani imajo pacienti pravico, da se sami odločajo ter se osebno opredeljujejo glede izbire zdravljenja (Lukman, 2010).

#### **2.2.4.3 Dobronamernost**

Pomeni dolžnost medicinskih sester, da delajo dobro, v skladu z dobrim in pospešujejo dobro (Šmitek, 1998, povz. po Kadivec, 2004, str. 212).

Za dobronamernega velja torej tisti, ki ima dobre in poštene namene, zato je dobronamernost lastnost dobronamernega človeka (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2008).

#### **2.2.4.4 Dostojanstvo**

Človekovo dostojanstvo je splošno zelo pogosto rabljen izraz, saj že ustava vsebuje člene, vezane na zagotavljanje pravic do dostojanstva, in o njem govorimo tudi v okviru človekovih pravic.

Človek je živo bitje z dostojanstvom, zato je spoštovanje slednjega osrednje načelo vseh kodeksov etike in je na osnovi tega tudi osnovana vrednota v zdravstveni negi. Gre za posebno »lastnino« posameznika, ki se pokaže v medsebojnih odnosih in je del človekove osebnosti (Šmitek, 2006).

#### **2.2.4.5 Enakost**

Pacient ima pravico, da ga pri zdravstveni oskrbi, ne glede na katero koli osebno okoliščino (npr. starost, versko prepričanje, spol, narodnost, invalidnost, gmotni položaj), obravnavajo enako kot vse ostale paciente (Kaj vam prinaša Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

#### **2.2.4.6 Nepristranskost**

Nepristranskost je lastnost, kjer se pri presojanju in vrednotenju ne smemo ravnati po osebnih nagnjenih in interesih (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2008), temveč izključno po znanju in vedenju, ki ga imamo na voljo, kar je pri delu medicinskih sester izjemnega pomena.

#### **2.2.4.7 Neškodljivost**

Načelo neškodljivosti pomeni preprečevati škodo ali zmanjšati škodo, kjer je že prisotna in pomeni tudi upoštevanje negovalnih standardov, ki vključujejo preventivne ukrepe za izogibanje nevarnostim, ki so jim bolniki izpostavljeni (Šmitek, 1998, povz. po Kadivec, 2004, str. 212).

#### **2.2.4.8 Pravičnost**

Je lastnost, ki je značilna za človeka in mora biti v skladu s človekovimi in družbenimi predstavami ter pravilom o moralnih vrednotah (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2008).

Frey in Veatch (2000, povz. po Naka, Kvas, 2004) navajata, da pravičnost izhaja iz osnovnih človekovih pravic, pri čemer poudarjata, da ni diskriminacije pri razporejanju sredstev, pripomočkov in časa izvajalcev zdravstvene nege glede na spol, raso, veroizpoved, družbeni status, starost ali prognozo.

Načelo pravičnosti nas obvezuje, da v najboljši meri poskrbimo za posameznika, spoštujemo njegove pravice in se izogibamo diskriminaciji ter spoštujemo njegovo dostojanstvo (Naka, Kvas, 2004).

#### **2.2.4.9 Resnicoljubnost**

Resnicoljubnost je izraz spoštovanja pacientove avtonomije. Na podlagi točnih in celostnih informacij se pacient lahko dobro odloča (Pence, 2007 povz. po Lukman, 2010).

#### **2.2.4.10 Znanje**

Znanje je celota podatkov, ki si jih kdo vtisne v zavest z učenjem, študijem: izpolniti, poglobiti, razširiti, utrditi znanje (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2008).

Medicinske sestre vsega znanja ne morejo osvojiti med šolanjem, saj se slednje zelo hitro spreminja in še hitreje zastari. V želji po kakovostnejši zdravstveni negi je za medicinske sestre nujno kontinuirano vseživljenjsko učenje in izobraževanja, to pomeni, da morajo znanje sproti ugotavljati, obnavljati in potrjevati (Kvas, Seljak, 2004).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati vrednote medicinskih sester na Stomatološki kliniki Ljubljana in v Zdravstvenih domovih v Ljubljani.

*Cilj 1* – Ugotoviti, katere vrednote so medicinskim sestram pomembne.

*Cilj 2* – Ugotoviti razlike v pomembnosti vrednot glede na starost, delovno dobo in nivo ustanove (primarni nivo – zdravstveni dom in terciarni nivo – klinika).

*Cilj 3* – Ugotoviti, kakšen pomen daje medicinskim sestram vrednota človekovo dostojanstvo.

*Cilj 4* – Ugotoviti vpliv lastnosti medicinskih sester na vrednoto človekovo dostojanstvo.

*Cilj 5* – Ugotoviti pomen znanja medicinskim sestram in katere so ovire pri pridobivanju le-tega.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi ciljev smo oblikovali raziskovalna vprašanja.

*Raziskovalno vprašanje 1* – Katere so najpomembnejše vrednote medicinskih sester?

*Raziskovalno vprašanje 2* – V kolikšni meri so razlike v pomembnosti vrednot pri medicinskih sestrah glede na starost, delovno dobo in nivo ustanove, kjer delajo.

*Raziskovalno vprašanje 3* – Kakšen pomen dajejo medicinske sestre vrednoti človekovo dostojanstvo?

*Raziskovalno vprašanje 4* – Ali lastnosti medicinske sestre, kot so prijaznost, vljudnost, poštenost, sposobnost empatije pospešujejo občutek dostojanstva?

*Raziskovalno vprašanje 5* – Ali so družinske obveznosti, pomanjkanje časa, obremenjenost na delovnem mestu, nezainteresiranost ovire za pridobivanje znanja?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo opravili pregled strokovne literature, znanstvenih in strokovnih člankov in prispevkov. Literatura je bila pridobljena s pomočjo baz podatkov, kot so CINAHL, SpringerLink, Medline in PubMed. Za iskanje slovenske literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije - COBISS. Ključne besede v slovenskem jeziku so bile: *zdravstvena nega, medicinska sestra, vrednote v zdravstvu, vrednote medicinskih sester, osebne vrednote, profesionalne vrednote*. V angleškem jeziku: *nursing, nurse, values in health care, nursing values, personal values, professional values*.

V empiričnem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda in za raziskavo smo uporabili metodo anketiranja. Raziskava je potekala v času od 2. 12. 2013 do 20. 12. 2013. Anketne vprašalnike smo razdelili po oddelkih na Stomatološki kliniki v Ljubljani vsem medicinskim sestram in po Zdravstvenih domovih v Ljubljani, pri čemer je bila zagotovljena je tudi anonimnost.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Kot inštrument smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik, ki je sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop je zajemal demografske podatke medicinskih sester, kot so starost, spol, delovno mesto in delovna doba. Drugi sklop je zajemal vprašanja o etičnih vrednotah in le-ta so bila oblikovana glede na cilje in namen diplomskega dela. Pri petem vprašanju je bilo potrebno podati stopnjo pomembnosti etičnih vrednot na skali od 1 do 10, pri čemer je 1 najbolj pomembno in 10 najmanj pomembno. Pri 8., 9., 10., 11. in 13 vprašanju smo uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico v kombinaciji z ocenjevalno lestvico (1 = se sploh ne strinjam, 2 = se strinjam, 3 = neopredeljen, 4 = se delno strinjam, 5 = se popolnoma strinjam). V anketni vprašalnik smo vključili tudi zaprte tipe vprašanj, medtem ko celotni anketni vprašalnik obsega štirinajst vprašanj.



### 3.3.3 Opis vzorca

Za vzorec smo vzeli 30 medicinskih sester, zaposlenih na Stomatološki kliniki Ljubljana (Klinika), ter 30 medicinskih sester, zaposlenih v zobnih ambulantah v Zdravstvenih domovih (ZD) Ljubljana. Na anketo je odgovarjalo skupaj 60 medicinskih sester.

**Tabela 1: Opis vzorca po spolu in delovnem mestu.**

Karakteristika	f	%
<b>Spol</b>		
Ženski	60	100
<b>Delovno mesto</b>		
ZD	30	50,0
Klinika	30	50,0

\*f= frekvenca; % = delež

Povprečna starost medicinskih sester je bila v času anketiranja 38 let, medtem ko je bil razpon starosti med 22 in 57 let. V povprečju so imele anketirane 17,3 let delovne dobe, in sicer najmanj pol leta in največ 37 let delovne dobe. V ZD so bile anketirane medicinske sestre v povprečju starejše in z več delovne dobe kot na kliniki.

