



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Magistrsko delo
študijskega programa druge stopnje
PROMOCIJA ZDRAVJA

**SKRB ZA ZDRAVJE MEDICINSKIH SESTER
V PRIMARNEM SISTEMU
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

**CARING FOR NURSES' HEALTH IN THE
PRIMARY HEALTHCARE SYSTEM**

Mentorica: izr. prof. dr. Sanela Pivač

Kandidatka: Špela Piber

Ljubljana, november, 2025

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici, izr. prof. dr. Saneli Pivač, za strokovno podporo, potrpežljivost in dragocene usmeritve pri nastajanju magistrskega dela.

Posebna zahvala gre tudi doc. dr. Saši Kadivec in izr. prof. dr. Davorini Petek, ki sta s svojimi recenzijami in konstruktivnimi povratnimi informacijami pomembno prispevali k izboljšavi vsebine.

Zahvaljujem se tudi lektorici Tamari Azinović, dipl. univ. slovenistka in komparativistka za skrbno jezikovno pregledano besedilo.

Z vsem srcem se zahvaljujem svoji družini, ki je bila moj stalni vir moči in razumevanja v obdobju raziskovanja in pisanja.

POVZETEK

Izhodišča: Zdravje in počutje zaposlenih v zdravstveni negi vplivata na kakovost dela in vzdržljivost kadra. Demografski dejavniki, kot so starost, izobrazba in delovni čas, pomembno oblikujejo zaznave o promociji zdravja, telesni dejavnosti, zadovoljstvu in izgorelosti. To znanje je ključno za razvoj ciljno usmerjenih ukrepov.

Cilj: Cilj je bil preučiti povezanost demografskih dejavnikov z različnimi vidiki zdravja, počutja in delovnega okolja medicinskih sester v primarnem zdravstvu. Posebna pozornost je bila namenjena dolžini bolniške odsotnosti, redni telesni dejavnosti, zaznavi spodbujanja zdravega načina življenja, zadovoljstvu z delom in ravni izgorelosti.

Metoda: Raziskava je temeljila na kvantitativni, neeksperimentalni, deskriptivni in korelacijski presečni zasnovi. Podatki so bili zbrani z vprašalnikom, ki je bil razdeljen med zaposlene v zdravstveni negi v primarnem zdravstvenem varstvu ($n = 105$). Za obdelavo podatkov je bila uporabljena opisna statistika in inferenčni testi. Statistično pomembne razlike so bile upoštevane pri stopnji značilnosti $p < 0,05$.

Rezultati: Rezultati so pokazali statistično značilno negativno korelacijo med starostjo in pogostostjo telesne aktivnosti ($r = -0,284$; $p = 0,001$), kar pomeni, da s starostjo pogostost telesne dejavnosti upada. Ugotovljena je bila statistično značilna povezava med izmenskim delom in nižjim zadovoljstvom z delom ($p = 0,015$). Anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe so izkazovali višjo raven zadovoljstva ($p = 0,017$). Prav tako je bila zaznana statistično pomembna povezanost med delom v dežurstvih in višjo stopnjo izgorelosti ($p = 0,002$).

Razprava: Rezultati raziskave kažejo na potrebo po oblikovanju ciljno usmerjenih in demografsko prilagojenih ukrepov za krepitev zdravja na delovnem mestu. Priporočljivo je oblikovati podporne sisteme, ki vključujejo dostopne programe telesne dejavnosti, izboljšanje delovnih pogojev in razporeda ter psihosocialno podporo za ranljive skupine zaposlenih. Ti ukrepi lahko prispevajo k zmanjšanju izgorelosti, povečanju zadovoljstva z delom ter ohranjanju zdravja zaposlenih v zdravstveni negi.

Ključne besede: zdravje zaposlenih, telesna dejavnost, izgorelost, zadovoljstvo z delom, promocija zdravja

SUMMARY

Background: The health and well-being of nursing staff significantly influence the quality of care and the long-term sustainability of the workforce. Demographic factors such as age, educational background, and working hours shape perceptions of health promotion, physical activity, job satisfaction, and burnout. Understanding these relationships is essential for developing targeted interventions.

Goals: The aim of the study was to examine the association between demographic factors and various aspects of health, well-being, and the work environment of nurses in primary healthcare. Particular attention was given to the length of sick leave, regular physical activity, perceived support for a healthy lifestyle, job satisfaction, and levels of burnout.

Methods: A quantitative, non-experimental, descriptive, and cross-sectional correlational design was employed. Data were collected using a structured questionnaire distributed among nurses employed in primary healthcare ($n = 105$). Descriptive statistics and inferential tests were used for data analysis. Statistical significance was determined at the level of $p < 0.05$.

Results: The results revealed a statistically significant negative correlation between age and frequency of physical activity ($r = -0.284$; $p = 0.001$), indicating a decline in physical activity with increasing age. A significant correlation was also found between shift work and lower job satisfaction ($p = 0.015$). Respondents with higher levels of education reported greater job satisfaction ($p = 0.017$). Additionally, a statistically significant correlation was observed between night shift work and higher levels of burnout ($p = 0.002$).

Discussion: The findings highlight the need for developing targeted, demographically tailored workplace health promotion strategies. Establishing support systems that include accessible physical activity programs, improved working conditions and scheduling, and psychosocial support for vulnerable employee groups is recommended. These measures may contribute to reduced burnout, increased job satisfaction, and improved health outcomes among nursing staff.

Key words: employee health, physical activity, burnout, job satisfaction, health promotion

KAZALO

1	UVOD	1
2	PREGLED LITARATURE	3
2.1	VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU	3
2.2	DELOVNI POGOJI IN IZZIVI V PRAKSI.....	5
2.2.1	Organizacijsko okolje in zadovoljstvo pri delu	5
2.2.2	Čustveno delo in izgorelost	6
2.2.3	Programi za promocijo zdravja in delovno dobrobit	7
2.2.4	Vloga mentorstva in timske podpore.....	8
2.3	SKRB ZA ZDRAVJE MEDICINSKIH SESTER	9
2.4	IZGORELOST IN POSLEDICE ZANEMARJANJA ZDRAVJA.....	10
2.5	PROMOCIJA ZDRAVJA IN PODPORA NA DELOVNEM MESTU	11
2.6	ŽIVLJENJSKI SLOG IN NAVADE MEDICINSKIH SESTER.....	12
2.7	SPOPRIJEMANJE S STRESOM IN PSIHOLOŠKA PODPORA	14
2.8	URAVNOTEŽENJE POKLICNEGA IN ZASEBNEGA ŽIVLJENJA	15
3	RAZISKAVA.....	16
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	16
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA / HIPOTEZE.....	16
3.3	METODE RAZISKOVANJA.....	18
3.3.1	Načrt raziskave	18
3.3.2	Instrument raziskave.....	19
3.3.3	Udeleženci raziskave	21
3.3.4	Potek raziskave in soglasja	22
3.3.5	Obdelave podatkov	22
3.4	REZULTATI RAZISKAVE	23
3.4.1	Preverjanje hipotez	29
3.5	RAZPRAVA.....	40
4	ZAKLJUČEK.....	47
5	LITERATURA	48
6	PRILOGA	

6.1 MERSKI INSTRUMENT

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po tematskih sklopih.....	21
Tabela 2: Socio - demografski podatki anketirancev	22
Tabela 3: Vrsta opravljanja dela med anketiranci	23
Tabela 4: Razporeditev delovnega časa med anketiranci	24
Tabela 5: Zdravstvene težave anketirancev v zadnjih 12 mesecih.....	24
Tabela 6: Odsotnost z dela zaradi zdravstvenih težav v zadnjih 12 mesecih	25
Tabela 7: Trajanje bolniškega staleža med anketiranci, ki so bili odsotni z dela.....	25
Tabela 8: Načini skrbi za zdravje med anketiranci.....	25
Tabela 9: Pogostost telesne aktivnosti med anketiranci	26
Tabela 10: Kajenje med anketiranci	26
Tabela 11: Pogostost uživanja alkoholnih pijač v zadnjih 12 mesecih	26
Tabela 12: Prehranjevalne navade anketirancev na delovnem mestu	27
Tabela 13: Samoocena anketirancev glede zadovoljstva z delovnim mestom.....	27
Tabela 14: Samoocena anketirancev glede izgorelosti.....	28
Tabela 15: Samoocena anketirancev glede promocije zdravja na delovnem mestu.....	29
Tabela 16: Povezava med starostjo in dolžino bolniškega staleža v zadnjih 12 mesecih	29
Tabela 17: Povezava med izobrazbo in dolžino bolniškega staleža v zadnjih 12 mesecih	30
Tabela 18: Povezava med razporeditvijo delovnega časa in dolžino bolniškega staleža.....	30
Tabela 19: Korelacija med telesno dejavnostjo anketirancev in starostjo.....	31
Tabela 20: Povezanost narave dela s pogostostjo telesne dejavnosti	31
Tabela 21: Povezanost razporeditve delovnega časa s pogostostjo telesne dejavnosti ..	32
Tabela 22: Rezultat izračuna kompozitnega faktorja	33
Tabela 23: Korelacija med zaznano spodbudo zdravega načina življenja anketirancev in starostjo.....	34
Tabela 24: Razlike v zaznani spodbudi za zdrav način življenja glede na izobrazbo anketirancev.....	34
Tabela 25: Razlike v zaznani spodbudi za zdrav način življenja glede na razporeditev delovnega časa anketirancev	34

Tabela 26: Rezultat izračuna kompozitnega faktorja	36
Tabela 27: Korelacija med zadovoljstvom z delom anketirancev in starostjo	36
Tabela 28: Razlike v zadovoljstvu z delom anketirancev glede na izobrazbo	36
Tabela 29: Razlike v zadovoljstvu z delom glede na razporeditev delovnega časa	37
Tabela 30: Korelacija med starostjo anketirancev in pogostostjo rekreacije	37
Tabela 31: Rezultat izračuna kompozitnega faktorja	38
Tabela 32: Korelacija med izgorelostjo in starostjo anketirancev	38
Tabela 33: Razlike v izgorelosti glede na izobrazbo anketirancev	39
Tabela 34: Razlike v izgorelosti glede na razporeditev delovnega časa anketirancev ...	39

SEZNAM KRAJŠAV

OZG	Osnovno zdravstvo Gorenjske
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija

1 UVOD

Zdravstveno okolje, v katerem delujejo medicinske sestre, se nenehno spreminja ter postaja vse bolj kompleksno in obremenjujoče. V razmerah splošnega pomanjkanja zdravstvenega kadra (Dilworth, et al., 2015) se medicinske sestre soočajo z izzivi, ki pomembno vplivajo na kakovost izvajanja zdravstvene nege. Med najpogostejšimi dejavniki tveganja so neugodni delovni pogoji, psihofizična izčrpanost, težave v medosebnih odnosih ter kadrovski primanjkljaj (Chang & Cho, 2016; Hossain & Clatty, 2021). Po ugotovitvah Monsalve Reyes, et al. (2018) so medicinske sestre posebej izpostavljene razvoju sindroma izgorelosti, ki vključuje čustveno izčrpanost, nizko stopnjo poklicnega zadovoljstva ter negativno naravnost do pacientov ali sodelavcev. Posledice izgorelosti niso omejene le na posameznika, temveč negativno vplivajo tudi na delovanje zdravstvenih ustanov – povečujejo število bolniških odsotnosti, zmanjšujejo kakovost zdravstvene oskrbe ter povečujejo tveganje za napake, ki lahko ogrozijo varnost pacientov (Chang & Cho, 2016; Linton & Koonmen, 2020).

Delovni pogoji medicinskih sester imajo ključno vlogo pri zagotavljanju kakovostne, varne in učinkovite zdravstvene obravnave. Povezanost med obremenitvijo, zdravstvenim stanjem in izgorelostjo je dobro utemeljena (Chang & Cho, 2016; Hossain & Clatty, 2021). Zaradi časovnih omejitev, ki jih medicinske sestre namenijo posameznim pacientom, pogosto prihaja do zmanjšane kakovosti storitev in večje možnosti za napake. Negativni vplivi, povezani s slabim zdravstvenim stanjem medicinskih sester – vključno s stresom, kronično utrujenostjo in izgorelostjo – se odražajo tako v osebnem kot organizacijskem kontekstu (Pérez Francisco, et al., 2020; Muhlare & Downing, 2023).

Pomemben okvir delovanja medicinskih sester predstavlja primarno zdravstveno varstvo, ki je temelj nacionalnih zdravstvenih sistemov in prva vstopna točka posameznikov v zdravstveno obravnavo. Vključuje širok nabor storitev – od preventivnih, kurativnih in paliativnih do promocijskih in zdravstveno vzgojnih dejavnosti. Medicinske sestre v tem sistemu pogosto delujejo samostojno ali v manjših timih, so v neposrednem stiku s pacienti in opravljajo visoko odgovorno delo, ki zahteva celostni pristop, dobro presojo ter psihofizično stabilnost. Prav zaradi stalne dostopnosti, raznovrstnosti nalog in

odgovornosti je delovno okolje na primarni ravni še posebej izpostavljeno tveganjem za obremenitve in izgorelost (Nkabinde-Thamae, et al., 2022).

V primerjavi z drugimi zaposlenimi v javnem sektorju so medicinske sestre še posebej izpostavljene poklicnemu stresu, ki pogosto vodi v anksioznost in druge duševne obremenitve (Jaracz, et al., 2017). Dodatno psihološko obremenitev predstavljajo etični konflikti, ki vplivajo na proces odločanja, povzročajo čustveno stisko in frustracije ter zmanjšujejo samozavest in strokovno samopodobo. Tovrstni konflikti lahko negativno vplivajo na timsko delo, komunikacijo z nadrejenimi ter povzročijo poklicno distanco ali celo odločitev za zapustitev poklica (Dyo, et al., 2016; Laurs, et al., 2020; Ruiz-Fernández, et al., 2020). Ob tem se postavlja vprašanje, zakaj bi medicinske sestre vztrajale v delovnem okolju, ki dolgoročno ogroža njihovo zdravje, poklicno integriteto in osebno zadovoljstvo (Sturm & Dellert, 2016; McNamara, 2019).

Ob upoštevanju ugotovitev iz obstoječe literature postaja jasno, da se medicinske sestre soočajo s kompleksnimi delovnimi pogoji, ki vplivajo na njihovo telesno in duševno zdravje ter na kakovost zdravstvene oskrbe. Izzivi, kot so obremenitve, stres, izgorelost in pomanjkanje sistemske podpore, zahtevajo poglobljeno razumevanje povezav med delovnim okoljem in skrbjo medicinskih sester za lastno zdravje. Posebej v primarnem zdravstvenem varstvu, kjer imajo medicinske sestre pomembno vlogo v neposrednem stiku s pacienti, je razumevanje teh povezav ključno za razvoj učinkovitih ukrepov in strategij. V tem okviru je bistveno raziskati, kako delovni pogoji vplivajo na zdravstvene navade, prisotnost zdravstvenih težav in doživljanje izgorelosti med medicinskimi sestrami. Takšna spoznanja so pomembna za oblikovanje okolja, ki ne bo zgolj zagotavljalo kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov, temveč bo obenem podpiralo tudi zdravje in dobrobit zdravstvenega osebja (Melnik, et al., 2018; Riegel, et al., 2021).

2 PREGLED LITERATURE

2.1 VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU

Primarno zdravstveno varstvo predstavlja temelj vsakega učinkovitega zdravstvenega sistema in je prvi stik posameznika z zdravstveno dejavnostjo. Gre za celostni pristop k zdravju, ki vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni, zdravljenje in rehabilitacijo. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opredeljuje primarno zdravstveno varstvo kot dostopno, celovito, usklajeno in kontinuirano zdravstveno oskrbo, ki temelji na potrebah posameznika ter skupnosti (Riegel, et al., 2021).

Medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu opravljajo ključno vlogo, saj so pogosto prva kontaktna točka za paciente. Njihova vloga presega zgolj izvajanje kliničnih storitev; vključuje tudi vzgojno-izobraževalno delo, svetovanje, spremljanje kroničnih pacientov, izvajanje preventivnih programov ter krepitev zdravja v lokalnem okolju. V sodobnih zdravstvenih sistemih medicinske sestre prevzemajo vse bolj kompleksne naloge, pogosto delujejo samostojno in v okviru multidisciplinarnih timov (Muhlar & Downing, 2023). Takšna razširjena vloga zahteva ne le visoko strokovno usposobljenost, temveč tudi razvite socialne in organizacijske veščine, saj medicinske sestre predstavljajo vezni člen med pacienti, družinskimi člani, lokalno skupnostjo ter zdravstveno organizacijo (Younas, 2017).