**Tabela 2: Opis vzorca po starosti in delovni dobi.**

	ZD				
	Min	Max	Povprečje	Me	SD
<b>Starost</b>	22,00	56	40,13	47,00	12,29
<b>Delovna doba</b>	0,58	37	19,74	27,50	13,66
	Klinika				
<b>Starost</b>	22	57	36,0	34,00	10,17
<b>Delovna doba</b>	1	35	14,9	11,50	10,66
	Skupaj				
<b>Starost</b>	22,00	57,00	38,07	37,50	11,38
<b>Delovna doba</b>	0,58	37,00	17,32	18,00	12,39

\* Min = najmanjša vrednost; Max = največja vrednost; Me =mediana; SD = standardni odklon; n = število odgovarjajočih

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Potem ko nam je Komisija za diplomske zadeve odobrila dispozicijo, smo pridobili soglasja za opravljanje raziskave v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana na Stomatološki kliniki in v Zdravstvenih domovih Ljubljana. Vprašalnike smo kopirali in osebno razdelili medicinskim sestram na Stomatološki kliniki in v zobnih ambulantah v Zdravstvenih domovih Ljubljana. Po 14 dneh smo jih osebno prevzeli, nekaj jih je bilo poslano po pošti. Raziskava je potekala od 2. 12. 2013 do 20. 12. 2013. Anketiranje je bilo anonimno. Pridobljeni podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS (Statistical Package FOR The Social Sciences) verzija 22.0 in računalniškimi programi Microsoft Excel 2007. Uporabljena je bila statistična metoda Mann-Whitneyev U-test, ki je neparametrična različica t-testa in je primerna kadar želimo preveriti razlike v odgovorih med dvema skupinama ter kadar imamo podatke, merjene na ordinalni merski lestvici (kot je to v našem primeru). Pri Mann-Whitneyevem testu primerjamo vsoto rangov v eni in drugi skupini med seboj in preverimo ali so razlike v vsoti rangov tako velike, da jih ne bi mogli pripisati naključju (Petz, 1981)

Povezanost med pomembnostjo posamezne vrednote in starostjo smo preverili s Spearmanovim koeficientom korelacije. Koeficient korelacije lahko zavzame vrednost med -1 in 1. Kadar je enak 1 je med spremenljivkama popolna pozitivna povezanost, kadar je enak -1, pa popolnoma negativna povezanost. Koeficient enak 0 pomeni, da med spremenljivkama ni povezanosti. Izračunan korelacijski koeficient temelji na vzorčnih podatkih in je potrebno preveriti ali povezanost obstaja tudi v populaciji. Testiramo hipotezo, da je korelacija v populaciji različna od 0, ničelna hipoteza pa pravi, da je korelacija enaka 0. Kadar je p-vrednost  $< 0.05$ , korelacija med spremenljivkama obstaja tudi v populaciji (Ferligoj, 1995).

## 3.4 REZULTATI

Razdelili smo 60 vprašalnikov, in sicer 30 vprašalnikov medicinskim sestram na Stomatološki kliniki, ter 30 vprašalnikov medicinskim sestram v zdravstvenih domovih Ljubljana.

**Tabela 3: Rezultati rangiranja etičnih vrednot.**

	Min	Max	Me	Razpon	IQR
Neškodljivost	1	9	4	8	3,8
Pravičnost	1	10	4	9	3
Znanje	1	10	5	9	7,8
Dobronamernost	1	10	5	9	5
Enakost	1	10	5	9	5
Dostojanstvo	1	10	6	9	5
Avtonomnost	1	10	6	9	6
Resnicoljubnost	1	10	6	9	4
Altruizem	1	10	7	9	5
Nepristranskost	1	10	8	9	3

\* Min = najmanjša vrednost; Max = največja vrednost; Me = mediana; IQR = interkvartilni razmik.

Zanimalo nas je, katere vrednote so medicinskim sestram najpomembnejše. Anketiranke so etične vrednote rangirale po pomembnosti od 1 = najbolj pomembne do 10 = najmanj pomembne vrednote. Iz tabele 3 je razvidno, da sta glede na mediano najbolj pomembni vrednoti neškodljivost in pravičnost, katerima sledijo dobronamernost, znanje in enakost, medtem ko sta najmanj pomembni vrednoti altruizem in nepristranskost. Najbolj homogeno so anketiranci ocenili vrednoti pravičnost in nepristranskost, najmanj pa avtonomnost in znanje. Vrednota človekovo dostojanstvo je na šestem mestu po pomembnosti vrednot, torej ji dajejo medicinske sestre srednji pomen.

**Tabela 4: Rezultati rangiranja etičnih vrednot glede na dejavnost.**

	ZD					Klinika					U	p-vrednost
	Min	Max	Me	Razpon	IQR	Min	Max	Me	Razpon	IQR		
Neškodljivost	1,0	9,0	4,0	8,0	3,3	1,0	9,0	4,5	8,0	4,0	416,5	0,62
Dobronamernost	1,0	10,0	4,5	9,0	5,3	2,0	10,0	5,5	8,0	3,5	418,5	0,64
Altruizem	1,0	10,0	5,0	9,0	4,3	1,0	10,0	7,5	9,0	4,3	295,5	0,02
Dostojanstvo	1,0	10,0	5,0	9,0	4,0	1,0	9,0	7,0	8,0	5,3	325,5	0,06
Pravičnost	1,0	10,0	5,0	9,0	4,0	1,0	9,0	3,5	8,0	4,0	341,0	0,10
Avtonomnost	1,0	10,0	6,0	9,0	7,3	2,0	10,0	6,0	8,0	4,3	424,5	0,70
Enakost	1,0	10,0	6,0	9,0	6,0	1,0	10,0	4,0	9,0	4,0	348,5	0,13
Nepristranskost	1,0	10,0	7,0	9,0	5,0	1,0	10,0	8,0	9,0	4,0	387,0	0,35
Resnicoljubnost	2,0	10,0	7,0	8,0	4,0	1,0	10,0	5,0	9,0	4,0	387,5	0,35
Znanje	1,0	10,0	7,0	9,0	6,0	1,0	10,0	3,0	9,0	6,5	311,5	0,04

\* Min = najmanjša vrednost; Max = največja vrednost; Me = mediana; IQR = interkvartilni razmik.

Ugotoviti smo skušali, v kolikšni meri so razlike v pomembnosti vrednot pri medicinskih sestrah glede na nivo ustanove, kjer delajo. Naša hipoteza je bila, da obstaja razlika v pomembnosti vrednot med medicinskimi sestrami v zdravstvenem domu in tistimi, ki delajo na kliniki. Hipoteze smo preverjali pri stopnji značilnosti  $\alpha = 0,05$ . Kadar je p-vrednost, t.j. najmanjša vrednost, pri kateri še sprejmemo ničelno hipotezo, manjša ali enaka 0,05, postavljene alternativne hipoteze, ki izhajajo iz raziskovalnega vprašanja, ne moremo zavrniti.

Na osnovi rezultatov lahko vidimo, da se medicinske sestre zaposlene v zdravstvenem domu in na kliniki statistično značilno razlikujejo v pomembnosti vrednote altruizem in znanje. Medicinske sestre v zdravstvenem domu dajejo altruizmu večji pomen kot medicinske sestre, ki so zaposlene na kliniki. Na drugi strani medicinske sestre na kliniki dajejo višji pomen znanju. Mejno signifikantna razlika je še pri vrednoti dostojanstvo, ki ji medicinske sestre na kliniki dajejo manjši pomen kot medicinske sestre v zdravstvenem domu.

**Tabela 5: Spearmanov koeficient korelacije med proučevanimi spremenljivkami in pripadajoča p-vrednost.**

	Starost		Delovna doba	
	$\rho$	p-vrednost	$\rho$	p-vrednost
<b>Altruizem</b>	-0,22	0,09	-0,21	0,10
<b>Avtonomnost</b>	0,07	0,60	0,15	0,26
<b>Dobronamernost</b>	-0,14	0,29	-0,20	0,12
<b>Dostojanstvo</b>	-0,02	0,88	-0,05	0,69
<b>Enakost</b>	0,00	1,00	-0,02	0,86
<b>Nepristranskost</b>	-0,09	0,49	-0,11	0,39
<b>Neškodljivost</b>	0,07	0,62	0,10	0,45
<b>Pravičnost</b>	-0,11	0,39	-0,10	0,44
<b>Resnicoljubnost</b>	0,11	0,39	0,14	0,27
<b>Znanje</b>	0,25	0,06	0,22	0,09

\* $\rho$  = Spearmanov korelacijski koeficient

Preučevali smo, v kolikšni meri so razlike v pomembnosti vrednot pri medicinskih sestrah glede na starost in delovno dobo, pri čemer smo povezanost med pomembnostjo posamezne vrednote in starostjo preverili s Spearmanovim koeficientom korelacije.