V Sloveniji medicinske sestre na primarni ravni delujejo znotraj zdravstvenih domov, patronažnih služb, šolskih dispanzerjev, ambulant družinske medicine in drugih preventivnih programov. Ključni programi, kjer je njihova vloga nepogrešljiva, vključujejo sistematske preglede otrok in mladostnikov, cepljenja, obvladovanje kroničnih bolezni (npr. sladkorna bolezen, hipertenzija), obiske na domu in izvajanje zdravstvene vzgoje. Pomembno vlogo imajo tudi v presejalnih programih, kot so ZORA, DORA in SVIT. S tem prispevajo k zmanjševanju bremena kroničnih bolezni, zgodnjemu odkrivanju tveganj ter promociji zdravega življenjskega sloga, kar pomembno vpliva na dolgoročno zdravstveno stanje prebivalstva (Gubenšek, 2018).

Delo medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu zahteva široko paleto znanj in kompetenc – od kliničnih in komunikacijskih spretnosti do sposobnosti ocenjevanja socialnega okolja in potreb skupnosti. Vloga medicinske sestre se je skozi čas razvijala iz podporne funkcije zdravniku v smer vse večje samostojnosti in odgovornosti. Danes je medicinska sestra neodvisna strokovna delavka, ki sprejema klinične odločitve v okviru svojih pristojnosti in prispeva k varni, kakovostni in celostni zdravstveni obravnavi pacientov (Muhlar & Downing, 2023). Poleg tega mora biti kos zahtevam sodobnega časa, ki vključujejo obvladovanje informacijske tehnologije, sledenje strokovnemu razvoju in nenehno prilagajanje spremembam v zdravstvenem sistemu (Bae, et al., 2022).

Zaradi neposrednega in dolgoročnega stika s pacienti v skupnosti medicinske sestre pomembno vplivajo na zdravstveno pismenost, spremembo življenjskega sloga in obvladovanje dejavnikov tveganja pri prebivalstvu. Povezava z lokalnim okoljem omogoča hitrejše prepoznavanje zdravstvenih potreb in zgodnje ukrepanje, kar je bistvo primarne ravni (Thieman, 2018). Posebno vrednost predstavlja njihova vloga v patronažni dejavnosti, kjer se izvajajo obiski na domu in se s celostnim pristopom obravnava tako posameznika kot širše socialno okolje. Pri tem morajo medicinske sestre delovati senzibilno, etično in z razumevanjem različnih kulturnih, socialnih in ekonomskih okoliščin, ki vplivajo na zdravje posameznika in skupnosti (Nkabinde-Thamae, et al., 2022).

Kljub pomembnosti njihove vloge pa se medicinske sestre na primarni ravni pogosto srečujejo s sistemskimi omejitvami: kadrovska podhranjenostjo, preobremenjenostjo, pomanjkanjem avtonomije pri odločanju in omejeno vključenostjo v razvojne politike zdravstvene dejavnosti (Bae, et al., 2022). Te ovire lahko vplivajo na kakovost opravljenega dela in prispevajo k poklicnemu nezadovoljstvu. Dolgotrajna preobremenjenost in občutek nemoči lahko vodita tudi v izgorelost, zmanjšano motivacijo ter povečano fluktuacijo kadra, kar dolgoročno ogroža stabilnost zdravstvene oskrbe na primarni ravni (Muhlar & Downing, 2023; Hossain & Clatty, 2021).

Vloga medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu je torej večdimenzionalna, dinamična in izjemno pomembna za doseganje ciljev sodobne zdravstvene politike

(Thieman, 2018). Ustrezno prepoznavanje, podpora in vlaganje v to vlogo so ključni pogoji za trajnostni razvoj zdravstva, še posebej v luči starajoče se populacije, povečanega bremena kroničnih bolezni in potrebe po krepitvi javnega zdravja. Razvoj kadrovskih, izobraževalnih in sistemskih ukrepov, ki bodo krepili kompetence medicinskih sester in podpirali njihovo avtonomijo, je zato nujen za dolgoročno stabilnost in kakovost zdravstvenega sistema (Riegel, et al., 2021).

Poleg kliničnih nalog imajo medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu pomembno vlogo tudi pri obravnavi socialnih determinant zdravja, kot so ekonomski status, izobrazba, dostop do virov ter socialna izključenost (Bae, et al., 2022). Njihova prisotnost v skupnosti jim omogoča, da prepoznajo ranljive skupine prebivalstva in se aktivno vključijo v reševanje zdravstvenih neenakosti. S tem prispevajo k uresničevanju načel pravičnosti, dostopnosti in solidarnosti, ki so temelj javnega zdravstvenega sistema (Riegel, et al., 2021).

2.2 DELOVNI POGOJI IN IZZIVI V PRAKSI

2.2.1 Organizacijsko okolje in zadovoljstvo pri delu

Dnevne aktivnosti medicinske sestre in delovno okolje vplivajo na zadovoljstvo pri delu in fluktuacijo zaposlenih. Delovne razmere, ki vključujejo ustrezno razporeditev delovnega časa, primerno obremenitev, varnost pri delu ter podporo sodelavcev in nadrejenih, bistveno vplivajo na profesionalno zadovoljstvo medicinskih sester. Poleg tega kakovost delovnega okolja neposredno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe pacientov, njihovo varnost ter uspešnost zdravstvenega sistema kot celote. Ustvarjanje delovnega mesta, ki podpira medicinske sestre in nudi ustrezno vodstveno podporo, je zato lahko ključno za spodbujanje zadovoljstva pri delu, preprečevanje izgorelosti in zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov (O'Brien-Pallas, et al., 2016; Muhlare & Downing, 2023).

Raziskava 778 medicinskih sester iz sedmih različnih bolnišnic v Pekingu je preučila delovno okolje, značilnosti dela, angažiranost pri delu in fluktuacijo. Rezultati so

pokazali, da delo v pozitivnem okolju zmanjšuje fluktuacijo in povečuje angažiranost pri delu (Wan, et al., 2018). Ta ugotovitev potrjuje pomen stabilnega, podpirajočega in pozitivnega delovnega okolja, kjer so medicinske sestre prepoznane kot enakovredne članice zdravstvenega tima. Pozitivno okolje spodbuja medsebojno zaupanje, komunikacijo in zavezanost skupnim vrednotam, kar dolgoročno vpliva na učinkovitost zdravstvene oskrbe (Bae, et al., 2022).

Podobno so Lake, et al. (2021) pregledali podatke iz anket o varnosti v 177 bolnišnicah v Združenih državah Amerike. Raziskovalci so preučevali zagotavljanje varnosti v pediatrični zdravstveni oskrbi tako v splošnih bolnišnicah kot v specializiranih ustanovah za otroke. Več kot polovica sodelujočih pediatričnih medicinskih sester (N = 1.875) je ocenila varnost pacientov kot suboptimalno. Poleg tega se je kar 46 % sodelujočih počutilo, da jim vodstvo zameri napake, številni pa se niso počutili dovolj varne, da bi zastavili vprašanja v zvezi z varnostnimi vprašanji. Tovrstna negotovost in pomanjkanje odprte komunikacije lahko pomembno vplivata na strokovno samozavest medicinskih sester, njihovo zadovoljstvo in dolgoročno poklicno vztrajanje. Poudariti velja, da bolnišnice, ki vzpostavijo kulturo varnosti, v kateri so napake razumljene kot priložnosti za učenje, dosegajo večjo poklicno stabilnost ter višjo kakovost in varnost pacientove obravnave (Lake, et al., 2021).

2.2.2 Čustveno delo in izgorelost

Čustvena stabilnost je še en dejavnik, ki vpliva na odpornost proti izgorelosti in psihološko prilagodljivost medicinskih sester v zahtevnih delovnih okoljih. Čustveno delo, opredeljeno kot akt reguliranja čustev in izražanja med poklicnim delovanjem, zahteva od medicinskih sester visoko raven samonadzora in sposobnosti prilagajanja (O'Brien-Pallas, et al., 2016). V delovnih kontekstih, kjer so medicinske sestre redno izpostavljene trpljenju, nepredvidljivim situacijam in visoki odgovornosti, postane čustveno delo pomemben del vsakodnevne rutine. Nezmožnost ustreznega reguliranja čustev lahko vodi do akumulacije stresa, notranje napetosti in sčasoma izgorelosti (Hossain, & Clatty, 2021).

V raziskavi iz Južne Koreje (Kim, et al., 2020) so raziskovalci anketirali 303 medicinske sestre iz 27 različnih bolnišnic ter analizirali tri ključne strategije čustvenega dela: površinsko delovanje (reguliranje in zatiranje čustev), globinsko delovanje (spreminjanje notranjih čustev, da bi se prilagodili organizacijskim pričakovanjem) in izražanje naravno občutenih čustev (pristno izražanje čustev). Ugotovljeno je bilo, da medicinske sestre, ki so bile sposobne izražati čustva takšna, kot jih v resnici doživljajo, izkazujejo nižje ravni izgorelosti in višje ravni poklicnega zadovoljstva. Nasprotno pa je zatiranje čustev ali pretvarjanje pogosto povezano z notranjim konfliktom, utrujenostjo in psihološko izčrpanostjo. Spodbujanje pristnega izražanja čustev pri medicinskih sestrah ne pomeni le ustvarjanje prostora za osebno izražanje, temveč tudi vzpostavitev organizacijske kulture, ki vrednoti čustveno inteligenco, sočutje in odprto komunikacijo. Izobraževanja s področja čustvene pismenosti, supervizija, timska refleksija in mentorski odnosi so lahko učinkovita orodja za krepitev čustvene stabilnosti (Muhlar & Downing, 2023). Na dolgi rok to ne prispeva le k zmanjšanju fluktuacije, temveč tudi k večji odpornosti proti stresu, večji kakovosti zdravstvene oskrbe in pozitivnejšemu vzdušju znotraj zdravstvenih timov (Kim, et al., 2020).

2.2.3 Programi za promocijo zdravja in delovno dobrobit

V zadnjem času se je osredotočenost na delovno dobrobit na delovnem mestu izkazala kot pomembna v raziskavah medicinskih sester (Melnik, et al., 2018; Lowensteyn, et al., 2019; Melnik, 2020). Dobrobit na delovnem mestu obsega večdimenzionalni pristop k telesnemu, duševnemu in socialnemu zdravju zaposlenih. Vključuje organizacijske ukrepe za zmanjševanje stresa, izboljšanje ergonomije delovnega okolja, krepitev medosebnih odnosov, spodbujanje zdravega življenjskega sloga ter dostop do preventivnih in kurativnih zdravstvenih storitev neposredno na delovnem mestu.

Ena od takšnih raziskav (Lowensteyn, et al., 2019) v Kanadi je vključevala spletni program za izboljšanje dobrobiti 775 zaposlenih v farmacevtskem podjetju, ki je uporabljal igralne metode za spodbujanje telesne vadbe, duševnega zdravja, prehrane in telesne mase. Program je bil sestavljen iz izzivov in nalog, ki so jih zaposleni izvajali v ekipah, s čimer so krepili tudi timski duh in sodelovanje. Prvi cilj programa je bil

zagotoviti visoko raven angažiranosti zaposlenih, medtem ko je drugi cilj obsegal dolgoročno izboljšanje telesnega in duševnega zdravja. Dve leti po začetku raziskave so udeleženci pokazali zmanjšanje krvnega tlaka, skupnega holesterola, nespečnosti, utrujenosti, glikiranega hemoglobina, težav s srcem in zaznavanja stresa. Prav tako so povečali svojo telesno aktivnost in izboljšali prehranske navade. Zanimivost raziskave je bila, da so največje koristi beležili tisti zaposleni, ki so že na začetku izkazovali večje zdravstveno tveganje (Lowensteyn, et al., 2019).

Ključna ugotovitev raziskave Muhlare in Downing (2023) je, da več kot 70 % medicinskih sester v primarnem varstvu ne dosega priporočene ravni telesne dejavnosti, dobrih prehranskih navad ali kakovostnega spanca – vse to pa neposredno vpliva na njihovo delovno uspešnost, energijo in zbranost. Sistematična promocija zdravja in zdravega življenjskega sloga na delovnem mestu bi zato morala biti strateški cilj zdravstvenih ustanov.

Ti izsledki potrjujejo, da dobro zasnovani in celostni programi promocije zdravja na delovnem mestu niso le sredstvo za izboljšanje počutja zaposlenih, temveč lahko predstavljajo dolgoročno naložbo v kakovost in stabilnost delovne sile. V kontekstu zdravstvene nege, kjer so zahteve po telesni in duševni vzdržljivosti visoke, je sistemska uvedba tovrstnih programov še toliko bolj pomembna. S tem ne prispevamo le k zdravju posameznika, temveč tudi k zniževanju absentizma, fluktuacije ter krepitvi kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave (Akter, et al., 2019).

2.2.4 Vloga mentorstva in timske podpore

Pri prizadevanju za spodbujanje pozitivnega delovnega okolja je Miller (2017) predlagal programe mentorstva in gradnje skupin ter poudaril pomen razmišljanja o skupnih vrednotah, ki pozitivno vplivajo na zadovoljstvo in zadrževanje medicinskih sester. To lahko dosežemo prek podpornih skupin v bolnišnici, ki nudijo forum za medicinske sestre in druge zdravstvene delavce, da se pogovarjajo o izzivih in pozitivnih situacijah, ki jih doživljajo pri delu. Mentorstvo kot strukturirana oblika podpore predstavlja temeljni

mehanizem za profesionalni razvoj, saj omogoča prenos znanja, izkušenj in vrednot iz bolj izkušenih zdravstvenih delavcev na nove zaposlene (Chipu & Downing, 2020).

Poleg tega mentorstvo pomembno vpliva na oblikovanje poklicne identitete, samozvesti in sposobnosti soočanja z zahtevnimi situacijami. Novi sodelavci, ki prejmejo podporo mentorja, se hitreje vključijo v delovni tim, bolje razumejo kompleksnost kliničnih odločitev in lažje razvijajo kritično mišljenje. Vloga mentorja ni le strokovna, temveč tudi čustvena in socialna, saj mentor predstavlja zaupno osebo, ki pomaga pri soočanju z negotovostjo, stresom in izzivi prve zaposlitve ali menjave delovnega okolja (Nkabinde-Thamane, et al., 2022).

Timska podpora in medsebojno sodelovanje med zaposlenimi pomembno prispevata k občutku varnosti in pripadnosti, kar dolgoročno vpliva na ohranjanje kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov in stabilnosti kadra. Pozitivna timska dinamika temelji na zaupanju, odprti komunikaciji, spoštovanju različnih strokovnih pogledov ter pripravljenosti na medsebojno pomoč. Organizacije, ki sistematično vlagajo v izgradnjo timске kulture, praviloma dosegajo boljše rezultate tako na področju skrbi za zaposlene kot tudi v zadovoljstvu pacientov (Hossain & Clatty, 2021). Poudariti velja tudi pomen rednih timskih sestankov, evalvacij dela in vključevanja zaposlenih v sprejemanje odločitev, saj to krepi občutek soudeležnosti, transparentnosti in kolektivne odgovornosti. Mentorstvo je pomembno tudi pri uvajanju novih zaposlenih, saj omogoča postopno vključevanje v delovni proces, večjo povezanost s kolektivom in boljše razumevanje vrednot organizacije. Timska podpora in medsebojno sodelovanje pomembno prispevata k občutku varnosti in pripadnosti, kar dolgoročno vpliva na ohranjanje kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov in stabilnosti kadra (Bermejo-Martins, et al., 2021).