Obstaja mejno statistično značilna povezanost ( $p = 0,09$ ) med starostjo in altruizmom. S starostjo se namreč veča pomen te vrednote, saj nižje vrednosti pri ocenjevanju vrednot pomenijo večji pomen vrednote. Ker je povezanost med starostjo in altruizmom negativna, to pomeni, da so starejše sestre dale večji pomen altruizmu kot mlajše, kljub temu pa povezanost ni statistično značilna pri stopnji značilnosti 0,05. Nakazuje se tudi povezanost med znanjem in starostjo, saj so starejše medicinske sestre dale manjši pomen znanju kot mlajše. Povezanost je šibka, pozitivna in mejno statistično značilna ( $p = 0,06$ ). V kolikor bi bil vzorci večji, bi morda dobili ti dve povezavi statistično značilni. Glede na rezultate pa lahko sklenemo le, da med pomembnostjo vrednot in starostjo ni statistično značilne povezanosti.

Podobna situacija je pri proučevanju povezanosti med vrednotami in dolžino delovne dobe. Noben korelacijski koeficient ni statistično značilen pri stopnji značilnosti 0,05.

**Tabela 6: Opažene razlike nespoštovanja človekovega dostojanstva na delovnem mestu.**

Oblike nespoštovanja človekovega dostojanstva	ZD		Klinika		Skupaj	
	f	%	f	%	f	%
Nespodobna komunikacija	22	75,86	16	53,33	38	64,41
Neupoštevanje zasebnosti	14	48,28	17	56,67	31	52,54
Čakanje brez pojasnila	9	31,03	8	26,67	17	28,81
Pogovor med MS o osebnih zadevah med nego pacienta	6	20,69	7	23,33	13	22,03
Diskriminacija	4	13,79	5	16,67	9	15,25
Ne poslušanje bolnika	4	13,79	5	16,67	9	15,25

\*f = frekvenca; % = delež

V tabeli 6 so prikazane najbolj pogoste oblike nespoštovanja človekovega dostojanstva in med njimi je po opažanjih anketiranih najbolj prisotna nespodobna komunikacija. V zdravstvenem domu je 22 (75,86 %) anketiranih označilo nespodobno komunikacijo kot najbolj pogosto obliko nespoštovanja človekovega dostojanstva, na kliniki pa 16 (53,33

); sledi ji neupoštevanje zasebnosti v zdravstvenem domu 14 (48,28 %) anketirancev in na kliniki 17 (56,67 %). Najmanj pogosto opažene oblike so diskriminacija v zdravstvenem domu 4 (13,79 %) anketiranci, na kliniki 5 (16,67 %) anketirancev in ne poslušanje bolnika v zdravstvenem domu enako. Rezultati medicinskih sester v zdravstvenem domu so skladni z rezultati celotnega vzorca, medtem ko je neupoštevanje zasebnosti najbolj pogosto opažena oblika nespoštovanja človekovega dostojanstva na kliniki, nesposobna komunikacija pa je na drugem mestu.

**Tabela 7: Rezultati pogostosti nespoštovanja človekovega dostojanstva.**

	ZD		Klinika		Skupaj	
	f	%	f	%	f	%
<b>Nikoli</b>	5	16,67	2	6,67	7	11,67
<b>Skoraj nikoli</b>	16	53,33	10	33,33	26	43,33
<b>Občasno</b>	9	30	17	56,67	26	43,33
<b>Pogosto</b>	0	0	1	3,33	1	1,67
<b>Zelo pogosto</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Skupaj</b>	30	100	30	100	60	100

\*f = frekvenca; % = delež

Rezultati v tabeli 7 kažejo, da 11,67 % vseh anketiranih nikoli na delovnem mestu ne opazi nespoštovanja človekovega dostojanstva, medtem ko ga 43 % opazi skoraj nikoli ali občasno. Pogosto opaža nespoštovanje človekovega dostojanstva le en anketiranec, in sicer na kliniki, medtem ko občasno nespoštovanje človekovega dostojanstva v zdravstvenem domu opazi 9 anketirancev (30 %) anketirancev, na kliniki 17 anketirancev (56,67 %). V zdravstvenem domu 16 anketirancev (53,33 %) skoraj nikoli ni opazilo nespoštovanja človekovega dostojanstva, toda na kliniki 10 anketirancev (33,33 %). Da nikoli ne opazijo nespoštovanja človekovega dostojanstva je v zdravstvenem domu odgovorilo 5 anketirancev (16,67 %), na kliniki pa 2 (6,67 %). Tako lahko s pomočjo rezultatov razberemo, da opažajo na kliniki nespoštovanje človekovega dostojanstva pogosteje kot v zdravstvenem domu.

Tabela 8: Rezultati pogostost vedenj pri anketirancih.

	ZD				
	nikoli	skoraj nikoli	občasno	skoraj vedno	vedno
	f (%)				
Poklicna molčečnost	0 (0)	0 (0)	1 (3.33)	5 (16.67)	24 (80)
Nazivanje gospod/gospa	0 (0)	0 (0)	3 (10)	6 (20)	21 (70)
Spoštovanje avtonomije	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (30)	21 (70)
Informiranje bolnikov	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (26.67)	22 (73.33)
Upoštevanje bolnikovih potreb in želja	0 (0)	0 (0)	0 (0)	20 (66.67)	10 (33.33)
Zagotavljanje zasebnosti pri pogovoru z bolnikom	0 (0)	2 (6.67)	3 (10)	13 (43.33)	12 (40)
	Klinika				
	nikoli	skoraj nikoli	občasno	skoraj vedno	vedno
	f (%)				
Poklicna molčečnost	0 (0)	1 (3.33)	0 (0)	6 (20)	23 (76.67)
Nazivanje gospod/gospa	1 (3.33)	0 (0)	0 (0)	7 (23.33)	22 (73.33)
Spoštovanje avtonomije	3 (10)	1 (3.33)	3 (10)	6 (20)	17 (56.67)
Informiranje bolnikov	1 (3.33)	0 (0)	1 (3.33)	13 (43.33)	15 (50)
Upoštevanje bolnikovih potreb in želja	0 (0)	1 (3.33)	5 (16.67)	15 (50)	9 (30)
Zagotavljanje zasebnosti pri pogovoru z bolnikom	0 (0)	4 (13.33)	5 (16.67)	16 (53.33)	5 (16.67)
	Skupaj				
	nikoli	skoraj nikoli	občasno	skoraj vedno	vedno
	f (%)				
Poklicna molčečnost	0 (0)	1 (1.67)	1 (1.67)	11 (18.33)	47 (78.33)
Nazivanje gospod/gospa	1 (1.67)	0 (0)	3 (5)	13 (21.67)	43 (71.67)
Spoštovanje avtonomije	3 (5)	1 (1.67)	3 (5)	15 (25)	38 (63.33)
Informiranje bolnikov	1 (1.67)	0 (0)	1 (1.67)	21 (35)	37 (61.67)
Upoštevanje bolnikovih potreb in želja	0 (0)	1 (1.67)	5 (8.33)	35 (58.33)	19 (31.67)
Zagotavljanje zasebnosti pri pogovoru z bolnikom	0 (0)	6 (10)	8 (13.33)	29 (48.33)	17 (28.33)

\*f = frekvenca; % = delež

Anketirani so zelo nekritično opisali svoje vedenje in zato je porazdelitev odgovorov močno asimetrična v levo. Najbolj pogosto se držijo poklicne molčečnosti, in sicer vedno 47 anketirancev (78,33 %) celotnega vzorca, na kliniki 23 anketirancev (76,67 %) in v zdravstvenem domu 24 anketirancev (80 %). Le 1 anketiranec je odgovoril, da se občasno ne drži poklicne molčečnosti, medtem ko nikoli oziroma skoraj nikoli, ni odgovoril noben anketiranec. Na kliniki je 1 anketiranec odgovoril, da se poklicne molčečnosti skoraj nikoli ne drži, nikoli in občasno pa noben anketiranec.

Da uporabljajo naziv za paciente, kot sta gospod/gospa, je v zdravstvenem domu odgovorilo 21 anketirancev (70 %), na kliniki pa 22 (73,33 %). Anketiranci spoštuje bolnikovo avtonomijo v zdravstvenem domu (21 anketirancev (70 %)), na kliniki nekoliko manj, in sicer 17 anketirancev (56,67 %). 22 odgovarjajočih (73,33 %) iz zdravstvenega doma je odgovorilo, da vedno informirajo bolnika, medtem ko je na kliniki odgovorilo 15 anketirancev (50 %). Na vprašanje, kako pogosto upoštevajo bolnikove potrebe in želje, je v zdravstvenem domu odgovorilo 20 anketirancev (66,67 %) skoraj vedno, ter 10 anketirancev (33,33 %) vedno, medtem ko nikoli, skoraj nikoli in občasno ni odgovoril nihče. Na kliniki je 9 anketirancev (30 %) odgovorilo, da vedno upošteva bolnikove želje in potrebe, 15 anketirancev (50 %) skoraj vedno, 5 anketirancev (16,67 %) občasno. En (3,33 %) anketiranec na kliniki je odgovoril, da skoraj nikoli ne upošteva bolnikovih potreb in želja. Iz tega razberemo, da v zdravstvenem domu v večjem odstotku upoštevajo bolnikove potrebe in želje. Pri zagotavljanju zasebnosti pri pogovoru imajo bolniki v zdravstvenem domu več zasebnosti kot na kliniki. 12 anketirancev (40 %) iz zdravstvenega doma vedno zagotavlja zasebnost pri pogovoru, na kliniki pa le 5 anketirancev (16,67 %). Skoraj vedno zagotavlja zasebnost nekaj anketirancev več na kliniki (16 anketirancev (53,33 %)) kot v zdravstvenem domu (13 anketirancev (43,33 %)). V zdravstvenem domu 2 anketiranca (6,67 %) anketiranca skoraj nikoli ne zagotavljata zasebnosti, medtem ko na kliniki 4 (13,33 %).

V tabeli 9 so prikazani: najmanjša vrednost, največja vrednost, aritmetična sredina, mediana vrednost, standardni odklon, koeficient variacije in število odgovarjajočih.

Na petstopenjski lestvici strinjanja so anketirani označili, v kolikšni meri veljajo naštet lastnosti pri delu s pacienti za njih osebno. Pri teh vedenjih so bili anketirani manj



kritični, saj so povprečne vrednosti zelo blizu skupaj, zato so tudi odgovori zelo homogeni. Anketirani zase menijo, da našteje lastnosti močno veljajo za njih osebno. Mediana vrednost je nekoliko nižja le pri pozornosti, sposobnosti empatije in potrpežljivosti. Sledeče lastnosti za nekatere anketirane veljajo manj.

**Tabela 9: Značilna vedenja anketirancev v interakciji s pacientom.**

	<b>ZD</b>					
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Povprečje</b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>KV</b>
<b>Zaupnost</b>	4	5	4,73	5,00	,45	9,5
<b>Poštenost</b>	4	5	4,80	5,00	,41	8,5
<b>Vljudnost</b>	4	5	4,73	5,00	,45	9,5
<b>Prijaznost</b>	3	5	4,60	5,00	,56	12,2
<b>Obzirnost</b>	3	5	4,53	5,00	,63	13,9
<b>Pozornost</b>	3	5	4,47	4,50	,57	12,8
<b>Sposobnost empatije</b>	3	5	4,20	4,00	,55	13,1
<b>Potrpežljivost</b>	4	5	4,37	4,00	,49	11,2
<b>Klinika</b>						
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Povprečje</b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>KV</b>
<b>Zaupnost</b>	2	5	4,63	5,00	,72	15,5
<b>Poštenost</b>	2	5	4,53	5,00	,68	15,0
<b>Vljudnost</b>	2	5	4,53	5,00	,68	15,0
<b>Prijaznost</b>	2	5	4,43	5,00	,73	16,4
<b>Obzirnost</b>	2	5	4,43	5,00	,73	16,4
<b>Pozornost</b>	2	5	4,20	4,00	,81	19,2
<b>Sposobnost empatije</b>	2	5	4,37	4,00	,67	15,3
<b>Potrpežljivost</b>	2	5	4,07	4,00	,83	20,4
<b>Skupaj</b>						
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Povprečje</b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>KV</b>
<b>Zaupnost</b>	2	5	4,68	5	0,60	12,7
<b>Poštenost</b>	2	5	4,67	5	0,57	12,3
<b>Vljudnost</b>	2	5	4,63	5	0,58	12,5
<b>Prijaznost</b>	2	5	4,52	5	0,65	14,4
<b>Obzirnost</b>	2	5	4,48	5	0,68	15,1
<b>Pozornost</b>	2	5	4,33	4	0,71	16,3
<b>Sposobnost empatije</b>	2	5	4,28	4	0,61	14,3
<b>Potrpežljivost</b>	2	5	4,22	4	0,69	16,4

\* Min = najmanjša vrednost; Max = največja vrednost; Me = mediana; IQR = interkvartilni razmik.

Raziskovalno vprašanje: Ali lastnosti medicinske sestre, kot so prijaznost, vljudnost, poštenost, sposobnost empatije, pospešuje občutek dostojanstva? Lastnosti so medicinske sestre ocenjevale na petstopenjski lestvici strinjanja. Vedenja, ki kažejo na upoštevanje človekovega dostojanstva, so ocenjevale torej na petstopenjski lestvici pogostosti vedenj. Povezanost med vedenji in pogostostjo vedenj smo preverili s Spearmanovim koeficientom korelacije.

**Tabela 10: Lastnosti medicinskih sester v povezavi s spoštovanjem človekovega dostojanstva.**

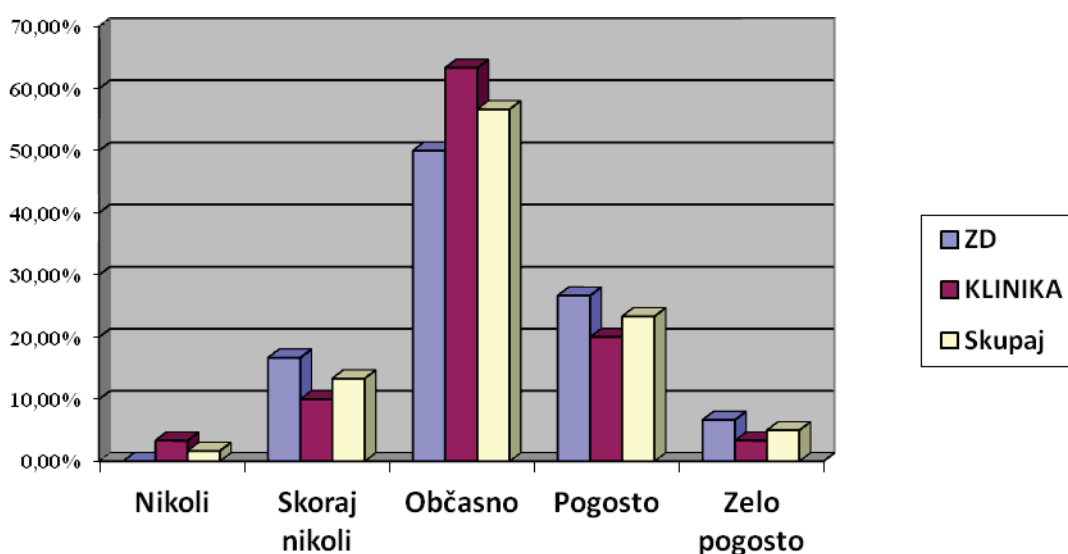
		Zagotavljanje zasebnosti	Upoštevanje želja	Poklicna molčečnost	Informiranje bolnikov	Naziva nje z g./ga.	Spoštovanje avtonomije
<b>Prijaznost</b>	r	0,18	0,38	0,05	0,13	0,17	0,002
	p - vrednost	0,18	0,003	0,72	0,34	0,2	0,99
<b>Vljudnost</b>	r	0,23	0,39	0,11	0,26	0,3	0,29
	p - vrednost	0,08	0,002	0,42	0,04	0,02	0,03
<b>Poštenost</b>	r	0,33	0,3	0,14	0,25	0,35	0,29
	p - vrednost	0,01	0,02	0,27	0,052	0,01	0,02
<b>Sposobnost empatije</b>	r	0,23	0,38	0,27	0,1	0,24	0,16
	p - vrednost	0,08	0,003	0,04	0,47	0,06	0,24
<b>Zaupnost</b>	r	0,17	0,29	0,18	0,09	0,39	0,27
	p - vrednost	0,18	0,02	0,17	0,49	0,002	0,04
<b>Potrpežljivost</b>	r	0,33	0,47	0,07	0,3	0,04	0,15
	p - vrednost	0,01	< 0,001	0,58	0,02	0,73	0,26
<b>Pozornost</b>	r	0,19	0,36	0,16	0,37	0,16	0,2
	p - vrednost	0,14	0,004	0,22	0,003	0,24	0,12
<b>Obzirnost</b>	r	0,33	0,32	0,2	0,3	0,14	0,23
	p - vrednost	0,01	0,01	0,12	0,02	0,3	0,08