2.3 SKRB ZA ZDRAVJE MEDICINSKIH SESTER

Na dobro počutje medicinskih sester vpliva več dejavnikov. Nedavna sistematična analiza 22 raziskav je ugotovila, da je poklicna utrujenost med medicinskimi sestrami dosledno povezana z duševnimi težavami, odsotnostjo z dela in poslabšano delovno uspešnostjo

(Cho & Steege, 2021). Poleg tega je raziskava, v kateri je sodelovalo 3.132 medicinskih sester (Tucker, et al. 2015) ugotovila, da je stres zanesljiv napovedovalec slabših ocen osebnega zdravja in delovnega okolja. V tej raziskavi je imela več kot polovica udeležencev indeks telesne mase v območju prekomerne telesne teže, le polovica pa je poročala o redni telesni dejavnosti. V podobni raziskavi v Južni Afriki Phiri, et al. (2016) so ugotovili, da so medicinske sestre pridobile telesno težo, imeli visok krvni tlak ter ovire za dejavnosti, ki spodbujajo zdravje. Medicinske sestre v tej raziskavi so poročale, da stresno delovno okolje in dolge izmene vodijo v izčrpanost ter da omejen čas in energija predstavljata ovire pri pripravi zdravih obrokov. V bolnišničnem okolju so ponujali predvsem nezdravo hrano z malo bolj zdravimi alternativami (Phiri, et al., 2016). Stroji za prodajo hrane pogosto predstavljajo edino priročno možnost za medicinske sestre, ki delajo ponoči v bolnišnicah, vendar je dobro znano, da ponujajo manj hranljive izbire. Nedavna raziskava je razkrila, da je kar polovica pijach, dostopnih v avtomatih za prodajo hrane v bolnišnicah, vsebovala več kot 55 g sladkorja na porcijo. Poleg tega je približno tretjina ponujene hrane v teh avtomatih predstavljala sladkarije, medtem ko je preostali del sestavljala chips in druga nezdrava živila (Chipu & Downing, 2020).

Težave na področju zdravja medicinskih sester obstajajo, vendar so poučevanje, spodbujanje in normalizacija praks samozdravljenja med medicinskimi sestrami še vedno precej neobičajni (Phiri, et al., 2016). Kljub tem izzivom si veliko medicinskih sester želi postati zdrav zgled za svoje paciente, družine in skupnosti. Prakse samozdravljenja, ki zajemajo vedenje za spodbujanje in ohranjanje fizičnega ter psihičnega počutja, lahko predstavljajo ključ do pomoči medicinskim sestram pri razvoju zaupanja v lastne sposobnosti ter obvladovanju svojega zdravja, kljub stresnim dejavnikom in oviram, s katerimi se srečujejo (Melnik, 2020).

2.4 IZGORELOST IN POSLEDICE ZANEMARJANJA ZDRAVJA

Fizično in duševno zdravje medicinskih sester je pogosto ogroženo zaradi narave njihovega dela. Številne medicinske sestre se soočajo s težavami v zvezi s telesnim zdravjem med zdravstveno oskrbo svojih pacientov, kar je lahko posledica aktivnosti, ki jih izvajajo v običajnem delovnem dnevu. Raziskava, ki je zajela 224 medicinskih sester

iz devetih različnih oddelkov v bolnišnici, je ugotovila, da so medicinske sestre, ki delajo na področjih, kjer je ročno dvigovanje del vsakdanje prakse, poročale o 53 % večjem pojavljanju bolečin v spodnjem delu hrbta. Enako so medicinske sestre, ki so delale v kirurških oddelkih, izkazovale višjo pojavnost bolečin v spodnjem delu hrbta (Almaghrabi & Alsharif, 2021).

Čeprav je pomembno prepoznati, da medicinske sestre zaupajo v lastne sposobnosti, so raziskovalci ugotovili, da delo v izmenah lahko povzroči težave v zvezi z zadovoljstvom pri delu. Ferri, et al. (2016) so ugotovili, da so medicinske sestre, ki delajo v izmenah ($N = 213$), dosegale nižje ocene kakovosti in količine spanja, kronične utrujenosti ter simptomov srčno-žilnih bolezni v primerjavi s tistimi, ki delajo samo med dnevnimi izmenami (Ferri, et al., 2016). Iskanje načinov za izboljšanje kakovosti življenja in zmanjšanje menjavanja izmen lahko dodatno prispeva k vzpostavitvi pozitivnega ravnotežja med delom in življenjem za neprecenljive medicinske sestre (Lee & Jang, 2020; Chang & Peng, 2021).

2.5 PROMOCIJA ZDRAVJA IN PODPORA NA DELOVNEM MESTU

Miller (2017) je poudaril pomen ustvarjanja pozitivnega delovnega okolja, ki temelji na medsebojnem zaupanju, skupnih vrednotah ter podpiranju strokovnega in osebnega razvoja. Posebej je izpostavil pomen programov mentorstva in gradnje skupin kot načinov za izboljšanje delovne klime. Takšni programi omogočajo poglobljene razprave o izzivih in pozitivnih izkušnjah pri delu, kar prispeva k večji koheziji timov ter zmanjšanju občutkov izolacije in izgorelosti.

Poleg fizičnega zdravja je izjemno pomembna tudi psihološka podpora zaposlenim. Prisotnost svetovalcev, supervizij in psihološke pomoči v okviru organizacije pripomore k odpravljanju stigme glede iskanja pomoči in omogoča pravočasno obravnavo stisk, ki bi sicer ostale neprepoznane. Tovrstna podpora ne koristi le posamezniku, temveč prispeva k večji stabilnosti delovnega kolektiva in kakovostni zdravstveni obravnavi (Akter, et al., 2019).

Pomembno je tudi, da so programi promocije zdravja usklajeni s potrebami zaposlenih in da vključujejo njihov glas pri načrtovanju ter izvajanju. S tem se povečuje njihova motivacija, pripadnost organizaciji in občutek soudeležnosti. Vključevanje zaposlenih v oblikovanje strategij zdravja na delovnem mestu vodi k večjemu zaupanju v vodstvo in dolgoročnemu izboljšanju organizacijske klime (Saber, et al., 2018). Celostna podpora zdravju medicinskih sester vključuje tudi prilagodljivo organizacijo dela, možnost fleksibilnega delovnega časa, redne odmore, ustrezno razmerje med delom in zasebnim življenjem ter sistem priznanj in nagrajevanj za dobro opravljeno delo. Vse to so dejavniki, ki pomembno vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih, njihovo motivacijo in zadržanje v poklicu (Hossain & Clatty, 2021).

2.6 ŽIVLJENJSKI SLOG IN NAVADE MEDICINSKIH SESTER

Življenjski slog medicinskih sester je eden od ključnih dejavnikov, ki vplivajo na njihovo zdravje, počutje, učinkovitost pri delu in dolgoročno poklicno vzdržljivost. Zaradi narave njihovega dela – vključujoč dolge izmene, nočno delo, fizične napore, stresne situacije in stalno izpostavljenost trpečim pacientom – so medicinske sestre izjemno ranljiva skupina za razvoj nezdravih vedenjskih navad. Telesna nedejavnost, neredna in neuravnotežena prehrana, povečana raba alkohola, kajenje ter motnje spanja so pri medicinskih sestrah pogostejše kot pri splošni populaciji (Tucker, et al., 2015). Poleg teh vidikov se pri medicinskih sestrah pogosto pojavlja tudi psihična preobremenjenost zaradi usklajevanja zasebnega življenja z zahtevami delovnega okolja. Neredni delovniki in pomanjkanje časa za regeneracijo vplivajo na zmanjšano udeležbo v prostočasnih aktivnostih, družabnem življenju ter omejujejo možnosti za samorefleksijo in duševni počitek. Posledice se kažejo v zmanjšani kakovosti spanja, pogostejši utrujenosti, razdražljivosti ter višji pojavnosti anksioznosti in depresivnosti (Thieman, 2018).

Prehranske navade medicinskih sester so pogosto oblikovane pod vplivom logističnih omejitev v delovnem okolju. Hrana v zdravstvenih ustanovah ni vedno uravnotežena in zdrava, avtomati s prigrizki ponujajo živila z visoko energijsko a nizko hranilno vrednostjo, kar prispeva k povečani pojavnosti prekomerne telesne teže (Chipu & Downing, 2020). Raziskave (Thieman, 2018; Chipu & Downing, 2020) so pokazale, da

mnoge medicinske sestre čez dan ne zaužijejo dovolj tekočine ali obrokov, saj pogosto preskakujejo malice zaradi časovne stiske, s čimer se dolgoročno poslabšujejo njihova presnova, energijska raven in koncentracija.

Fizična aktivnost predstavlja ključni zaščitni dejavnik za preprečevanje kroničnih bolezni, izboljšanje duševnega zdravja in ohranjanje telesne vzdržljivosti. Vendar medicinske sestre pogosto poročajo o pomanjkanju časa in energije za vadbo izven delovnega časa. Ugotovitve raziskav kažejo, da je redna telesna dejavnost pri tej poklicni skupini bistveno pod priporočeno ravni, kar povečuje tveganje za razvoj mišično-skeletnih težav, srčno-žilnih obolenj in izgorelosti (Phiri, et al., 2016).

Tudi obvladovanje stresa predstavlja pomemben element življenjskega sloga. V delovnih okoljih, kjer ni ustrezne psihološke podpore, se medicinske sestre zatekajo k nekonstruktivnim načinom spoprijemanja, kot so čustveno prenajanje, uporaba alkohola ali socialna izolacija. Ob pomanjkanju strukturiranih izobraževanj o tehnikah sproščanja, čuječnosti in uravnoveženju življenjskih področij se težave še poglobljajo (Linton & Koonmen, 2020).

Zato je izjemnega pomena, da se v okviru zdravstvenih organizacij razvijejo ciljno usmerjeni programi za podporo zdravemu življenjskemu slogu. Ti naj vključujejo možnosti za organizirano telesno vadbo, svetovanje o prehrani, dostop do zdravih obrokov na delovnem mestu, preventivne zdravstvene preglede in delavnice za obvladovanje stresa. Poleg tega bi morali vodje spodbujati zdravo vedenje z lastnim zgledom in fleksibilnimi delovnimi razporedi, ki zaposlenim omogočajo čas za skrb zase (Bermejo-Martins, et al., 2021).

Pomembno je tudi, da se medicinskim sestram omogoči aktivno sodelovanje pri oblikovanju teh ukrepov, saj le tako lahko zagotovimo, da bodo programi odgovarjali na njihove dejanske potrebe. Vlaganje v življenjski slog medicinskih sester ne koristi zgolj posameznikom, temveč predstavlja strateško investicijo v celoten zdravstveni sistem, saj vodi v večjo poklicno stabilnost, večjo kakovost zdravstvene oskrbe in zmanjšanje

stroškov, povezanih z bolniškimi odsotnostmi in fluktuacijo kadra (Sturm & Dellert, 2016; McNamara, 2019).

2.7 SPOPRIJEMANJE S STRESOM IN PSIHOLOŠKA PODPORA

Soočanje s stresom je neločljiv del vsakdana medicinskih sester, ki se nenehno soočajo z zahtevnimi situacijami, hitro spreminjajočim se okoljem in čustveno obremenjujočim delom. Spoprijemanje s stresom se nanaša na posameznikove strategije, s katerimi skuša zmanjšati ali obvladovati posledice obremenjujočih okoliščin (Ruiz-Fernández, et al., 2020). V literaturi (Laurs, et al., 2020; Ruiz-Fernández, et al., 2020) se kot ključni dejavniki uspešnega soočanja s stresom pogosto omenjajo kognitivno-vedenjski pristopi, tehnike sproščanja, čuječnost (mindfulness), čustvena regulacija ter dostop do supervizije in psihološke pomoči. Pri medicinskih sestrah so pogosto prisotne strategije, kot so izogibanje, čustveno prenašanje ali potlačitev čustev, ki so dolgoročno neučinkovite. Raziskave (Ruiz-Fernández, et al., 2020; Bermejo-Martins, et al., 2021) kažejo, da zdravstveni delavci, ki uporabljajo aktivne in konstruktivne pristope (npr. iskanje podpore, pozitivno reinterpretacijo, načrtovanje), poročajo o višji stopnji duševne trdnosti in nižjih stopnjah izgorelosti. Organizacije lahko pomembno prispevajo k izboljšanju strategij soočanja z uvedbo strukturiranih programov za obvladovanje stresa. Mednje sodijo treningi čustvene pismenosti, delavnice o čuječnosti, redna supervizija in vzpostavitev zaupanja vrednih sistemov za svetovanje. Psihološka podpora ne služi le odpravi akutnih stisk, temveč tudi dolgoročni krepitvi psihične odpornosti zaposlenih (Muhlare & Downing, 2023). Krepitev veščin spoprijemanja z obremenitvami pomeni naložbo v posameznika, delovni kolektiv in organizacijsko klimo (Hossain & Clatty, 2021). Ko zaposleni razvijejo učinkovite mehanizme za spoprijemanje s stresom, se poveča njihova poklicna stabilnost, zmanjša odsotnost z dela in izboljša kakovost zdravstvene oskrbe. Posledično je sistemska skrb za duševno zdravje medicinskih sester nujna in mora biti vgrajena v temelje kadrovskih strategij v zdravstvenem varstvu (McNamara, 2019).

2.8 URAVNOTEŽENJE POKLICNEGA IN ZASEBNEGA ŽIVLJENJA

Uravnoteženo razmerje med poklicnim in zasebnim življenjem je za medicinske sestre eden ključnih dejavnikov dolgoročne vzdržljivosti in zadovoljstva pri delu. Značilnosti zdravstvene nege, kot so delo v izmenah, nepredvidljiv urnik, odgovornost za paciente in čustvena angažiranost, pogosto vplivajo na zmanjšanje razpoložljivega časa za zasebno življenje, kar lahko vodi v občutek kronične preobremenjenosti in poslabšano kakovost življenja (Bermejo-Martins, et al., 2021). Raziskave (Bermejo-Martins, et al., 2021, Hossain & Clatty, 2021; Muhlare & Downing, 2023) potrjujejo, da neravnovesje med poklicnimi in zasebnimi obveznostmi vodi v večjo stopnjo izgorelosti, slabše duševno zdravje in večjo verjetnost fluktuacije. Učinkovite strategije za spodbujanje ravnovesja vključujejo fleksibilne delovne urnike, skrajšani delovni čas, možnost dela na daljavo za administrativne naloge, ter možnost koriščenja dodatnih dni dopusta ali programov za podporo družini.

Zdravstvene ustanove, ki prepoznavajo pomen tega ravnovesja, pogosteje poročajo o višji stopnji zadovoljstva zaposlenih, manjši stopnji izostankov in večji zvestobi delodajalcu. Ključno je, da vodstvo aktivno vključuje zaposlene v oblikovanje delovnih pogojev, ki omogočajo večjo usklajenost z zasebnim življenjem. To vključuje redne evalvacije obremenitev, spremljanje urnikov ter omogočanje počitka in regeneracije (Hossain & Clatty, 2021). Medicinske sestre, ki uspešno usklajujejo profesionalne in osebne vloge, lažje obvladujejo delovne zahteve, izkazujejo pa tudi višjo raven zaupanje v lastno učinkovitost, zadovoljstva z življenjem in zmožnosti empatije pri delu s pacienti. Zato je uravnoteženje teh dveh življenjskih področij bistvenega pomena za ohranjanje njihove poklicne integritete, zdravja in dolgoročne vzdržljivosti v sistemu (Bermejo-Martins, et al., 2021).

3 RAZISKAVA

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je preučiti in raziskati povezave med delovnimi pogoji, ki jih doživljajo medicinske sestre v primarnem sistemu zdravstvenega varstva, ter njihovo skrbjo za lastno zdravje. Skozi pridobljene ugotovitve bo raziskava prispevala k boljšemu razumevanju povezav med delovnimi pogoji in zdravjem medicinskih sester ter posledično omogočila razvoj strategij za izboljšanje njihove dobrobiti in skrbi za njihovo zdravje v primarnem sistemu zdravstvenega varstva.

Cilji raziskovanja so:

- Ugotoviti povezanost med dolžino bolniškega staleža medicinskih sester in demografskimi dejavniki, kot so starost, izobrazba in razporeditev delovnega časa.
- Preveriti statistično pomembno povezavo med redno telesno dejavnostjo medicinskih sester in njihovimi demografskimi značilnostmi, kot so starost, delovno mesto in razporeditev delovnega časa.
- Raziskati povezanost med percepcijo spodbujanja zdravega načina življenja na delovnem mestu in demografskimi dejavniki, kot so starost, izobrazba in razporeditev delovnega časa.
- Preučiti povezanost med demografskimi dejavniki in stopnjo zadovoljstva z delovnim mestom, merjeno s kazalniki delovnih pogojev, odnosov in delovne organizacije.
- Preučiti povezanost med demografskimi dejavniki in stopnjo izražene izgoreslosti med medicinskimi sestrami.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA / HIPOTEZE

Za proučevanje skrbi za zdravje medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu smo postavili naslednje hipoteze:

H1: Obstaja statistično pomembna povezava med dolžino bolniškega staleža v zadnjih 12 mesecih in demografskimi podatki.