Medicinske sestre, ki so bolj prijazne, vljudne, poštene, sposobne empatije, zaupne, potrpežljive, pozorne in obzirne, v večji meri upoštevajo želje pacientov in hkrati zagotavljajo tudi njihovo zasebnost. Tiste medicinske sestre, ki so bolj sposobne empatije, v večji meri spoštujejo poklicno molčečnost, medtem ko vljudne, potrpežljive, pozorne in obzirne sestre v večji meri informirajo bolnike. Na drugi strani vljudne, poštene in zaupne medicinske sestre v večji meri nazivajo bolnike z gospod ali gospa ter v večji meri spoštujejo bolnikovo avtonomijo. Na osnovi zbranih rezultatov sklepamo, da so nekatere lastnosti medicinskih sester povezane s spoštovanjem bolnikovega dostojanstva.

**Tabela 11: Pogostost izobraževanja medicinskih sester v prostem času.**

	Nikoli		Skoraj nikoli		Občasno		Pogosto		Zelo pogosto	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>ZD</b>	0	0,00	5	16,67	15	50,00	8	26,67	2	6,67
<b>Klinika</b>	1	3,33	3	10,00	19	63,33	6	20,00	1	3,33
<b>Skupaj</b>	1	1,67	8	13,33	34	56,67	14	23,33	3	5,00
*f = frekvenca; % = delež										

Le manjši delež medicinskih sester (15 %) se izven delovnega časa ne izobražuje, medtem ko se jih več kot polovica (57 %) izobražuje vsaj občasno. Dobra četrtina (28 %) se jih izobražuje pogosto ali zelo pogosto.



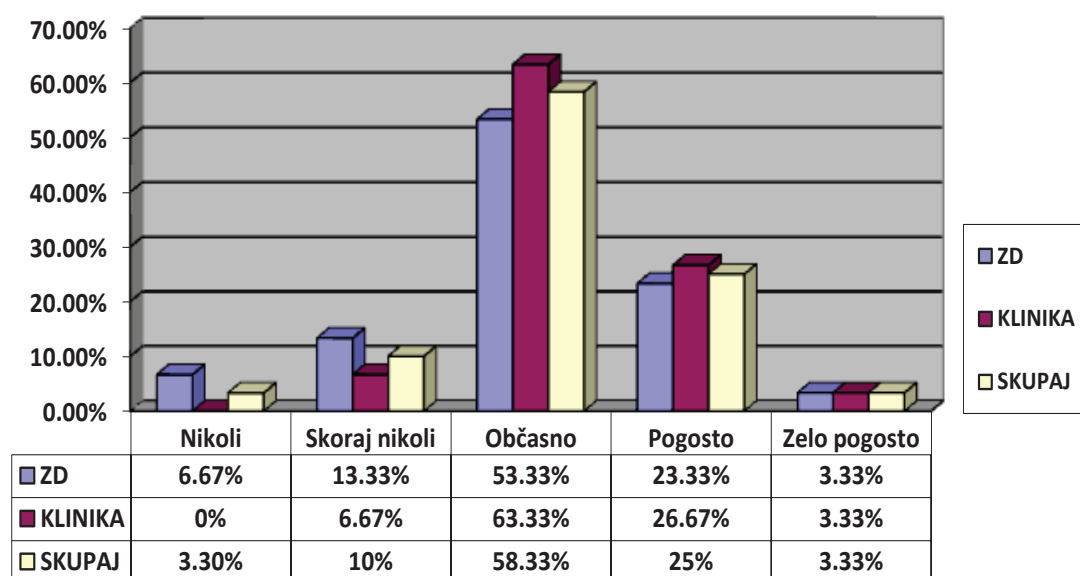
Slika 2 : Pogostost izobraževanja medicinskih sester

**Tabela 12: Rezultati pogostosti prebiranja strokovne literature.**

	Nikoli		Skoraj nikoli		Občasno		Pogosto		Zelo pogosto	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>ZD</b>	2	6,67	4	13,33	16	53,33	7	23,33	1	3,33
<b>Klinika</b>	0	0,00	2	6,67	19	63,33	8	26,67	1	3,33
<b>Skupaj</b>	2	3,33	6	10,00	35	58,33	15	25,00	2	3,33

\*f = frekvenca; % = delež

Rezultati v tabeli 12, kažejo, da le manjši delež medicinskih sester (3,3 %) izven delovnega časa ne poseže po strokovni literaturi, več kot polovica (58,33 %) pa literaturo prebira vsaj občasno. Zelo pogosto prebira literaturo 3,33 % medicinskih sester, tako na kliniki kot tudi v zdravstvenem domu. Na kliniki pogosto poseže po literaturi 26,67 %, kar je nekoliko več kot v zdravstvenem domu (23,33 %). Tudi pri občasnem prebiranju literature je delež medicinskih sester na kliniki nekoliko višji (63,33 %) kot v zdravstvenem domu (53,33 %). Analiza poda tudi ugotovitev, da 6,67 % medicinskih sester iz zdravstvenega doma nikoli ne poseže po strokovni literaturi v prostem času.



Slika 3: Pogostost prebiranje strokovne literature.

Tabela 13: Vrste izobraževanja.

	ZD		Klinika		Skupaj	
	f	%	f	%	f	%
Strokovna srečanja	6	20,00	11	36,67	17	28,33
Seminarji	12	40,00	10	33,33	22	36,67
Kongresi	0	0,00	1	3,33	1	1,67
Predavanja	6	20,00	3	10,00	9	15,00
Knjige, strokovna literatura	4	13,33	5	16,67	9	15,00
Se ne izobražujem	2	6,67	0	0,00	2	3,33

\*f= frekvenca; %= delež

Rezultati v tabeli 13 kažejo, da so izobraževanja v obliki seminarjev in strokovnih srečanj najbolj pogosta oblika izobraževanja v prostem času, medtem ko so kongresi najbolj redka. Šest anketirancev iz zdravstvenega doma je odgovorilo, da se udeležuje strokovnih srečanj, na kliniki pa nekaj več, in sicer 11 anketirancev. Na drugi strani seminarje obiskuje iz zdravstvenega doma 12 in iz klinike 10 anketirancev. Za odgovor

udeleževanja kongresov se je skupno odločil 1 anketiranec iz klinike. Skupno iz celotnega vzorca sta 2 anketiranca iz zdravstvenega doma odgovorila, da se jih ne izobražujeta.

Želeli smo ugotoviti, ali so družinske obveznosti, pomanjkanje časa, obremenjenost na delovnem mestu in nezainteresiranost ovire za pridobivanje znanja. Tabela 14 nam prikazuje, da so najbolj pogoste ovire pri pridobivanju novega znanja odsotnost podpore delodajalca, obremenjenost na delovnem mestu in pomanjkanje časa. Nezainteresiranost je bila ocenjena kot najmanj relevantna ovira za pridobivanje novega znanja.

**Tabela 14: Razlogi za nepridobivanje znanja.**

<b>ZD</b>						
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Povprečje</b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>KV</b>
<b>Družinske obveznosti</b>	1	4	2,233	2	1,19	53
<b>Pomanjkanje časa</b>	1	5	2,967	3	1,19	40
<b>Obremenjenost na delovne mestu</b>	1	5	3,367	4	1,10	33
<b>Ni podpore delodajalca</b>	1	5	3,367	3	1,25	37
<b>Nezainteresiranost</b>	1	4	1,767	1	0,97	55
<b>Klinika</b>						
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Povprečje</b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>KV</b>
<b>Družinske obveznosti</b>	1	5	2,700	3	1,18	44
<b>Pomanjkanje časa</b>	1	5	3,033	3	1,03	34
<b>Obremenjenost na delovne mestu</b>	2	5	3,333	3	1,03	31
<b>Ni podpore delodajalca</b>	2	5	3,333	3	0,88	27
<b>Nezainteresiranost</b>	1	3	1,933	2	0,74	38
<b>Skupaj</b>						
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Povprečje</b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>KV</b>
<b>Družinske obveznosti</b>	1	5	2,467	2	1,20	49
<b>Pomanjkanje časa</b>	1	5	3,000	3	1,10	37
<b>Obremenjenost na delovne mestu</b>	1	5	3,350	4	1,05	31
<b>Ni podpore delodajalca</b>	1	5	3,350	3	1,07	32
<b>Nezainteresiranost</b>	1	4	1,850	2	0,86	46

\* Min = najmanjša vrednost; Max = največja vrednost; Me = mediana;

Tabela 15: Pogostost notranjih in zunanjih izobraževanj v obdobju 2011-2013.