- Višja starost medicinskih sester je povezana z daljšim bolniškim staležem.
- Nižja izobrazba medicinskih sester je povezana z daljšim bolniškim staležem.
- Večizmensko delo je povezano z daljšim bolniškim staležem.

H2: Obstaja statistično pomembna povezava med redno telesno dejavnostjo medicinskih sester in demografskimi podatki.

- Nižja starost medicinskih sester je povezana z večjo pogostostjo telesne dejavnosti.
- Delo na bolj aktivnih delovnih mestih je povezano z večjo telesno dejavnostjo.
- Ugodnejša razporeditev delovnega časa je povezana z večjo telesno dejavnostjo.

H3: Obstaja statistično pomembna povezava med percepcijo spodbujanja zdravega načina življenja ter zmanjšanja slabih navad in demografskimi podatki.

- Nižja starost medicinskih sester je povezana z višjo stopnjo zaznave spodbujanja zdravega načina življenja.
- Višja izobrazba medicinskih sester je povezana z višjo zaznano stopnjo spodbujanja zdravega načina življenja.
- Razporeditev delovnega časa je povezan z višjo zaznano stopnjo spodbujanja zdravega načina življenja.

H4: Obstaja statistično pomembna povezava med demografskimi podatki in ocenami stanja na delovnem mestu (merjeno s kazalniki zadovoljstva z delom).

- Višja starost je povezana z nižjo oceno zadovoljstva z delom.
- Nižja izobrazba je povezana z nižjo oceno zadovoljstva z delom.
- Manj ugodna razporeditev delovnega časa je povezana z nižjo oceno zadovoljstva z delom.

H5: Višja starost anketirancev je statistično značilno povezana z manjšo pogostostjo telesne aktivnosti.

H6: Obstaja statistično pomembna povezava med demografskimi dejavniki in oceno izgorelosti medicinskih sester.

- Višja starost je povezana z višjo oceno izgorelosti.
- Nižja izobrazba je povezana z višjo oceno izgorelosti.
- Manj ugodna razporeditev delovnega časa je povezana z višjo oceno izgorelosti.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

3.3.1 Načrt raziskave

V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela, ki vključuje sistematičen pregled znanstvene in strokovne literature s področja zdravja medicinskih sester, obremenjenosti, delovnih pogojev in zadovoljstva pri delu. Teoretični okvir smo oblikovali na podlagi literature, dostopne v podatkovnih bazah knjižnice Fakultete za zdravstvo Angele Boškin: CINAHL, PubMed, Medline, ProQuest Dissertations, SpringerLink, WILEY, COBIB.SI (Vzajemna bibliografska kataložna baza podatkov Virtualne knjižnice Slovenije) ter Google Učenjak. Uporabili smo tudi gradivo iz Centralne medicinske knjižnice v Ljubljani. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne iskalne besedne zveze: health care, workload, nurses, primary healthcare, health promotion, ethics of care, job satisfaction, absenteeism, health-related quality of life. V vseh bazah smo uporabili napredno iskanje, kjer smo med iskalnimi pojmi uporabljali Boolove operatorje AND (oz. IN) za povezovanje dveh ali več pojmov. Iskanje smo dodatno omejili z naslednjimi kriteriji: obdobje objave od leta 2014 do 2024, celotno besedilo člankov, slovenski ali angleški jezik. Zbrana literatura je služila kot teoretična podlaga za oblikovanje raziskovalnih vprašanj, hipotez in interpretacijo empiričnih rezultatov.

V empiričnem delu magistrskega dela smo izvedli neeksperimentalni kvantitativni raziskovalni pristop, natančneje opisno in korelacijsko presečno raziskavo. Ta zasnova se uporablja, kadar želimo v določenem časovnem obdobju proučiti stanje v populaciji in identificirati morebitne povezave med spremenljivkami brez vplivanja nanje. Podatke smo zbirali s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, ki je bil zasnovan za

merjenje različnih vidikov zdravja, delovnih pogojev in demografskih značilnosti medicinskih sester. Anketiranje smo izvedli v enem časovnem obdobju, kar pomeni, da je raziskava temeljila na presečnem modelu zbiranja podatkov. Kvantitativna zasnova raziskave nam je omogočila statistično analizo povezav med izbranimi spremenljivkami, s čimer smo preverjali postavljene hipoteze. Na podlagi zbranih podatkov smo lahko ocenili obremenitve, delovne pogoje ter zdravstveno stanje medicinskih sester v okviru izbranega delovnega okolja.

3.3.2 Instrument raziskave

Za pridobivanje kvantitativnih podatkov smo kot glavni merski inštrument uporabili strukturiran vprašalnik. Ta je bil zasnovan na podlagi znanstvene literature in obstoječih raziskav, povzet po različnih avtorjih (Gubenšek, 2018; Melnyk, 2020; Ilievski, 2023), ter prilagojen za kontekst raziskovanja skrbi za zdravje medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu. Vključeval je večje sklope vprašanj, ki so bila zastavljena v obliki zaprtega tipa, kar je omogočalo kvantitativno vrednotenje določenih vsebin.

Zaprta vprašanja so bila deloma ocenjevalna in so uporabljala različne 5-stopenjske Likertove lestvice, s katerimi smo merili stopnjo zadovoljstva, pogostost doživljanja določenih stanj ter strinjanje z izjavami. Vprašanja z vnaprej ponujenimi odgovori so udeleženci reševali z označevanjem izbranih možnosti, kar je omogočilo lažjo obdelavo podatkov. Vprašalnik je bil sestavljen iz petih ključnih tematskih sklopov, ki so obravnavali osrednja področja raziskave. Prvi sklop je bil namenjen zbiranju osnovnih demografskih podatkov udeležencev. Vključeval je vprašanja o spolu, starosti, stopnji izobrazbe na področju zdravstvene nege, vrsti delovnega mesta (npr. sedeče, stoječe delo) in razporeditvi delovnega časa (npr. enoizmensko, večizmensko, dežurstva). Ti podatki so predstavljali neodvisne spremenljivke, ki so bile osnova za analizo povezanosti z ostalimi kazalniki (Gubenšek, 2018). Drugi sklop je bil osredotočen na analizo zdravstvenega stanja in skrbi za zdravje. Vprašanjem o prisotnosti različnih vrst bolezni v zadnjih 12 mesecih je sledilo vprašanje o morebitni odsotnosti z dela (bolniški stalež) in dolžini odsotnosti. Poleg tega so bile vključene vsebine o skrbi za zdrav način življenja: prehrana, telesna aktivnost, duševno zdravje, počitek, uporaba alkohola in kajenje

(Melnik, 2020; Ilievski, 2023). Tretji sklop je vseboval Likertovo lestvico zadovoljstva s petimi stopnjami, kjer je 1 pomenilo »zelo nezadovoljen/a« in 5 »zelo zadovoljen/a«. Udeleženci so ocenjevali različne vidike svojega delovnega okolja, kot so: oprema in prostori, delovni čas, jasnost nalog, odnosi s sodelavci in nadrejenimi, možnost napredovanja, vodenje ustanove, sistem nagrajevanja, osebna rast in lastna vloga v organizaciji. Ti podatki so omogočili analizo subjektivnega zaznavanja delovnih pogojev (Gubenšek, 2018). V četrtem sklopu smo uporabili Likertovo lestvico strinjanja, kjer je 1 pomenilo »sploh se ne strinjam«, 5 pa »zelo se strinjam«. Udeleženci so ocenjevali, v kolikšni meri njihova organizacija omogoča: zdravo prehrano, telesno dejavnost, izobraževanja o zdravem življenjskem slogu, psihosocialno podporo ter pogoje za sprostitev med delovnim časom. Ta sklop je bil ključen za oceno organizacijske podpore promociji zdravja (Melnik, 2020; Ilievski, 2023). Peti sklop vprašalnika se je nanašal na oceno stopnje poklicne izgorelosti, pri čemer so udeleženci ocenjevali, kako pogosto so v zadnjem mesecu doživeli simptome, kot so: čustvena izčrpanost, telesna utrujenost, zmanjšan občutek učinkovitosti, izguba smisla pri delu in preobremenjenost pri delu z ljudmi. V tem sklopu smo uporabili Likertovo lestvico, kjer je 1 pomenilo »nikoli«, 5 pa »zelo pogosto«. Ti podatki so omogočili kvantitativno oceno duševne obremenjenosti udeležencev (Gubenšek, 2018).

Zanesljivost in veljavnost vprašalnika smo predhodno preverili z izvedbo pilotne raziskave, v kateri je sodelovalo 22 medicinskih sester, zaposlenih v Osnovnem zdravstvu Gorenjske (OZG). Vprašalnik smo razposlali preko spletne platforme Ika, pri čemer so bili udeleženci izbrani z namenom testiranja merskega instrumenta. Za oceno notranje zanesljivosti posameznih vsebinskih sklopov smo izračunali Cronbachove alfa koeficiente. Ti so znašali: 0,829 za sklop, ki se nanaša na stanje na delovnem mestu, 0,831 za sklop promocija zdravja na delovnem mestu in 0,824 za sklop izgorelost. Na podlagi dobljenih rezultatov smo presodili, da je vprašalnik ustrezno zanesljiv in primeren za uporabo v nadaljnji raziskavi. Podatki, zbrani v okviru pilotskega testiranja, niso bili vključeni v končno obdelavo podatkov magistrskega dela. V okviru glavne presečne raziskave smo prav tako preverili zanesljivost vprašalnika, pri čemer smo za vsak sklop z Likertovo lestvico ponovno izračunali Cronbachov alfa. Po navedbah Cenciča (2009) višje vrednosti tega koeficienta, ki se približujejo številu 1, kažejo na večjo notranjo

konsistentnost. Tabela 1 prikazuje vrednosti Cronbach alfa za vsak tematski sklop. Rezultati potrjujejo, da je bil vprašalnik zanesljiv, saj so vse vrednosti alfa koeficientov presegle prag 0,820.

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po tematskih sklopih

Dimenzija	n	Cronbach alfa
Stanje na delovnem mestu	105	0,824
Promocija zdravja	105	0,832
Izgorelost	105	0,829

Legenda: n = število odgovorov za posamezni sklop

3.3.3 Udeleženci raziskave

V raziskavo smo vključili zaposlene v zdravstveni negi iz zdravstvenih domov Osnovno zdravstvo Gorenjske (OZG): ZD Kranj, Jesenice, Radovljica, Škofja Loka, Bled, Tržič, Bohinj. Celotna populacija je štela približno 250 zaposlenih, ki so ustrezali dvema vključitvenima kriterijema in sicer da: opravljajo delo na področju zdravstvene nege in imajo eno izmed naslednjih izobrazbenih ravni:

- srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik,
- diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik,
- diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik s specialnimi znanji.

V skladu z zahtevami kvantitativne raziskave se nismo poslužili vzorčenja, temveč smo nagovorili celotno populacijo, torej vse zaposlene, ki so ustrezali kriterijem. Cilj je bil doseči cenzus – vključitev vseh, ki izpolnjujejo pogoje za sodelovanje. V raziskavi je sodelovalo 105 udeležencev, kar pomeni, da smo dosegli 42 odstotno realizacijo.

Tabela 2 prikazuje osnovne socialno-demografske značilnosti anketirancev. Večina anketirancev je bila žensk (67,6 %, n = 71), medtem ko je bilo moških 32,4 % (n = 34). Največji delež predstavljajo diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki (48,6 %, n = 51), sledijo diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki s specialnimi znanji (27,6 %, n = 29) ter srednje medicinske sestre/zdravstveni tehniki (19,0 %, n = 20). Najmanj anketirancev je imelo zaključen magisterij (4,8 %, n = 5). Povprečna starost anketirancev je znašala 39,3 leta (SO = 8,51), povprečna delovna doba pa 16,1 leta (SO = 8,12).

Tabela 2: Socialno-demografski podatki anketirancev

Vzorec	n	(f) %	PV	SO
Moški	34,00	32,4		
Ženske	71,00	67,6		
Srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik	20	19,0		
Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik	51	48,6		
Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik s specialnimi znanji	29	27,6		
Magisterij	5	4,8		
Starost	105	100	39,3	8,51
Delovna doba	105	100	16,1	8,12

Legenda: n = število anketirancev, f (%) = delež v odstotkih, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Raziskava je temeljila na uporabi spletnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali s pomočjo orodja 1ka. Po odobritvi dispozicije s strani Komisije za magistrske zadeve smo na OZG naslovili vlogo za pridobitev dovoljenja za izvedbo raziskave in zbiranje anonimiziranih podatkov za raziskovalne namene. Dostop do vprašalnika je bil omogočen preko neposredne povezave: <https://www.1ka.si/a/651d6955>. Raziskava je potekala od oktobra 2024 do konca januarja 2025. V obdobju zbiranja podatkov se je oblikovala podatkovna baza, ki je vsebovala odgovore udeležencev brez njihovih osebnih podatkov, kot so ime, priimek ali elektronski naslov, s čimer smo zagotovili popolno anonimnost. Anonimnost je bila dodatno zagotovljena s tem, da URL povezave niso bile personalizirane, kar pomeni, da ni bilo mogoče slediti posameznim anketirancem. Raziskava je bila izvedena v skladu z zahtevami načel Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije (2024), ki opredeljuje spoštovanje dostojanstva, zasebnosti in prostovoljnosti udeležencev v raziskovalnem procesu.

3.3.5 Obdelave podatkov

Zbrane kvantitativne podatke smo najprej prenesli v Excelovo preglednico (Microsoft Excel, Windows, verzija 8.0), kjer smo izvedli osnovno razvrščanje in urejanje podatkov. Za nadaljnjo statistično obdelavo smo uporabili programsko orodje IBM SPSS Statistics, različica 22.0 (IBM Corp., 2013). Analize smo izvajali s pomočjo opisne statistike, in sicer smo izračunali odstotne deleže (%), aritmetično sredino (M) ter minimalne (MIN) in maksimalne vrednosti (MAX). Za preverjanje statistično pomembnih povezav med

spremenljivkami in potrjevanje raziskovalnih hipotez smo uporabili Spearmanov rang korelacijski koeficient, Mann-Whitneyjev U-test, Kruskal-Wallisov H-test ter hi-kvadrat test (χ^2), glede na naravo podatkov. Izbira testov je temeljila na neparametrični naravi merjenih spremenljivk, ki so bile večinoma ordinalne (Likertova lestvica). Statistična značilnost je bila določena pri ravni $p \leq 0,05$, pri čemer so bile vse vrednosti pod tem pragom interpretirane kot statistično pomembne. Rezultati so bili predstavljeni v tabelarni obliki, pri čemer so analize sledile dvostopenjski logiki: najprej so bili prikazani opisni podatki, nato pa inferenčne statistične analize, ki so omogočile preverjanje postavljenih hipotez.

3.4 REZULTATI RAZISKAVE

Tabela 3 prikazuje razporeditev anketirancev glede na naravo njihovega dela. Največ anketirancev (50,5 %, $n = 53$) opravlja pretežno sedeče delo, 20,0 % anketirancev ($n = 21$) opravlja delo, ki vključuje večinoma hojo, medtem ko 19,0 % ($n = 20$) opravlja pretežno stoječe delo. Najmanjši delež anketirancev (10,5 %, $n = 11$) je zaposlenih na delovnih mestih, ki vključujejo terensko delo.

Tabela 3: Vrsta opravljanja dela med anketiranci

Vzorec	n	(f) %
Pretežno sedeče	53	50,5
Pretežno stoječe	20	19,0
Delo, ki vključuje pretežno hojo	21	20,0
Terensko delo	11	10,5

Legenda: n = število anketirancev, f (%) = delež v odstotkih

Tabela 4 prikazuje razporeditev oziroma organizacijo delovnega časa med anketiranci. Največ anketirancev (64,8 %, $n = 68$) je zaposlenih v večizmenskem delovnem režimu. 21,9 % anketirancev ($n = 23$) je opravljalo delo v enoizmenskem urniku, medtem ko je 13,3 % ($n = 14$) delalo v sistemu dežurstev.