<b>ZD</b>						
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Povprečje</b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>KV</b>
Notranje izobraževanje 2011	0	3	0,87	1	0,94	108
Zunanje izobraževanje 2011	0	3	0,60	0	0,77	128
Notranje izobraževanje 2012	0	3	0,90	1	0,96	107
Zunanje izobraževanje 2012	0	2	0,60	1	0,62	104
Notranje izobraževanje 2013	0	2	0,50	0	0,63	126
Zunanje izobraževanje 2013	0	3	0,63	1	0,76	121
<b>Klinika</b>						
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Povprečje</b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>KV</b>
Notranje izobraževanje 2011	0	3	0,87	1	0,86	99
Zunanje izobraževanje 2011	0	9	0,87	0	1,70	196
Notranje izobraževanje 2012	0	4	0,93	1	0,98	105
Zunanje izobraževanje 2012	0	6	0,73	1	1,17	160
Notranje izobraževanje 2013	0	3	0,70	1	0,75	107
Zunanje izobraževanje 2013	0	4	0,53	0	0,86	161
<b>Skupaj</b>						
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Povprečje</b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>KV</b>
Notranje izobraževanje 2011	0	3	0,87	1	0,89	103
Zunanje izobraževanje 2011	0	9	0,73	0	1,31	179
Notranje izobraževanje 2012	0	4	0,92	1	0,96	105
Zunanje izobraževanje 2012	0	6	0,67	1	0,93	140
Notranje izobraževanje 2013	0	3	0,60	1	0,69	116
Zunanje izobraževanje 2013	0	4	0,58	0	0,81	139

\* Min = najmanjša vrednost; Max = največja vrednost; Me = mediana;

Zanimalo nas je, koliko izobraževanj se medicinske sestre udeležijo na leto in rezultati so pokazali, da so se udeležile notranjega ali zunanjega izobraževanja v obdobju 2011–2013 v povprečju manj kot enkrat na leto, pri čemer so bili odgovori močno heterogeni. Mediana vrednost pogostosti notranjega izobraževanja v proučevanem obdobju je 1, zunanjega izobraževanja pa 0 v letih 2011 in 2013, v letu 2012 pa 1. Na kliniki je mediana vrednost za notranje izobraževanje v obdobju v letih 2011–2013 enaka 1, za zunanje izobraževanje je vrednost 1 v letu 2012, ter vrednost mediane 0 v letih 2011 in 2013. V zdravstvenem domu je v letih 2011 in 2012 mediana vrednost notranjega izobraževanja 1, v letu 2013 pa 0. Za zunanje izobraževanje je mediana vrednot 1 v letih 2012 in 2013, ter 0 v letu 2011.

### 3.5 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je bil s pomočjo raziskave ugotoviti vrednote medicinskih sester v zdravstvenem domu Ljubljana in na Stomatološki kliniki Ljubljana, razliko pomembnosti vrednot glede na nivo ustanove, starost in delovno dobo. Želeli smo ugotoviti, kakšen pomen dajejo medicinske sestre vrednoti človekovo dostojanstvo, katere lastnosti medicinskih sester vplivajo na vrednoto človekovo dostojanstvo, pomen znanja pri medicinskih sestrah in katere so ovire pri pridobivanju le-tega.

V naši raziskavi smo ugotavljali, katere etične vrednote so medicinskim sestram najbolj pomembne, in ugotovili, da sta to neškodljivost in pravičnost, sledijo jim dobronamernost, znanje in enakost, dostojanstvo, avtonomnost in resnicoljubnost, medtem ko sta najmanj pomembni vrednoti altruizem in nepristranskost. Rassin (2008) je v svoji raziskavi ugotavljal poklicne in osebne vrednote medicinskih sester ter dejavnike, ki vplivajo na te vrednote. Podal je 20 vrednot, ki so jih medicinske sestre razvrščale od 1 (najmanj pomembna vrednota) in 20 (najbolj pomembna vrednota). Na prva mesta so se razvrstile naslednje vrednote: dostojanstvo, enakost, preprečevanje trpljenja, zanesljivost, avtonomnost, varnost, zaupanje, svoboda izbire, odgovornost, zasebnost, zaupnost, altruizem, znanje, strokovnost, odličnost, estetika, vodstvo, spodbujanje javnega zdravja, pravica do ustreznih delovnih pogojev, možnost raziskovalnega dela v zdravstveni negi. Dostojanstvo se je v naši raziskavi uvrstilo na šesto mesto, v raziskavi Rassin pa na prvo mesto, medtem ko je bila vrednota znanje pri nas uvrščena na tretje mesto, v njihovi raziskavi pa šele na trinajsto mesto.

V raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, ali obstajajo razlike v pomembnosti vrednot pri medicinskih sestrah glede na starost, delovno dobo in nivo ustanove, kjer so zaposlene. Ugotovili smo, da obstaja mejno statistična povezanost med starostjo in altruizmom, saj se s starostjo večja pomen te vrednote. Povezanost ni statistično značilna pri stopnji značilnosti 0,05 in nakazuje se tudi povezanost med znanjem in starostjo, saj so starejše medicinske sestre dale manjši pomen znanju kot mlajše. Povezanost je tako šibka in mejno statistična ( $p = 0,06$ ).



Glede na rezultate lahko sklepamo, da med pomembnostjo vrednot in starostjo ni statistično značilne povezanosti. Podobno je pri proučevanju povezanosti med vrednotami in dolžino delovne dobe. Noben koeficient ni statistično značilen pri stopnji značilnosti 0,05. Medicinske sestre, zaposlene v zdravstvenem domu in na kliniki, se statistično značilno razlikujejo v pomembnosti vrednote altruizem in znanje pri stopnji značilnosti 0,02. Medicinske sestre v zdravstvenem domu dajejo altruizmu večji pomen kot medicinske sestre, zaposlene na kliniki, medtem ko slednje dajejo višji pomen znanju, pri stopnji 0,04. Mejno signifikantna razlika je še pri vrednoti dostojanstvo, ki ji medicinske sestre na kliniki dajejo manjši pomen kot medicinske sestre v zdravstvenem domu.

Iz raziskave smo ugotovili, da je najbolj pogosta oblika nespoštovanja človekovega dostojanstva nespodobna komunikacija, sledi ji neupoštevanje zasebnosti, kar velja za zdravstveni dom, a na kliniki je ravno obratno. Najmanj opaženi obliki nespoštovanja sta diskriminacija in neposlušanje bolnika. Več kot polovica vseh anketirancev skoraj nikoli ali nikoli ne opazi nespoštovanje človekovega dostojanstva in rezultati kažejo, da neupoštevanje slednjega pogosteje opažajo na kliniki. Medicinske sestre se najbolj držijo poklicne molčečnosti in nazivajo bolnike z gospod/gospa, medtem ko se jim občasno zgodi, da ne upoštevajo bolnikovih želja in potreb ali da jim pri pogovoru ne zagotavljajo zasebnosti.

Zanimalo nas je, ali lastnosti medicinskih sester, kot so prijaznost, vljudnost, poštenost, sposobnost empatije pospešuje občutek dostojanstva. Iz raziskave razberemo, da medicinske sestre, ki so bolj prijazne, vljudne, poštene, sposobne empatije, zaupne, potrpežljive, pozorne in obzirne, v večji meri upoštevajo želje pacientov. Vljudne, poštene, potrpežljive, sposobne empatije in obzirne medicinske sestre v večji meri zagotavljajo zasebnost pacientom, medtem ko medicinske sestre, ki so bolj sposobne empatije, v večji meri spoštujejo poklicno molčečnost. Vljudne, potrpežljive, pozorne in obzirne sestre v večji meri informirajo bolnike, vendar vljudne, poštene in zaupne medicinske sestre v večji meri nazivajo bolnike z gospod ali gospa in v večji meri spoštujejo bolnikovo avtonomijo. Zaključimo lahko, da so nekatere lastnosti medicinskih sester povezane s spoštovanjem bolnikovega dostojanstva.