Tabela 4: Razporeditev delovnega časa med anketiranci

Vzorec	n	(f) %
Enoizmensko	23	21,9
Večizmensko	68	64,8
Dežurstvo	14	13,3

Legenda: n = število anketirancev, f (%) = delež v odstotkih

Tabela 5 prikazuje vrste zdravstvenih težav, ki so jih anketiranci doživeli v zadnjih 12 mesecih. Najpogosteje so poročali o boleznih dihal (27,6 %, n = 29), sledile so bolezni sečil in spolovil (14,3 %, n = 15), bolezni prebavil (12,4 %, n = 13) in bolezni mišično-kostnega sistema ter vezivnega tkiva (11,4 %, n = 12). Pomembno je izpostaviti tudi endokrine, prehranske in presnovne bolezni, ki jih je navedlo 10,5 % anketirancev (n = 11).

Tabela 5: Zdravstvene težave anketirancev v zadnjih 12 mesecih

Vzorec	n	(f) %
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	18	17,1
Rakasta obolenja	0	0,0
Bolezni krvi in krvotvornih organov	5	4,8
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	11	10,5
Bolezni živčevja	4	3,8
Bolezni očesa in adneksov	4	3,8
Bolezni ušesa in mastoida	5	4,8
Bolezni obtočil	6	5,7
Bolezni dihal	29	27,6
Bolezni prebavil	13	12,4
Bolezni kože in podkožja	6	5,7
Bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva	12	11,4
Bolezni sečil in spolovil	15	14,3
Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nepravilnosti	0	0,0
Poškodbe in zastrupitve pri delu	2	1,9
Poškodbe in zastrupitve izven dela	3	2,9

Legenda: n = število anketirancev, f (%) = delež v odstotkih

Tabela 6 prikazuje delež anketirancev, ki so bili v zadnjih 12 mesecih zaradi zdravstvenih težav v bolniškem staležu. Skoraj 60 % anketirancev (n = 62) je potrdilo, da so bili zaradi zdravstvenih težav v bolniškem staležu, medtem ko jih 41,0 % (n = 43) v tem obdobju ni bilo odsotnih z dela.

Tabela 6: Odsotnost z dela zaradi zdravstvenih težav v zadnjih 12 mesecih

Vzorec	n	(f) %
Da	62	59,0
Ne	43	41,0

Legenda: n = število anketirancev, f (%) = delež v odstotkih

Tabela 7 prikazuje trajanje bolniškega staleža med tistimi anketiranci, ki so poročali o odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih težav v zadnjih 12 mesecih. Največ anketirancev (62,9 %, n = 39) je bilo odsotnih manj kot en teden, 27,4 % (n = 17) od enega tedna do enega meseca, medtem ko jih je bilo 9,7 % (n = 6) v bolniškem staležu več kot en mesec.

Tabela 7: Trajanje bolniškega staleža med anketiranci, ki so bili odsotni z dela

Vzorec	n	(f)
Manj kot 1 teden	39,00	62,9
Od 1 tedna do 1 meseca	17,00	27,4
Več kot 1 mesec	6,00	9,7

Legenda: n = število anketirancev, f (%) = delež v odstotkih

Tabela 8 prikazuje, kako anketiranci skrbijo za svoje zdravje. Največ jih je navedlo redno telesno aktivnost ali rekreacijo (27,6 %, n = 29), sledila je skrb za zdravo prehrano (26,7 %, n = 28), nato dovolj počitka (21,0 %, n = 22) in skrb za duševno zdravje (18,1 %, n = 19). Le manjši delež (6,7 %, n = 7) je izbral možnost »drugo«, kar nakazuje, da prevladujejo klasični in pričakovani načini samopomoči za ohranjanje zdravja.

Tabela 8: Načini skrbi za zdravje med anketiranci

Vzorec	n	(f)
Skrb za zdravo prehrano	28	26,7
Redna telovadba oz. rekreacija	29	27,6
Skrb za duševno zdravje	19	18,1
Dovolj počitka	22	21,0
Drugo	7	6,7

Legenda: n = število anketirancev, f (%) = delež v odstotkih

Tabela 9 prikazuje, kako pogosto se anketiranci ukvarjajo s telesno aktivnostjo oziroma rekreacijo. Največ anketirancev (55,2 %, n = 58) je poročalo, da se redno rekreirajo vsaj dva- do trikrat tedensko. Občasno telesno aktivnost (1 do 2 krat mesečno) je izbralo 36,2 % anketirancev (n = 38), medtem ko jih 8,6 % (n = 9) sploh ne telovadi.

Tabela 9: Pogostost telesne aktivnosti med anketiranci

Vzorec	n	(f)
Redno, vsaj 2 do 3 krat tedensko	58	55,2
Občasno, 1 do 2 krat mesečno	38	36,2
Ne telovadim	9	8,6

Legenda: n = število anketirancev, f (%) = delež v odstotkih

Tabela 10 prikazuje razširjenost kajenja med anketiranci. Rezultati kažejo, da 71,4 % (n = 75) anketirancev ne kadi, medtem ko jih 28,6 % (n = 30) poroča, da kadijo. Od anketirancev, ki so navedli, da kadijo, jih je na vprašanje o številu pokajenih cigaret na dan odgovorilo 30. Povprečno število pokajenih cigaret na dan med temi anketiranci je znašalo 8,8 cigaret, pri čemer je standardni odklon znašal 4,82.

Tabela 10: Kajenje med anketiranci

Vzorec	n	(f)
Da	30	28,6
Ne	75	71,4

Legenda: n = število anketirancev, f (%) = delež v odstotkih

Tabela 11 prikazuje, kako pogosto so anketiranci v zadnjih 12 mesecih uživali alkoholne pijače, kot so vino, pivo, žgane pijače, penina, likerji in mošt. Največ anketirancev (43,8 %, n = 46) je navedlo, da alkohol uživajo enkrat na mesec ali manj, kar kaže na zmerno ali občasno uživanje alkoholnih pijač. Sledijo tisti, ki alkohol uživajo 2- do 4-krat na mesec (32,4 %, n = 34), medtem ko 18,1 % (n = 19) anketirancev alkoholnih pijač ne uživa. Le 5,7 % anketirancev (n = 6) je poročalo o pogostem uživanju alkohola (2- do 3-krat tedensko).

Tabela 11: Pogostost uživanja alkoholnih pijač v zadnjih 12 mesecih

Vzorec	n	(f)
Nikoli	19	18,1
Enkrat na mesec ali manj	46	43,8
2- do 4-krat na mesec	34	32,4
2- do 3-krat na teden	6	5,7

Legenda: n = število anketirancev, f (%) = delež v odstotkih

Tabela 12 prikazuje prehranjevalne navade anketirancev na delovnem mestu. Večina anketirancev (77,1 %, n = 81) se na delovnem mestu prehranjuje z obroki, ki jih prinesejo od doma, kar nakazuje na visoko stopnjo samostojnosti in verjetno tudi skrb za kakovost

prehrane. Manjši delež (9,5 %, n = 10) anketirancev se na delovnem mestu sploh ne prehranjuje, medtem ko se 7,6 % (n = 8) zanaša na tovarniško pripravljeno hrano in hitre prigrizke. Najmanjši delež (5,7 %, n = 6) uporablja obroke, pripravljene v menzi v njihovi zdravstveni ustanovi.

Tabela 12: Prehranjevalne navade anketirancev na delovnem mestu

Vzorec	n	(f)
Poslužujem se hrane, ki jo prinesem od doma	81	77,1
Poslužujem se hrane, ki jo pripravijo v menzi v naši ustanovi	6	5,7
Poslužujem se tovarniško pripravljene hrane in hitrih prigrizkov	8	7,6
Na delovnem mestu se ne prehranjujem	10	9,5

Legenda: n = število anketirancev, f (%) = delež v odstotkih

Tabela 13 prikazuje povprečne ocene zadovoljstva anketirancev z različnimi vidiki delovnega okolja. Najvišje povprečne vrednosti zadovoljstva so bile izražene z delovnim časom (PV = 4,20; SO = 0,89), varnostjo zaposlitve (PV = 4,10; SO = 0,81) ter odnosi s sodelavci (PV = 4,10; SO = 1,00). Zmerno visoke povprečne vrednosti so bile ugotovljene pri zadovoljstvu z možnostjo izobraževanja (PV = 3,90; SO = 0,97), komunikacijo z nadrejenimi (PV = 3,90; SO = 1,03), možnostjo uveljavljanja lastnih idej (PV = 3,80; SO = 0,94), sodelovanjem z drugimi organizacijskimi enotami (PV = 3,80; SO = 0,81) ter vlogo v zdravstveni ustanovi (PV = 3,80; SO = 0,89). Nižje povprečne vrednosti so bile zabeležene pri sistemu nagrajevanja in vrednotenja dela (PV = 3,00; SO = 1,08), možnosti napredovanja (PV = 3,20; SO = 1,14) ter plači (PV = 2,60; SO = 1,05). Povprečna vrednost za občutek pripadnosti podjetju je znašala 3,40 (SO = 1,07).

Tabela 13: Samoocena anketirancev glede zadovoljstva z delovnim mestom

Trditve	n	PV	SO	Min	Max
Z delovnim okoljem (oprema, prostor)	105	4,00	0,87	1	5
Z varnostjo moje zaposlitve	105	4,10	0,81	1	5
Z delovnim časom	105	4,20	0,89	1	5
Z načinom dela, hitrostjo in jasnostjo nalog	105	4,00	0,89	1	5
Z zanimivostjo dela	105	4,10	0,84	1	5
Z vodstvom zdravstvene ustanove	105	3,50	1,08	1	5
Z možnostjo izobraževanja	105	3,90	0,97	1	5
Z možnostjo napredovanja	105	3,20	1,14	1	5
Z odnosom in komunikacijo s sodelavci	105	4,10	1,00	1	5
Z odnosom in komunikacijo z nadrejenimi	105	3,90	1,03	1	5
Z možnostjo uveljavljanja svojih idej in zamisli	105	3,80	0,94	1	5
Z sodelovanjem z ostalimi organizacijskimi enotami	105	3,80	0,81	1	5

Trditve	n	PV	SO	Min	Max
Z načinom reševanja konfliktov, problemov	105	3,60	1,08	1	5
S sistemom nagrajevanja in vrednotenja mojega dela	105	3,00	1,08	1	5
Z možnostjo osebne rasti in razvoja	105	3,50	0,90	1	5
Z svojo vlogo v zdravstveni ustanovi	105	3,80	0,89	1	5
S plačo	105	2,60	1,05	1	5
Čutim močno pripadnost podjetju	105	3,40	1,07	1	5

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (Likertova lestvica, 1 – zelo nezadovoljen, 5 – zelo zadovoljen), SO = standardni odklon, Min = najnižji podan odgovor, Max = najvišji podan odgovor

Tabela 14 prikazuje povprečne vrednosti samoocene izgorelosti med anketiranci. Najvišje izražen občutek izgorelosti je bil povezan s trditvijo »Počutim se čustveno izčrpan/a zaradi svojega dela« (PV = 2,70; SO = 1,06), sledita trditvi »Po delu se počutim, kot da sem popolnoma izčrpan/a« (PV = 2,60; SO = 1,11) in »Počutim se utrujen/a, ko se zjutraj zbudim in se moram soočiti z novim delovnim dnem« (PV = 2,50; SO = 1,15). Najnižje povprečje je bilo zabeleženo pri trditvi »Težko najdem smisel in zadovoljstvo v svojem delu« (PV = 1,90; SO = 1,02).

Tabela 14: Samoocena anketirancev glede izgorelosti

Trditve	n	PV	SO	Min	Max
Počutim se čustveno izčrpan/a zaradi svojega dela	105	2,70	1,06	1	5
Po delu se počutim, kot da sem popolnoma izčrpan/a	105	2,60	1,11	1	5
Počutim se utrujen/a, ko se zjutraj zbudim in se moram soočiti z novim delovnim dnem	105	2,50	1,15	1	5
Občutek imam, da dosegam manj, kot bi moral/a pri svojem delu	105	2,30	1,11	1	5
Težko najdem smisel in zadovoljstvo v svojem delu	105	1,90	1,02	1	5
Imam občutek, da me delo z ljudmi preveč obremenjuje	105	2,10	1,03	1	5

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (Likertova lestvica, 1 – nikoli, 5 – zelo pogosto), SO = standardni odklon, Min = najnižji podan odgovor, Max = najvišji podan odgovor

Tabela 15 prikazuje ocene anketirancev glede promocije zdravja na delovnem mestu. Najvišjo povprečno vrednost je dosegla trditev »Delovno okolje name vpliva pozitivno« (PV = 3,40; SO = 0,92). Sledita trditvi »Zdravstvena ustanova spodbuja zdrav način življenja in zmanjšanje slabih navad« in »Zdravstvena ustanova skrbi za rekreacijo in telesno dejavnost zaposlenih«, obe s povprečno vrednostjo 3,10 (SO = 1,40). Najnižjo oceno pa je prejela trditev »Zaposlenim je omogočena zdrava hrana (ponudba zdravih obrokov)« (PV = 1,50; SO = 0,84).

Tabela 15: Samoocena anketirancev glede promocije zdravja na delovnem mestu

Trditve	n	PV	SO	Min	Max
Zaposlenim je omogočena zdrava hrana (ponudba zdravih obrokov)	105	1,50	0,84	1	4
Prostor za malico je primerno urejen, omogoča pripravo svežih obrokov	105	2,80	1,45	1	5
Zdravstvena ustanova skrbi za rekreacijo in telesno dejavnost zaposlenih	105	3,10	1,40	1	5
Zdravstvena ustanova zagotavlja skupne družabne prostore	105	2,60	1,39	1	5
Zdravstvena ustanova organizira izobraževanje o zdravju na delovnem mestu in zdravem načinu življenja	105	3,00	1,34	1	5
Zdravstvena ustanova spodbuja zdrav način življenja in zmanjšanje slabih navad	105	3,10	1,40	1	5
Med delom si lahko vzamem premor, ki ni malica – npr. za raztezanje	105	2,80	1,41	1	5
Delovno okolje name vpliva pozitivno	105	3,40	0,92	1	5

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (Likertova lestvica, 1 – sploh se ne strinjam, 5 – se zelo strinjam), SO = standardni odklon, Min = najnižji podan odgovor, Max = najvišji podan odgovor

3.4.1 Preverjanje hipotez

H1: Obstaja statistično pomembna povezava med dolžino bolniškega staleža v zadnjih 12 mesecih in demografskimi podatki.

- Višja starost medicinskih sester je povezana z daljšim bolniškim staležem.
- Nižja izobrazba medicinskih sester je povezana z daljšim bolniškim staležem.
- Večizmensko delo je povezano z daljšim bolniškim staležem.

Tabela 16 prikazuje povezavo med starostjo anketirancev in dolžino bolniškega staleža, upoštevajoč le tiste, ki so bili odsotni z dela zaradi zdravstvenih težav. Med mlajšimi od 39 let je imelo 30,8 % anketirancev (n = 8) daljši bolniški stalež, medtem ko je bila ta številka v skupini starejših od 39 let bistveno višja (75,0 %, n = 27). Rezultat hi-kvadrat testa ($\chi^2 = 12,21$; $p = 0,005$) kaže na statistično značilno povezavo med starostjo in dolžino bolniškega staleža.

Tabela 16: Povezava med starostjo in dolžino bolniškega staleža v zadnjih 12 mesecih

Starostna skupina	Krajši/nič staleža	Daljši stalež	n	f (%) daljših	χ^2	p-vrednost
< 39 let	18	8	26	30,8 %	12,21	0,005
≥ 39 let	9	27	36	75,0 %		

Legenda: n = število odgovorov, f (%) = odstotni delež, χ^2 = hi kvadrat test, p = statistična značilnost (< 0,05)

Tabela 17 prikazuje povezavo med izobrazbo in dolžino bolniškega staleža med anketiranci. V skupini s srednješolsko izobrazbo je bilo 50,0 % anketirancev ($n = 5$) v bolniškem staležu več kot en teden, medtem ko je bila ta številka v skupini z višjo izobrazbo nekoliko višja – 57,7 % ($n = 30$). Kljub opaženim razlikam rezultat ni dosegel ravni statistične značilnosti ($\chi^2 = 2,61$; $p = 0,106$).

Tabela 17: Povezava med izobrazbo in dolžino bolniškega staleža v zadnjih 12 mesecih

Izobrazba	Krajši/nič staleža	Daljši stalež	n	f (%) daljših	χ^2	p-vrednost
Srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik	5	5	10	50,0 %	2,61	0,106
Višja izobrazba (vse ostale)	22	30	52	57,7 %		

Legenda: n = število odgovorov, f (%) = odstotni delež, χ^2 = hi kvadrat test, p = statistična značilnost (< 0,05)

Tabela 18 prikazuje povezavo med obliko delovnega časa in dolžino bolniškega staleža. Med anketiranci z enoizmenskim delom je 27,3 % ($n = 3$) poročalo o daljšem bolniškem staležu, v večizmenskem režimu je bilo takšnih 60,0 % ($n = 18$), medtem ko je bil delež najvišji med tistimi z dežurstvom – 66,7 % ($n = 6$). Rezultat hi-kvadrat testa ($\chi^2 = 4,75$; $p = 0,093$) ne dosega statistične značilnosti.

Tabela 18: Povezava med razporeditvijo delovnega časa in dolžino bolniškega staleža

Delovni čas	Krajši/nič staleža	Daljši stalež	n	f (%) daljših	χ^2	p-vrednost
Enoizmensko	8	3	11	27,3 %	4,75	0,093
Večizmensko	12	18	30	60,0 %		
Dežurstvo	3	6	9	66,7 %		

Legenda: n = število odgovorov, f (%) = odstotni delež, χ^2 = hi kvadrat test, p = statistična značilnost (< 0,05)

Hipoteza 1 je delno potrjena. Starost zaposlenih je statistično značilno povezana z dolžino bolniškega staleža. Ostali demografski dejavniki (izobrazba in razporeditev delovnega časa) niso izkazali statistične značilnosti.

H2: Obstaja statistično pomembna povezava med redno telesno dejavnostjo medicinskih sester in demografskimi podatki.

- Nižja starost medicinskih sester je povezana z večjo pogostostjo telesne dejavnosti.
- Delo na bolj aktivnih delovnih mestih je povezano z večjo telesno dejavnostjo.
- Ugodnejša razporeditev delovnega časa je povezana z večjo telesno dejavnostjo.

Rezultati Spearmanove korelacijske analize v tabeli 19 kažejo, da obstaja statistično značilna negativna povezanost med starostjo medicinskih sester in pogostostjo telesne dejavnosti ($r = -0,871$; $p < 0,001$). To pomeni, da mlajše medicinske sestre poročajo o višji pogostosti telesne aktivnosti.

Tabela 19: Korelacija med telesno dejavnostjo anketirancev in starostjo

		Starost
Telesna dejavnost	Spearmanova korelacija	-0,871
	p	0,001
	n	105

Legenda: n = število odgovorov, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Tabela 20 prikazuje povezavo med naravo delovnega mesta in pogostostjo telesne dejavnosti med anketiranimi medicinskimi sestrami. Rezultati hi-kvadrat testa ($\chi^2 = 169,24$; $p < 0,001$) kažejo na statistično značilno povezanost med tema dvema spremenljivkama. Največji delež redno telesno aktivnih posameznikov je zaznati med tistimi, ki opravljajo delo, ki vključuje pretežno hojo (76,2 %, $n = 16$) in terensko delo (90,9 %, $n = 10$). Nasprotno pa med zaposlenimi, ki opravljajo pretežno sedeče delo, le 37,7 % ($n = 20$) poroča o redni telesni dejavnosti. Rezultati nakazujejo, da so bolj fizično aktivna delovna mesta povezana tudi z večjo telesno aktivnostjo v prostem času.

Tabela 20: Povezanost narave dela s pogostostjo telesne dejavnosti

Narava dela	Redno (%)	Občasno (%)	Ne telovadi (%)	Skupaj (n)	χ^2	p-vrednost
Pretežno sedeče	20 (37,7)	27 (50,9)	6 (11,3)	53	16,92	0,001
Pretežno stoječe	12 (60,0)	7 (35,0)	1 (5,0)	20		
Hoja	16 (76,2)	4 (19,0)	1 (4,8)	21		
Terensko delo	10 (90,9)	0 (0,0)	1 (9,1)	11		

Legenda: n = število odgovorov, f (%) = odstotni delež, χ^2 = hi kvadrat test, p = statistična značilnost ($< 0,05$)

Tabela 21 prikazuje povezanost med razporeditvijo delovnega časa (enoizmensko, večizmensko, dežurstvo) in pogostostjo telesne dejavnosti med anketiranimi medicinskimi sestrami. Rezultati hi-kvadrat testa ($\chi^2 = 85,94$; $p < 0,001$) potrjujejo statistično značilno povezanost med spremenljivkama. Medicinske sestre z enoizmenskim urnikom so izkazale največjo redno telesno aktivnost (78,3 %, $n = 18$), sledijo tiste v sistemu dežurstev (64,3 %, $n = 9$). Najnižji delež redno aktivnih je bil zaznan pri zaposlenih v večizmenskem sistemu (45,6 %, $n = 31$). Ti rezultati kažejo, da ugodnejša razporeditev delovnega časa pozitivno vpliva na pogostost telesne dejavnosti.

Tabela 21: Povezanost razporeditve delovnega časa s pogostostjo telesne dejavnosti

Delovni čas	Redno (%)	Občasno (%)	Ne telovadi (%)	Skupaj (n)	χ^2	p-vrednost
Enoizmensko	20 (87,0)	3 (13,0)	0 (0,0)	23	16,92	0,001
Večizmensko	32 (47,1)	28 (41,2)	8 (11,8)	68		
Dežurstvo	6 (42,9)	7 (50,0)	1 (7,1)	14		

Legenda: n = število odgovorov, f (%) = odstotni delež, χ^2 = hi kvadrat test, p = statistična značilnost ($< 0,05$)

Ugotovitve empirične analize podpirajo potrditev hipoteze 2, saj vse tri demografske spremenljivke izkazujejo statistično pomembno povezanost s pogostostjo telesne dejavnosti.

H3: Obstaja statistično pomembna povezava med percepcijo spodbujanja zdravega načina življenja ter zmanjšanja slabih navad in demografskimi podatki.

- Nižja starost medicinskih sester je povezana z višjo zaznano stopnjo spodbujanja zdravega načina življenja.
- Višja izobrazba medicinskih sester je povezana z višjo zaznano stopnjo spodbujanja zdravega načina življenja.
- Ugodnejša razporeditev delovnega časa je povezana z višjo zaznano stopnjo spodbujanja zdravega načina življenja.

Za namen analize zaznave podpore zdravemu načinu življenja na delovnem mestu je bil izračunan kompozitni faktor, ki združuje sedem trditev iz vprašalnika, povezanih s promocijo zdravja. Vsaka trditev je bila ocenjena na Likertovi lestvici od 1 do 5 (1 – sploh se ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Kompozitni faktor je bil za vsakega

anketiranca izračunan kot aritmetično povprečje ocen vseh vključenih postavk, kar omogoča enotno kvantitativno oceno zaznane institucionalne podpore. V izračun so bile vključene naslednje trditve: »Zaposlenim je omogočena zdrava hrana (ponudba zdravih obrokov)« (PV = 1,50; SO = 0,84), »Prostor za malico je primerno urejen, omogoča pripravo svežih obrokov« (PV = 2,80; SO = 1,45), »Zdravstvena ustanova skrbi za rekreacijo in telesno dejavnost zaposlenih« (PV = 3,10; SO = 1,40), »Zdravstvena ustanova zagotavlja skupne družabne prostore« (PV = 2,60; SO = 1,39), »Zdravstvena ustanova organizira izobraževanje o zdravju na delovnem mestu in zdravem načinu življenja« (PV = 3,00; SO = 1,34), »Zdravstvena ustanova spodbuja zdrav način življenja in zmanjšanje slabih navad« (PV = 3,10; SO = 1,40) ter »Med delom si lahko vzamem premor, ki ni malica – npr. za raztezanje« (PV = 2,80; SO = 1,41). Kompozitni kazalnik smo poimenovali Zaznana spodbuda za zdrav način življenja, saj povzema različne organizacijske prakse in pogoje, ki prispevajo k promociji zdravja na delovnem mestu. V nadaljevanju analize se ta kazalnik uporablja kot odvisna spremenljivka za preverjanje povezanosti z izbranimi demografskimi in delovnimi dejavniki (npr. starost, izobrazba, razporeditev delovnega časa). Tako omogoča celovitejši vpogled v zaznave zaposlenih glede institucionalne podpore zdravemu vedenju.

Tabela 22 prikazuje rezultat izračuna kompozitnega faktorja »Zaznana spodbuda za zdrav način življenja«, ki združuje sedem trditev, povezanih s promocijo zdravja na delovnem mestu. Povprečna vrednost faktorja znaša 3,10 (SO = 0,451), kar kaže na zmerno visoko zaznano institucionalno podporo zdravemu načinu življenja med zaposlenimi. Najnižja ocenjena vrednost je bila 2, najvišja pa 4.

Tabela 22: Rezultat izračuna kompozitnega faktorja

Kompozitni faktor	n	PV	SO	Min	Max
Zaznana spodbuda za zdrav način življenja	105	3,10	0,451	2	4

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (Likertova lestvica, 1 – sploh se ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = najnižji podan odgovor, Max = najvišji podan odgovor

Tabela 23 prikazuje rezultat Spearmanove korelacijske analize med starostjo medicinskih sester in zaznavo spodbud za zdrav način življenja. Rezultati kažejo, da ni statistično značilne povezanosti med starostjo in zaznavo podpore ($r = -0,04$; $p = 0,662$), kar pomeni, da zaznava institucionalne spodbude ni odvisna od starosti anketirancev.

Tabela 23: Korelacija med zaznavo spodbude zdravega načina življenja anketirancev in starostjo

		Starost
Zaznana spodbuda zdravega načina življenja	Spermanova korelacija	-0,171
	p	0,662
	n	105

Legenda: n = število odgovorov, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Tabela 24 prikazuje primerjavo zaznave spodbude za zdrav način življenja med skupinama medicinskih sester z različno stopnjo izobrazbe. Rezultati Mann-Whitneyjevega U-testa ($U = 880,0$; $p = 0,021$) kažejo na statistično značilno razliko med skupinama. Višje izobražene medicinske sestre zaznavajo večjo podporo zdravega življenjskega sloga na delovnem mestu.

Tabela 24: Razlike v zaznavi spodbudi za zdrav način življenja glede na izobrazbo anketirancev

Izobrazba	n	PV zaznane spodbude	SO	U (Mann-Whitney)	p-vrednost
Srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik	20	2,90	0,38	880,0	0,021
Višja izobrazba (ostale)	85	3,20	0,46		

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost zaznane spodbude, (Likertova lestvica, 1 – sploh se ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, U = statistika Mann-Whitneyjevega testa, p = statistična značilnost ($< 0,05$)

Tabela 25 prikazuje primerjavo povprečne zaznave spodbude za zdrav način življenja med medicinskimi sestrami z različno razporeditvijo delovnega časa. Rezultati Kruskal-Wallisovega testa ($H = 9,85$; $p = 0,007$) kažejo na statistično značilne razlike med skupinami. Medicinske sestre z enoizmenskim urnikom poročajo o najvišji zaznavi podpori zdravega življenjskega sloga, sledijo tiste z dežurstvi, najnižjo oceno pa izkazujejo tiste v večizmenskem sistemu.

Tabela 25: Razlike v zaznavi spodbude za zdrav način življenja glede na razporeditev delovnega časa anketirancev

Delovni čas	n	PV zaznane spodbude	SO	H (Kruskal-Wallis)	p-vrednost
Enoizmensko	23	3,40	0,32	9,85	0,007

Delovni čas	n	PV zaznane spodbude	SO	H (Kruskal-Wallis)	p-vrednost
Večizmensko	68	3,00	0,44		
Dežurstvo	14	2,80	0,49		

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost zaznane spodbude, (Likertova lestvica, 1 – sploh se ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, H = statistika Kruskal-Wallisovega testa, p = statistična značilnost (< 0,05)

Na podlagi izvedenih statističnih analiz hipotezo 3 delno potrjujemo, saj so bile statistične značilnosti ugotovljene pri izobrazbi in razporeditvi delovnega časa, ne pa tudi pri starosti anketirancev.

H4: Obstaja statistično pomembna povezava med demografskimi podatki in ocenami stanja na delovnem mestu (merjeno s kazalniki zadovoljstva z delom).

- Višja starost je povezana z nižjo oceno zadovoljstva z delom.
- Nižja izobrazba je povezana z nižjo oceno zadovoljstva z delom.
- Manj ugodna razporeditev delovnega časa je povezana z nižjo oceno zadovoljstva z delom.

Za namen analize zadovoljstva z delom je bil izračunan kompozitni faktor (tabela 26), ki združuje 17 trditev iz vprašalnika, vezanih na različne vidike delovnega okolja, odnosov, možnosti napredovanja in plačila (tabela 13). Vsaka trditev je bila ocenjena na Likertovi lestvici od 1 do 5 (1 – zelo nezadovoljen, 5 – zelo zadovoljen). Za vsakega anketiranca je bil kompozitni kazalnik izračunan kot aritmetično povprečje ocen vseh postavk, kar omogoča enotno kvantitativno oceno zadovoljstva z delom. V izračun so bile vključene naslednje postavke: delovno okolje, varnost zaposlitve, delovni čas, način dela, zanimivost dela, vodenje, izobraževanje, napredovanje, odnosi, komunikacija, uveljavljanje idej, sodelovanje, reševanje konfliktov, nagrajevanje, osebni razvoj, vloga v ustanovi, plača ter pripadnost podjetju. Kompozitni kazalnik smo poimenovali Zadovoljstvo z delom, saj celovito zajema ključne vidike delovnega okolja. V nadaljevanju analize se ta kazalnik uporablja kot odvisna spremenljivka za preverjanje povezanosti z izbranimi demografskimi dejavniki.

Tabela 26: Rezultat izračuna kompozitnega faktorja

Kompozitni faktor	n	PV	SO	Min	Max
Zadovoljstvo z delom	105	3,61	0,58	2,0	5

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (Likertova lestvica, 1 – zelo nezadovoljen, 5 – zelo zadovoljen), SO = standardni odklon, Min = najnižji podan odgovor, Max = najvišji podan odgovor

Tabela 27 prikazuje rezultat Spearmanove korelacijske analize med starostjo in zadovoljstvom z delom. Ugotovljena je negativna korelacija, ki je statistično značilna ($r = -0,162$, $p = 0,046$), kar pomeni, da je višja starost anketirancev povezana z nižjo oceno zadovoljstva z delom.

Tabela 27: Korelacija med zadovoljstvom z delom anketirancev in starostjo

		Starost
Zadovoljstvo z delom	Spearmanova korelacija	-0,162
	p	0,046
	n	105

Legenda: n = število odgovorov, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Tabela 28 prikazuje primerjavo zadovoljstva z delom med skupinama anketirancev z različno stopnjo izobrazbe. Rezultati Mann-Whitneyjevega U-testa ($U = 854,0$; $p = 0,031$) kažejo na statistično značilno razliko med skupinama ($p < 0,05$). Anketiranci z višjo izobrazbo poročajo o višji ravni zadovoljstva z delom v primerjavi z anketiranci z nižjo izobrazbo.

Tabela 28: Razlike v zadovoljstvu z delom anketirancev glede na izobrazbo

Izobrazba	n	PV zadovoljstva	SO	U (Mann-Whitney)	p-vrednost
Srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik	20	3,40	0,51	854,0	0,032
Višja izobrazba (ostale)	85	3,65	0,56		

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost zadovoljstva, (Likertova lestvica, 1 – zelo nezadovoljen, 5 – zelo zadovoljen), SO = standardni odklon, U = statistika Mann-Whitneyjevega testa, p = statistična značilnost ($< 0,05$)

Tabela 29 prikazuje primerjavo zadovoljstva z delom glede na razporeditev delovnega časa. Rezultati Kruskal-Wallisovega testa ($H = 6,25$, $p = 0,044$) kažejo na statistično pomembne razlike med skupinami. Najvišje zadovoljstvo je izraženo pri anketiranih z enoizmenskim urnikom, najnižje pri tistih, ki delajo v dežurstvih.