Raziskovali smo, ali so družinske obveznosti, pomanjkanje časa, obremenjenost na delovnem mestu, nezainteresiranost ovire za pridobivanje znanja, kako pogosto se medicinske sestre izobražujejo v prostem času, kakšno literaturo prebirajo in kakšne vrste izobraževanj se poslužujejo. Manjši delež sester se izven delovnega časa ne izobražuje, medtem ko se v zdravstvenem domu polovica medicinskih sester izobražuje občasno, tretjina se jih izobražuje pogosto oziroma zelo pogosto. Na kliniki je nekoliko višji delež izobraževanja občasno in dobra petina medicinskih sester se za to odloči pogosto oziroma zelo pogosto. Ena medicinska sestra na kliniki je odgovorila, da se nikoli ne izobražuje v prostem času. Delež medicinskih sester, ki se občasno izobražujejo, je nekoliko višji na kliniki, medtem ko je delež tistih, ki se izobražuje pogosto in zelo pogosto, nekoliko višji v zdravstvenem domu. Po strokovni literaturi vsaj občasno poseže večji delež medicinskih sester iz klinike v primerjavi z zdravstvenim domom. Najpogostejša oblika izobraževanja na kliniki so strokovna srečanja, medtem ko v zdravstvenih domovih seminarji. Kongresi so najmanj pogosta oblika izobraževanja, saj je na to odgovoril samo en anketiranec iz klinike, medtem ko sta dva anketiranca iz zdravstvenega doma odgovorila, da se ne izobražujeta.

Za medicinske sestre je po njihovem mnenju najbolj pogosta ovira pri pridobivanju novega znanja odsotnost podpore delodajalca, obremenjenost na delovnem mestu in pomanjkanje časa. Na drugi strani je bila nezainteresiranost ocenjena kot najmanj relevantna ovira za pridobivanje novega znanja.

Rezultati so pokazali, da so se medicinske sestre v povprečju manj kot enkrat letno udeležile notranjega ali zunanjega izobraževanja v obdobju 2011–2013. Mediana vrednot pogostosti notranjega izobraževanja v proučevanem obdobju je 1, zunanjega izobraževanja pa 0 v letu 2011, 2013 in 1 v letu 2012. V zdravstvenem domu pa je bila v letu 2013 mediana vrednost notranjega izobraževanja enaka 0, zunanjega pa 1. Na osnovi tega lahko razberemo, da se v povprečju ne udeležijo niti enega seminarja letno.

Pang et al. (2009) je v svoji raziskavi ugotovil, da morajo medicinske sestre imeti voljo in znanje, da raziščejo potrebe bolnikov in nudijo sočutno individualizirano zdravstveno nego. Strokovno znanje je odločilnega pomena za dobro medicinsko sestro, ki mora deliti naloge, potrebne za napredek v poklicu zdravstvene nege. Večina udeležencev

raziskave je poudarila pomen vseživljenjskega učenja, kar pomeni, da morajo slediti razvoju stroke, viziji, strokovnemu znanju in spretnostim. Medicinske sestre učiteljice poudarjajo sodelovanje pri raziskavah, saj več teh tudi spodbuja razvoj znanja in imajo večji dostop do akademskih virov na univerzah. Medicinske sestre v bolnišnicah nudijo neposredno nego in rešujejo praktične probleme ter težje hkrati sodelujejo pri raziskavah.

V Iranu je bila izvedena raziskava (Shahriari et al., 2012), ki je temeljila na zaznavanju etičnih vrednot medicinskih sester, v katero je bilo v letih 2009 in 2010 vključenih 28 medicinskih sester. Pri tem so bili uporabljeni: polstrukturiran intervju, individualni intervju in ciljne skupine. Starost medicinskih sester je bila od 28 do 52 let, z delovnimi izkušnjami od 4 do 30 let. Ugotovljeno je bilo, da medicinske sestre nadgrajujejo svoje znanje z udeležbo na tečajih usposabljanja ter da morajo medicinske sestre svoje znanje nadgrajevati z branjem.

## 4 ZAKLJUČEK

Vrednote so vedno sprožale vprašanje njihove interpretacije, razumevanja in upoštevanja v praksi. Ker se medicinske sestre tako v zdravstvenih domovih kot na kliniki vsakodnevno srečujejo s pacienti, se nam je zastavljajo vprašanje, kakšne so njihove vrednote, povezava med njimi ter pomanjkljivosti.

Na osnovi rezultatov, ki smo jih prikazali v empiričnem delu diplomskega dela, smo ugotovili, da so prisotne razlike med delom v obeh zavodih, hkrati pa je razlika tudi med samimi medicinskimi sestrami in pogoji, v katerih delajo. Naše ugotovitve temeljijo na raziskavi med medicinskimi sestrami v zobnih ambulantah, v prihodnje bi bilo zanimivo narediti obsežnejšo raziskavo med medicinskimi sestrami zaposlenimi v bolnišnicah in v ambulantah, kjer je delo drugačno, kjer so delovni pogoji drugačni, kjer bi lahko izpostavili tudi ali stopnja izobrazbe vpliva na pomen vrednot.

Vsekakor medicinske sestre dajejo velik poudarek vrednotam in njihovem upoštevanju, vendar veliko izhaja tudi iz njih samih ter njihovega osebnega odnosa do pacientov, s katerimi se srečujejo vsak dan, zato bi bilo smiselno razmisliti o tem, da bi bilo o sistemu vrednot več časa namenjenega že v času izobraževalnega procesa za pridobitev izobrazbe medicinske sestre.

Zaskrbljujoče je dejstvo, da medicinske sestre pri svojem izobraževanju nimajo podpore delodajalca, kar sproža nova in nova vprašanja. Kateri razlog bi lahko kljuboval temu, ne moremo na tem mestu podati. Smiselno bi bilo narediti raziskavo tudi med delodajalci in oceniti stanje duha, ki vlada v celotni zdravstveni strukturi, zakaj prihaja do tega, da so delavci mnenja, da nimajo podpore delodajalca pri izobraževanju. Pomembno bi bilo ozavestiti medicinske sestre, kako pomembno je izobraževanje za napredek v zdravstveni negi, kot tudi za osebno rast.

## 5 LITERATURA

Bosilj M. Vrednote izvajalcev zdravstvene nege: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.

Definition of Nursing. International Council of Nurses, 2012. Dostopno na: [www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf) (7. 2. 2013).

Ferligoj A. Osnove statistike na prosojnicah. Ljubljana: samozaložba Z. Batagelj; 1995.

Gorinšek A. Vrednote študentov zdravstvene nege: [raziskovalno delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2007.

Grbec V. 10-letnica Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Obzor Zdr N. 2004;38(4): 339-45. Dostopno na: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/eng/Full\\_article.aspx?ID=14f1c988-31c3-4219-9949-a4f078ec00ca](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/eng/Full_article.aspx?ID=14f1c988-31c3-4219-9949-a4f078ec00ca) (20. 2. 2014).

Kadivec S. Zagotavljanje etičnih načel dobronamernosti in neškodljivosti v zdravstvenih ustanovah. Obzor Zdr N. 2004;38: 211–7.

Kaj vam prinaša Zakon o pacientovih pravicah(ZPacP2008). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2008. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zlozenke\\_periodika\\_2008/ZPacP2008.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zlozenke_periodika_2008/ZPacP2008.pdf) (17. 3. 2014).

Klemenc D. Medicinska sestra – zagovornica pacientovih pravic. Obzor Zdr N. 2004;38(4): 287–96.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Skupščina Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2010.

Kokol I. Izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege v SBM: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru – Fakulteta za organizacijske vede; 2006.

Kubsch S, Hansen G, Huyser-Eatwell V. Professional Values: The Case for RN-BSN Completion Education. *J Contin Educ Nurs.* 2008;39(8)375-84.

Kvas A, Seljak J. Slovenske medicinske sestre v postmoderno. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004.

Lukman H. Resnicoljubnost na področju medicinske etike. Etika in kakovost življenja: izbrana vprašanja iz medicine, športa in prava. In: Teršek A. ed. Ljubljana: Klub Revus, Koper: Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije; 2010.

Medicinske sestre in babice. Zbornica zdravstvene nege in babiške nege Slovenije. B.l. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/Medicinske\\_sestre\\_in\\_babice.aspx](http://www.zbornica-zveza.si/Medicinske_sestre_in_babice.aspx) (7. 2. 2013)

Musek J. Predmet, metode in področja psihologije. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo; 2005.

Musek J. Psihologija življenja. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti, 2010: 477.