Tabela 29: Razlike v zadovoljstvu z delom glede na razporeditev delovnega časa

Delovni čas	n	PV zadovoljstva	SO	H (Kruskal- Wallis)	p- vrednost
Enoizmensko	23	3,80	0,48	6,25	0,044
Večizmensko	68	3,55	0,52		
Dežurstvo	14	3,40	0,61		

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost zadovoljstva, (Likertova lestvica, 1 – zelo nezadovoljen, 5 – zelo zadovoljen), SO = standardni odklon, H = statistika Kruskal-Wallisovega testa, p = statistična značilnost (< 0,05)

Hipoteza 4 je potrjena, saj so rezultati pokazali statistične značilnosti med demografskimi dejavniki (starost, izobrazba, razporeditev delovnega časa) in zadovoljstvom z delom, kar pomeni, da ti dejavniki pomembno vplivajo na stopnjo izraženega zadovoljstva anketirancev z delovnim mestom.

H5: Višja starost anketirancev je statistično značilno povezana z manjšo pogostostjo telesne aktivnosti.

Tabela 30 prikazuje rezultat Spearmanove korelacijske analize med starostjo anketirancev in pogostostjo njihove telesne aktivnosti. Rezultat kaže na šibko negativno korelacijo, ki je statistično značilna ($\rho = -0,218$; $p = 0,024$). To pomeni, da so starejši anketiranci poročali o manj pogosti telesni aktivnosti, kar lahko nakazuje na manjšo skrb za fizično zdravje v tej starostni skupini.

Tabela 30: Korelacija med starostjo anketirancev in pogostostjo rekreacije

		Starost
Pogostost telesne aktivnosti	Spearmanova korelacija	-0,218
	p	0,024
	n	105

Legenda: n = število odgovorov, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Hipotezo 5 potrjujemo, saj rezultati kažejo na statistično značilno negativno povezanost med višjo starostjo in nižjo pogostostjo telesne aktivnosti.

H6: Obstaja statistično pomembna povezava med demografskimi dejavniki in oceno izgojenosti medicinskih sester.

- Višja starost je povezana z višjo oceno izgorelosti.
- Nižja izobrazba je povezana z višjo oceno izgorelosti.
- Manj ugodna razporeditev delovnega časa je povezana z višjo oceno izgorelosti.

Za namen analize izgorelosti je bil izračunan kompozitni faktor (tabela 31), ki združuje šest trditev iz vprašalnika, vezanih na različne vidike čustvene in fizične izčrpanosti ter osebne izpolnjenosti (tabela 14). Vsaka trditev je bila ocenjena na Likertovi lestvici od 1 do 5 (1 – nikoli, 5 – zelo pogosto). Kompozitni kazalnik je bil izračunan kot aritmetično povprečje ocen vseh trditev, kar omogoča enotno kvantitativno oceno izgorelosti anketirancev. Trditve vključujejo občutek izčrpanosti po delu, čustveno izpraznjenost, jutranjo utrujenost, občutek nesmiselnosti dela, zmanjšano učinkovitost in preobremenjenost pri delu z ljudmi. Kompozitni faktor smo poimenovali Izgorelost, saj zajema ključne simptome delovne preobremenjenosti. V nadaljnji analizi se ta kazalnik uporablja kot odvisna spremenljivka za preverjanje povezanosti z izbranimi demografskimi dejavniki (starost, izobrazba, delovni čas).

Tabela 31: Rezultat izračuna kompozitnega faktorja

Kompozitni faktor	n	PV	SO	Min	Max
Izgorelost	105	2,35	0,89	1,0	5,0

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (Likertova lestvica, 1 – nikoli, 5 – zelo pogosto), SO = standardni odklon, Min = najnižji podan odgovor, Max = najvišji podan odgovor

Tabela 32 prikazuje rezultat Spearmanove korelacijske analize med starostjo in zaznano izgorelostjo anketirancev. Ugotovljena je pozitivna korelacija, ki je statistično značilna ($r = 0,186$, $p = 0,032$), kar pomeni, da je višja starost povezana z višjo zaznavo izgorelosti med anketiranci.

Tabela 32: Korelacija med izgorelostjo in starostjo anketirancev

		Starost
Izgorelost	Spearmanova korelacija	0,186
	p	0,032
	n	105

Legenda: n = število odgovorov, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Tabela 33 prikazuje primerjavo stopnje izgorelosti med skupinama anketirancev z različno stopnjo izobrazbe. Rezultati Mann-Whitneyjevega U-testa ($U = 842,0$; $p = 0,039$) kažejo na statistično značilno razliko med skupinama ($p < 0,05$). Anketiranci z nižjo izobrazbo izkazujejo višjo stopnjo izgorelosti v primerjavi z anketiranci z višjo izobrazbo.

Tabela 33: Razlike v izgorelosti glede na izobrazbo anketirancev

Izobrazba	n	PV izgorelosti	SO	U (Mann-Whitney)	p-vrednost
Srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik	20	2,65	0,91	842,0	0,039
Višja izobrazba (ostale)	85	2,28	0,87		

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost izgorelosti, (Likertova lestvica, 1 – nikoli, 5 – zelo pogosto), SO = standardni odklon, U = statistika Mann-Whitneyjevega testa, p = statistična značilnost ($< 0,05$)

Tabela 34 prikazuje primerjavo povprečne izgorelosti glede na razporeditev delovnega časa. Rezultati Kruskal-Wallisovega testa ($H = 7,12$; $p = 0,029$) kažejo na statistično pomembne razlike med skupinami. Najnižjo izgorelost izražajo anketiranci z enoizmenskim urnikom, sledi večizmenski sistem, najvišja izgorelost pa je zabeležena pri delu z dežurstvi.

Tabela 34: Razlike v izgorelosti glede na razporeditev delovnega časa anketirancev

Delovni čas	n	PV izgorelosti	SO	H (Kruskal-Wallis)	p-vrednost
Enoizmensko	23	2,10	0,76	7,12	0,029
Večizmensko	68	2,38	0,89		
Dežurstvo	14	2,67	0,92		

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost izgorelosti, (Likertova lestvica, 1 – nikoli, 5 – zelo pogosto), SO = standardni odklon, H = statistika Kruskal-Wallisovega testa, p = statistična značilnost ($< 0,05$)

Na podlagi rezultatov lahko hipotezo 6 potrdimo. Rezultati kažejo na statistično pomembno povezavo med demografskimi dejavniki (starost, izobrazba in razporeditev delovnega časa) ter stopnjo izražene izgorelosti. Višja starost, nižja izobrazba ter manj ugodna razporeditev delovnega časa so povezane z višjo stopnjo zaznane izgorelosti med anketiranci.

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli preučiti povezanost med demografskimi dejavniki zaposlenih v zdravstveni negi in različnimi vidiki njihovega zdravja, počutja in delovnega okolja. Posebno pozornost smo namenili dolžini bolniškega staleža, redni telesni dejavnosti, zaznavi promocije zdravja, zadovoljstvu z delom ter stopnji izgorelosti. Ugotovitve smo primerjali glede na starost, izobrazbo in razporeditev delovnega časa. Na podlagi zbranih podatkov in statistične analize smo potrdili več hipotez, kar nakazuje, da demografski dejavniki pomembno vplivajo na zdravstveno stanje in doživljanje delovnega okolja zaposlenih v zdravstveni negi v primarnem zdravstvu.

Z raziskavo smo ugotavljali, če obstaja statistično pomembna povezava med percepcijo spodbujanja zdravega načina življenja in demografskimi podatki. Rezultati analize so pokazali, da mlajši anketiranci zaznavajo višjo stopnjo spodbujanja zdravega načina življenja s strani zdravstvene ustanove v primerjavi s starejšimi. Prav tako so anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe izražali višjo zaznano podporo k zdravemu življenjskemu slogu kot tisti z nižjo izobrazbo. Pomembna razlika je bila opažena tudi glede na razporeditev delovnega časa – anketiranci, ki delajo v enoizmenskem urniku, so ocenjevali večjo podporo ustanove pri spodbujanju zdravega načina življenja kot tisti, ki delajo v izmenskem režimu ali dežurajo. Ugotovitve kažejo, da demografski dejavniki, zlasti starost, izobrazba in razporeditev delovnega časa, pomembno vplivajo na to, kako zaposleni zaznavajo prizadevanja organizacije za promocijo zdravja na delovnem mestu. Te razlike kažejo na potrebo po bolj ciljno usmerjenih pristopih v komuniciranju in izvajanju ukrepov promocije zdravja, da bi dosegli enak učinek pri vseh skupinah zaposlenih. Podobno so ugotovili Moghimi, et al. (2024), ki so v raziskavi med medicinskimi sestrami v Iranu ugotovili, da mlajši zaposleni pogosteje zaznavajo višjo institucionalno podporo zdravemu načinu življenja, kar so povezali s sodobnejšimi vrednotami in večjo odprtostjo za spremembe pri mlajših generacijah. Prav tako so Vuković, et al. (2021) v raziskavi v jugovzhodni Evropi pokazali, da višja izobrazba korelira s pozitivnejšo percepcijo ukrepov promocije zdravja, kar avtorji pripisujejo večji dostopnosti informacij in boljši zdravstveni pismenosti v tej skupini. Raziskava, ki sta jo izvedla Lee in Jang (2020), je potrdila, da delovni čas pomembno vpliva na zaznavanje

podpore za zdrav življenjski slog – zaposleni z bolj stabilnimi in predvidljivimi urniki so zaznavali večjo podporo ustanove za zdravje, vključno z lažjim dostopom do rekreativnih dejavnosti in zdravih obrokov. Podobno so ugotovili tudi Ojong, et al. (2020), ki so v svoji raziskavi poudarili, da imajo medicinske sestre z več znanja o promociji zdravja bolj pozitivno percepcijo in večjo verjetnost za izvajanje aktivnosti promocije zdravja. Njihova raziskava je pokazala, da demografski dejavniki, kot so starost in izobrazba, pomembno vplivajo na zaznavanje in izvajanje promocije zdravja med medicinskimi sestrami. Prav tako so Melariri, et al. (2022) ugotovili, da obstaja povezava med demografskimi dejavniki in zaznavanjem promocije zdravja na delovnem mestu. Njihova raziskava je pokazala, da medicinske sestre z višjo izobrazbo in več delovnimi izkušnjami bolj pozitivno zaznavajo prizadevanja organizacije za promocijo zdravja.

Z raziskavo smo ugotavljali, če obstaja statistično pomembna povezava med dolžino bolniškega staleža in demografskimi podatki. Rezultati niso pokazali statistično pomembne povezave med dolžino bolniškega staleža v zadnjih 12 mesecih in demografskimi dejavniki, kot so starost, izobrazba ali razporeditev delovnega časa. Čeprav so bile zaznane razlike v trajanju bolniške odsotnosti med skupinami, so bile te razlike premajhne, da bi bile statistično značilne. To pomeni, da demografski dejavniki v tej raziskavi niso zanesljiv napovednik bolniške odsotnosti med anketiranci. Podobne ugotovitve navajajo tudi Brady, et al. (2023), ki so v okviru sistematičnega pregleda literature analizirali individualne dejavnike, povezane z bolniško odsotnostjo v zdravstvenem sektorju. Ugotovili so, da dejavniki, kot so starost, spol, zdravstveno stanje, zakonski status, osebnostne značilnosti, delovna doba in zadovoljstvo z delom, izkazujejo le zmerno močno povezanost z odsotnostjo, vendar se noben od njih ni izkazal kot dosledno zanesljiv napovednik dolžine bolniške odsotnosti. Dodatno so Van Tilburg, et al. (2020) v svoji empirični raziskavi ugotovili, da psihosocialni dejavniki, kot sta depresija in somatizacija, statistično pomembno bolje napovedujejo zmanjšano delovno funkcionalnost in odsotnost z dela kot demografski dejavniki, ki so se izkazali kot šibkejši napovedni pokazatelji. Te ugotovitve potrjujejo pomembnost celostnega pristopa k razumevanju bolniške odsotnosti, ki vključuje tako psihološke in zdravstvene kot tudi organizacijske dejavnike. Demografski kazalniki sami po sebi niso zadostni za zanesljivo razlago kompleksnosti dejavnikov, ki vplivajo na pogostost in dolžino odsotnosti z dela.

Z raziskavo smo ugotavljali, če obstaja statistično pomembna povezava med redno telesno dejavnostjo in demografskimi podatki. Ugotovljeno je bilo, da mlajši anketiranci pogosteje izvajajo telesno aktivnost v primerjavi s starejšimi. Prav tako so tisti, ki delajo v enoizmenskem režimu ali na bolj aktivnih delovnih mestih, pogosteje telesno aktivni. To nakazuje, da razpoložljiv prosti čas in delovne obremenitve pomembno vplivajo na zmožnost vključevanja v redno rekreacijo. Izsledki podpirajo pomen zagotavljanja ustreznega delovnega ritma in prostega časa za spodbujanje aktivnega življenjskega sloga med zaposlenimi v zdravstvu. Njihova raziskava poudarja pomen celostnega pristopa pri obravnavi telesne dejavnosti, ki vključuje tako psihološke kot tudi organizacijske dejavnike. Dodatno so Brady, et al. (2023) v svojem sistematičnem pregledu literature analizirali individualne dejavnike, povezane z bolniško odsotnostjo v zdravstvenem sektorju, in ugotovili, da demografski dejavniki, kot so starost, spol in delovna doba, izkazujejo le zmerno močno povezanost z odsotnostjo, vendar se noben od njih ni izkazal kot dosledno zanesljiv napovednik dolžine bolniške odsotnosti. To potrjuje potrebo po upoštevanju širšega spektra dejavnikov pri spodbujanju telesne aktivnosti med zaposlenimi v zdravstvu. Te ugotovitve poudarjajo pomen zagotavljanja ustreznega delovnega ritma in prostega časa za spodbujanje aktivnega življenjskega sloga med zaposlenimi v zdravstvu ter potrebo po prilagajanju delovnih pogojev različnim skupinam zaposlenih za krepitev njihovega zadovoljstva in motivacije.

Z raziskavo smo ugotavljali, če obstaja statistično pomembna povezava med demografskimi podatki in zadovoljstvom z delom. Rezultati so pokazali, da z naraščajočo starostjo zadovoljstvo z delom upada, kar nakazuje, da s starost narašča občutek obremenjenosti ali zmanjšane zadovoljstva. Prav tako so anketiranci z višjo izobrazbo izrazili večje zadovoljstvo z delom kot tisti z nižjo stopnjo izobrazbe. Pomembne razlike so bile ugotovljene tudi glede razporeditve delovnega časa – zaposleni z enoizmenskim delovnim časom so izrazili večje zadovoljstvo kot tisti, ki delajo v dežurstvih. Povezave med demografskimi spremenljivkami in zadovoljstvom z delom poudarjajo potrebo po prilagajanju delovnih pogojev različnim skupinam zaposlenih za krepitev njihovega zadovoljstva in motivacije. Podobne ugotovitve so bile predstavljene tudi v drugih raziskavah (Franjic & Franjic, 2020; Kołtuniuk, et al., 2021; Manzano García, et al., 2023; Medeni, et al., 2025), ki potrjujejo pomembnost demografskih dejavnikov pri oblikovanju

delovnega zadovoljstva. Več raziskav (Franjic & Franjic, 2020; Manzano García, et al., 2023; Medeni, et al., 2025) je pokazalo, da starost zaposlenih vpliva na njihovo doživljanje delovnih obremenitev in zaznavo možnosti za razvoj kariere, kar posledično vpliva na stopnjo zadovoljstva z delom. Višja izobrazba pa je bila pogosto povezana z večjo avtonomijo, boljšimi možnostmi napredovanja in večjo zaznano vrednostjo lastnega dela, kar prispeva k večjemu zadovoljstvu (Koštuniuk, et al., 2021). Prav tako številne raziskave (Koštuniuk, et al., 2021; Manzano García, et al., 2023; Medeni, et al., 2025) poudarjajo, da delovni čas in način njegove organizacije pomembno vplivata na kakovost življenja zaposlenih – zlasti nočno delo in izmenski urniki pogosto negativno vplivajo na zadovoljstvo in psihofizično počutje zaposlenih. Te ugotovitve podpirajo potrebo po organizacijskih prilagoditvah in ciljno usmerjenih ukrepih, ki bi različnim skupinam zaposlenih omogočili večjo usklajenost med delom in zasebnim življenjem ter s tem večje zadovoljstvo pri opravljanju svojega poklica.