Musek J. Vrednote in družba. In: Polič M, ed. Podobe psihologije. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete; 2009: 9–16.

Musek J. Vrednote, družba prihodnosti in Slovenija. In: Kečanović B, ed. Javna etika in integriteta: odgovornost za skupne vrednote. Ljubljana: Komisija za preprečevanje korupcije; 2012: 51–62.

Naka S, Kvas A. Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. *Obzor Zdr N.* 2004;38(4): 305–12.

Pajnkihar M. Vrednote in znanje medicinskih sester za doseganje učinkovite zdravstvene nege, osnovane na znanstvenih dokazih. In: Pajnkihar M, ed. Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego: zbornik predavanj, Maribor, 3. - 4. junij 2010. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2010: 105–10.

Pang D, Senaratana W, Kunaviktikul W, Klunklin A, McElmurry BJ. Nursing values in China: The expectations of registered nurses. *Nurs Health Sci.* 2009;11(3):312–7.

Peršuh M. Vrednote študentov Fakultete za organizacijske vede: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru – Fakulteta za organizacijske vede; 2011.

Petz B. Osnove statističke metode za nematematičare. Zagreb: Liber; 1981.

Ramšak-Pajk J, Rajkovič V. Kariera medicinske sestre in samoevalvacijski model Model of selfevaluation in the process of career planning for a nurse. *Obzornik Zdr N.* 2004;38(1)21–9.

Rassin M. Nurses' professional and personal values. *Nurs Ethics.* 2008;15(5)614-30.

Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M, Fooladi MM. Perceived ethical values by Iranian nurses. *Nurs Ethics.* 2012;19(1)30–40.

Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: DZS; 2008.

Snellman I, Gedda KM. The value ground of nursing. *Nurs Ethics.* 2012;19(6)714–26.

Stražičar M. Vrednote. In: Kompare A, Dogša I, Vec T, Curk J, eds. Uvod v psihologijo. Ljubljana: DZS; 2009: 170–5.

Šmitek J. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N.* 2006;40(1)23–35.

Tschudin V. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy; 2004.

Uršič B, Filej B, Kaučič BM. Vrednote študentov zdravstvene nege. In Bobnar A, Vettorazzi R, eds. *Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju: 2. Študentska konferenca s področja zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo*; Ljubljana, 8. junij 2010. Ljubljana: Zdravstvene fakulteta; 2010: 76-86.

Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 82/2004.



## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK ZA MEDICINSKE SESTRE, ZAPOSLENE NA STOMATOLOŠKI KLINIKI IN MEDICINSKE SESTRE, ZAPOSLENE V ZDRVSTVENEM DOMU LJUBLJANA

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Moje ime je Tatjana Zadnikar Pajk in sem srednja medicinska sestra, zaposlena na Stomatološki kliniki, UKC Ljubljana. Trenutno pripravljam diplomsko delo na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, z naslovom »Kakšne so vrednote medicinskih sester?«.

Vljudno Vas prosim za sodelovanje v raziskavi, s katero bom ocenila pomembnost vrednot glede na starost, delovno dobo in nivo ustanove, kjer ste zaposleni (primarni nivo ustanove Zdravstveni dom Ljubljana in terciarni nivo ustanove Stomatološka klinika).

Prosim Vas, da izpolnite anketni vprašalnik.

Zagotavljam Vam, da bodo vsi podatki, pridobljeni z anketnim vprašalnikom, anonimni in uporabljeni izključno za potrebe diplomskega dela.

Za sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem.

Obkrožite odgovor.

#### 1. Spol

- a) Ženski.
- b) Moški.

#### 2. Letnica rojstva

---

**3. Delovno mesto**

- a) ZD Ljubljana.
- b) Stomatološka klinika.

**4. Delovna doba** (vpišite številko; če še ni eno leto, število mesecev delovne dobe delite z 12 in vpišite dobljeno številko)

\_\_\_\_\_ let

**5. Opredelite etične vrednote v zdravstveni negi glede na pomembnost!** (Opredelite odgovore od 1 do 10; 1 = najbolj pomembna, 10 najmanj pomembna.)

Altruizem	
Avtonomnost	
Dobronamernost	
Dostojanstvo	
Enakost	
Nepristranskost	
Neškodljivost	
Pravičnost	
Resnicoljubnost	
Znanje	

**6. Kakšno obliko nespoštovanja človekovega dostojanstva opazate na delovnem mestu? (več možnih odgovorov)**

- Neupoštevanje zasebnosti pri pogovoru.
- Diskriminacija.
- Nespodobna komunikacija (nadiranje, povzdignjen glas, ukazovanje itd.).
- Pogovor med medicinskimi sestrami o osebnih zadevah med nego bolnika.
- Neposlušanje bolnika.
- Čakanje brez pojasnila.
- Drugo: \_\_\_\_\_.

**7. Ali na vašem delovnem mestu opazite nespoštovanje človekovega dostojanstva?**

NIKOLI	SKORAJ NIKOLI	OBČASNO	POGOSTO	ZELO POGOSTO
1	2	3	4	5

**8. Ocenite kako pogosto veljajo spodnja vedenja za vas osebno? (1 = nikoli, 2 = skoraj nikoli, 3 = občasno; 4 = skoraj vedno; 5 = vedno).**

VEDENJA	NIKOLI	SKORAJ NIKOLI	OBČASNO	SKORAJ VEDNO	VEDNO
Zagotavljanje zasebnosti pri pogovoru z bolnikom	1	2	3	4	5
Upoštevanje bolnikovih potreb in želja	1	2	3	4	5
Poklicna molčečnost	1	2	3	4	5
Informiranje bolnikov	1	2	3	4	5
Nazivanje gospod/gospa	1	2	3	4	5
Spoštovanje avtonomije (Bolnik ima pravico do informacij v zvezi z njegovo ali njeno diagnostiko, zdravljenje in prognozo, upoštevajoč njegovo željo in sposobnost za razumevanje te informacije.)	1	2	3	4	5

**9. V kolikšni meri veljajo pri delu s pacienti spodnje lastnosti za vas osebno? (1= se sploh ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = sem neopredeljen, 4 = se strinjam, 5 = se popolnoma strinjam).**

LASTNOSTI	SE SPLOH NE STRINJAM	SE NE STRINJAM	SEM NEOPREDELJEN	SE STRINJAM	SE POPOLNOMA STRINJAM
Prijaznost	1	2	3	4	5
Vljudnost	1	2	3	4	5
Poštenost	1	2	3	4	5
Sposobnost empatije	1	2	3	4	5
Zaupnost	1	2	3	4	5
Potrpežljivost	1	2	3	4	5
Pozornost	1	2	3	4	5
Obzirnost	1	2	3	4	5

**10. Ali se za pridobitev znanja izobražujete tudi izven delovnega časa?**

NIKOLI	SKORAJ NIKOLI	OBČASNO	POGOSTO	ZELO POGOSTO
1	2	3	4	5

11. Ali izven delovnega časa posežete po strokovni literaturi?

NIKOLI	SKORAJ NIKOLI	OBČASNO	POGOSTO	ZELO POGOSTO
1	2	3	4	5

12. Katerih od naštetih oblik pridobivanja znanja se največkrat udeležujete?

(Obkrožite najbolj pogost način pridobivanja vašega znanja.) To so:

- strokovna srečanja,
- seminarji,
- učne delavnice,
- kongresi,
- predavanja,
- knjige, strokovna literatura,
- se dodatno ne izobražujem.

13. Katere od spodaj naštetih dejavnikov vam osebno predstavlja ovire za pridobivanje novega znanja? (1 = se sploh ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = sem neopredeljen, 4 = se strinjam, 5 = se popolnoma strinjam).

OVIRE	SE SPLOH NE STRINJAM	SE NE STRINJAM	SEM NEOPREDELJEN	SE STRINJAM	SE POPOLNOMA STRINJAM
Družinske obveznosti	1	2	3	4	5
Pomanjkanje časa	1	2	3	4	5
Obremenjenost na delovne mestu	1	2	3	4	5
Ni podpore delodajalca	1	2	3	4	5
Nezainteresiranost	1	2	3	4	5

**14. Kolikokrat na leto ste se udeležili strokovnega izobraževanja v letih 2011, 2012 in 2013 (vpišite število udeležb) ter kdo je bil plačnik vašega izobraževanja (naredite križec)?**

	2011	2012	2013
Udeležba na internih strokovnih izobraževanjih			
Udeležba na zunanjih strokovnih izobraževanjih			
Plačnik – delodajalec			
Plačnik – samostojni prispevek			