Z raziskavo smo ugotavljali, če obstaja statistično pomembna povezava med starostjo in pogostostjo telesne aktivnosti. Rezultati so pokazali, da se z naraščanjem starosti pogostost telesne aktivnosti manjša. To lahko odraža tako fizične omejitve kot pomanjkanje časa ali energije pri starejših zaposlenih. Ugotovitev poudarja potrebo po razvijanju programov za spodbujanje prilagojene telesne aktivnosti tudi za starejše zaposlene. Nekateri raziskave (Matsugaki, et al., 2017; Brunet, et al., 2020; Grimaud, et al., 2025) so poudarile, da je motiviranost za vključevanje v telesno dejavnost tesno povezana z zaznano koristnostjo vadbe, pri čemer lahko pri starejših zaposlenih ta zaznana koristnost upada zaradi povečane utrujenosti, kroničnih zdravstvenih težav, zmanjšane gibalne zmožnosti in občutka preobremenjenosti na delovnem mestu. Poleg tega je bilo v več raziskavah (Melariri, et al., 2022; Moghimi, et al., 2024; Grimaud, et al., 2025) ugotovljeno, da starejši zaposleni pogosteje poročajo o pomanjkanju časa in energije kot ovirah za redno telesno dejavnost, zlasti v poklicih z visokimi fizičnimi ali emocionalnimi obremenitvami, kot je zdravstvena nega. Ugotovitve teh raziskav (Melariri, et al., 2022; Moghimi, et al., 2024; Grimaud, et al., 2025) poudarjajo nujnost oblikovanja sistematičnih in dolgoročnih programov za spodbujanje telesne dejavnosti, ki so prilagojeni specifičnim potrebam starejših zaposlenih. Ti programi naj vključujejo varne in zmerno intenzivne vadbene oblike, upoštevajo omejitve posameznikov in hkrati

omogočajo občutek kompetentnosti, napredovanja in pripadnosti. Poleg vsebinske prilagoditve vadbenih vsebin pa morajo organizacije zagotoviti tudi podporno delovno okolje, ki ne le dopušča, temveč aktivno spodbuja udeležbo zaposlenih v programih za krepitev zdravja (Ojong, et al., 2020). Spodbujanje telesne dejavnosti med starejšimi zaposlenimi ni pomembno zgolj z vidika preprečevanja mišično-skeletnih obolenj in kardiovaskularnih bolezni, temveč ima pomembno vlogo tudi pri ohranjanju psihološkega blagostanja, zmanjševanju stresa in izgorelosti ter izboljšanju kakovosti spanja in medosebnih odnosov (Grimaud, et al., 2025). Poleg tega lahko redna vadba pomembno prispeva k ohranjanju delovne storilnosti, zmanjševanju bolniške odsotnosti ter večji poklicni angažiranosti in zadovoljstvu. Zaradi tega je v kontekstu starajoče se delovne sile ključno, da se programi promocije zdravja v delovnih okoljih oblikujejo celostno, trajnostno in inkluzivno (Brunet, et al., 2020).

Z raziskavo smo ugotavljali, če obstaja statistično pomembna povezava med demografskimi dejavniki in oceno izgorelosti. Rezultati so pokazali, da so višja starost, nižja izobrazba in manj ugodna razporeditev delovnega časa povezani z višjo stopnjo izgorelosti. Najvišjo izgorelost so zaznali tisti, ki delajo v dežurstvih, kar kaže na vpliv nerednega urnika in nočnega dela. Višja stopnja izčrpanosti pri starejših in nižje izobraženih anketirancih lahko kaže na pomanjkanje podpore ali manevrskega prostora za obvladovanje delovnih izzivov. Rezultati podpirajo pomembnost sistemske podpore in preventivnih programov za zmanjšanje izgorelosti, še posebej med bolj ranljivimi skupinami zaposlenih. Nekatere raziskave (Laurs, et al., 2020; Bermejo-Martins, et al., 2021; Medeni, et al., 2025) so poudarile, da je stopnja izgorelosti pogosto višja pri zaposlenih z nižjo izobrazbo in v manj strukturiranih delovnih pogojih, kar se pripisuje zmanjšanim možnostim za avtonomno odločanje, slabši dostopnosti do izobraževanj ter omejenim virom pomoči za obvladovanje stresa. Poleg tega je bilo v več raziskavah (Laurs, et al., 2020; Bermejo-Martins, et al., 2021; Medeni, et al., 2025) ugotovljeno, da zaposleni, ki delajo v izmenskem režimu in zlasti v nočnih dežurstvih, doživljajo večjo psihofizično izčrpanost, kar povečuje tveganje za razvoj izgorelosti. Prav tako se višja stopnja izgorelosti pri starejših zaposlenih pogosto povezuje z dolgotrajno izpostavljenostjo delovnim obremenitvam, manjšim prilagoditvenim zmožnostim ter pomanjkanjem organizacijske podpore. Ugotovitve raziskav (Melnik, et al., 2020;

Koštuniuk, et al., 2021; Bermejo-Martins, et al., 2021; Medeni, et al., 2025) poudarjajo potrebo po oblikovanju sistemskih ukrepov, ki vključujejo ciljno usmerjene strategije za preprečevanje izgorelosti, kot so optimizacija delovnih urnikov, zagotovitev podpore pri obvladovanju stresa ter dostop do programov za duševno zdravje. Posebno pomembna je vzpostavitev podpornega delovnega okolja, ki omogoča zgodnje prepoznavanje znakov izgorelosti in spodbuja odprto komunikacijo med zaposlenimi in vodstvom. Ob tem pa raziskave opozarjajo tudi na pomen izobraževanj in supervizij kot orodij za krepitev poklicne kompetentnosti in zmanjševanje psihološkega bremena zaposlenih v zdravstveni negi (Medeni, et al., 2025). Učinkovita preventiva izgorelosti tako ne prispeva le k ohranjanju zdravja posameznikov, temveč tudi k zmanjševanju fluktuacije kadra, večji delovni učinkovitosti in kakovosti oskrbe pacientov (Melnyk, et al., 2020).

Omejitve raziskave

Na rezultate raziskave je treba gledati tudi z ozirom na metodološke omejitve. Vzorec je bil geografsko in številčno omejen, kar lahko vpliva na eksterno veljavnost oziroma posplošljivost ugotovitev. Uporaba samoocenjevalnih vprašalnikov prinaša tveganje subjektivne pristranskosti in socialno zaželenih odgovorov. Kljub dvakratnemu razpošiljanju vprašalnika je bila udeležba anketirancev razmeroma nizka, kar dodatno omejuje reprezentativnost podatkov. Poleg tega zaradi presečnega značaja raziskave ni mogoče sklepati o vzročnih odnosih med spremenljivkami; analiza omogoča le identifikacijo statistično pomembnih povezanosti.

Za merjenje poklicne izgorelosti je bil uporabljen vprašalnik, ki vsebuje šest postavk. Čeprav je koncept izgorelosti pri različnih poklicnih skupinah že temeljito raziskan in so na voljo validirani vprašalniki Maslachov vprašalnik (2018), ki je preveden in preverjen tudi v slovenskem jeziku, bi uporaba takšnega instrumenta presegla okvir in namen te magistrske naloge, ki se osredotoča na širši raziskovalni cilj. Zato je smiselno izpostaviti to dejstvo kot eno izmed omejitev raziskave.

Kljub tem omejitvam rezultati raziskave ponujajo pomembne iztočnice za oblikovanje kadrovskih in organizacijskih strategij v zdravstveni negi. Poudariti je treba pomen

ciljnega pristopa k upravljanju delovnih pogojev, zlasti za starejše zaposlene in tiste z nižjo izobrazbo, ki so bolj dovzetni za izgorelost. Priporočljivo je sistematično vključevanje ukrepov za spodbujanje zdravja na delovnem mestu, vključno s telesno aktivnostjo, uravnoteženim delovnim časom in institucionalno podporo duševnemu zdravju zaposlenih. Nadaljnje raziskave na večjih in bolj raznolikih vzorcih bi omogočile poglobljeno razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na zdravje in delovno učinkovitost zdravstvenih delavcev ter prispevale k razvoju učinkovitih preventivnih strategij.

4 ZAKLJUČEK

Rezultati raziskave potrjujejo pomembnost vpliva demografskih dejavnikov na zdravje, zadovoljstvo pri delu in doživljanje izgorelosti med medicinskimi sestrami in zdravstveniki v primarnem zdravstvenem varstvu. Ugotovljene povezave med starostjo, izobrazbo in razporeditvijo delovnega časa z dolžino bolniškega staleža, pogostostjo telesne dejavnosti, stopnjo zaznane izgorelosti ter zadovoljstvom z delom opozarjajo na pomen individualnih in organizacijskih dejavnikov pri oblikovanju zdravju ugodnega delovnega okolja. Starejši anketiranci, tisti z nižjo izobrazbo ter zaposleni v manj ugodnih delovnih pogojih, kot je večizmensko ali dežurno delo, so izrazili višjo raven izgorelosti ter nižje zadovoljstvo z delom. Po drugi strani so boljši pogoji dela in boljši življenjski slog, kot sta redna telesna dejavnost in pozitivna ocena promocije zdravja na delovnem mestu, povezani z nižjo izgorelostjo in večjim zadovoljstvom. Ti izsledki poudarjajo potrebo po bolj ciljno usmerjenih in strukturiranih ukrepih za krepitev zdravja zaposlenih, še posebej znotraj poklicev, kjer obstaja večje tveganje za izgorelost.

Kljub pomembnim ugotovitvam raziskava vključuje določene omejitve. Anketiranje je temeljilo na samooceni udeležencev, kar lahko vpliva na zanesljivost in natančnost dobljenih podatkov. Poleg tega je bil vzorec razmeroma omejen na posamezno geografsko regijo in poklicno skupino, kar lahko omeji prenosljivost rezultatov na širšo populacijo zdravstvenih delavcev. Pomanjkanje kvalitativnih podatkov pa onemogoča poglobljeno razumevanje ozadja posameznih ugotovitev.

Za izboljšanje delovnih pogojev in počutja medicinskih sester v praksi je priporočljivo uvesti sistemske ukrepe, ki vključujejo izboljšanje razporeditve delovnega časa, podporo redni telesni dejavnosti ter krepitev promocije zdravja na delovnem mestu. Poleg tega bi bilo smiselno vzpostaviti dodatna izobraževanja in podporne programe za obvladovanje stresa in preprečevanje izgorelosti, predvsem pri bolj ogroženih skupinah zaposlenih. Nadaljnje raziskave bi lahko vključevale širši vzorec ter kombinacijo kvantitativnih in kvalitativnih pristopov, kar bi omogočilo globlji vpogled v dejavnike, ki vplivajo na poklicno zdravje in zadovoljstvo zaposlenih v zdravstvu.

5 LITERATURA

Akter, N., Akter, M.K. & Turale, S., 2019. Barriers to quality of work life among Bangladeshi nurses: A qualitative study. *International Nursing Review*, 66(3), pp. 396-403. 10.1111/inr.12540.

Almaghrabi, A. & Alsharif, F., 2021. Prevalence of Low Back Pain and Associated Risk Factors among Nurses at King Abdulaziz University Hospital. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), pp. 15-27. 10.3390/ijerph18041567.

Bae, S.H., Pen, M. & Sinn, C., 2022. Work hours and overtime of nurses working in Cambodian hospitals. *International Nursing Review*, 69(2), pp. 150-158. 10.1111/inr.12720.

Bermejo-Martins, E., Luis, E.O., Fernández-Berrocal, P., Martínez, M. & Sarrionandia, A., 2021. The role of emotional intelligence and self-care in the stress perception during COVID-19 outbreak: An intercultural moderated mediation analysis. *Personality and Individual Differences*, 177(11), pp. 110-116. 10.1016/j.paid.2021.110679.

Brady, H.D., McGrath, D. & Dunne, C.P., 2023. Sick leave determinants in the healthcare sector (Part III): A review of individual-level factors. *Brief Reviews*, 2(3), pp. 21-28. 10.56305/001c.77844.

Brunet, J., Tulloch, H.E., Wolfe Phillips, E., Reid, R.D., Pipe, A.L. & Reed, J.L., 2020. Motivation predicts change in nurses' physical activity levels during a web-based worksite intervention: Results from a randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), pp. 22-29. 10.2196/11543.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje : primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Chang, H.E. & Cho, S.H., 2016. Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses. *Asian nursing research*, 10(4), pp. 271-276. 10.1016/j.anr.2016.09.001.

Chang, W.P. & Peng, Y.X., 2021. Differences between fixed day shift workers and rotating shift workers in gastrointestinal problems: a systematic review and meta-analysis. *Industrial health*, 59(2), pp. 66-77. 10.2486/indhealth.2020-0153.

Chipu, M. & Downing, C., 2020. Professional nurses' facilitation of self-care in intensive care units: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), pp. 446-452. 10.1016/j.ijnss.2020.08.002.

Cho, H. & Steege, L.M., 2021. Nurse Fatigue and Nurse, Patient Safety, and Organizational Outcomes: A Systematic Review. *Western journal of nursing research*, 43(12), pp. 1157-1168. 10.1177/0193945921990892.

Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B. & Turner, J., 2015. Finding a way forward: a literature review on the current debates around clinical supervision. *Contemporary nurse*, 45(1), pp. 22-32. 10.5172/conu.2013.45.1.22.

Dyo, M., Kalowes, P. & Devries, J., 2016. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive & Critical Care Nursing*, 36, pp. 42-48. 10.1016/j.iccn.2016.04.003.

Ferri, P., Guadi, M., Marcheselli, L., Balduzzi, S., Magnani, D. & Di Lorenzo, R., 2016. The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk management and healthcare policy*, 9(2), pp. 203-211. 10.2147/RMHP.S115326.

Franjic, D. & Franjic, I., 2022. Life satisfaction and quality of life among nurses of COVID-19 Hospital of the University Clinical Hospital Mostar. *Sestrinski Glasnik/Nursing Journal*, 27(1), pp. 30-38. 10.11608/sgnj.27.1.4.

Grimaud, Q., Malloggi, L. & Moret, L., 2025. Factors for adherence to a physical activity promotion program in the workplace: A systematic review. *BMC Public Health*, 25(11), pp. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22775-4>.

Gubenšek, T., 2018. *Vpliv skrbi za zdravje na delovnem mestu na zadovoljstvo zaposlenih: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.

Hossain, F. & Clatty, A., 2021. Self-care strategies in response to nurses' moral injury during COVID-19 pandemic. *Nursing Ethics*, 28(1), pp. 23-32. 10.1177/0969733020961825.

IBM Corp., 2013. *IBM SPSS Statistics 22.0: Core System User's Guide*. Armonk, NY: IBM Corporation.

Ilievski, A., 2023. *Aktivnosti in načrt promocije zdravja na delovnem mestu – študija primera ene zdravstvene ustanove: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Jaracz, M., Rosiak, I., Bertrand-Bucińska, A., Jaskulski, M., Nieżurawska, J. & Borkowska, A., 2017. Affective temperament, job stress and professional burnout in nurses and civil servants. *PLoS ONE*, 12(6), e0176698. 10.1371/journal.pone.0176698.

Kim, H.K., Ahn, J., Atkinson, L. & Kahlor, L.A., 2020. Effects of COVID-19 Misinformation on Information Seeking, Avoidance, and Processing: A Multicountry Comparative Study. *Science Communication*, 42(5), pp. 586-615. 10.1177/1075547020959670.

Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije, 2024. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kołtuniuk, A., Chudiak, A., Dul, M., Rosińczuk, J. & Jankowska-Polańska, B., 2021. Satisfaction with life, satisfaction with job, and the level of care rationing among Polish nurses: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 12(8), pp. 1-9. 10.3389/fpsyg.2021.734789.

Lake, E.T., Narva, A.M., Holland, S., Smith, J.G., Cramer, E., Rosenbaum, K.E.F., French, R., Clark, R.R.S. & Rogowski, J.A., 2021. Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *Journal of advanced nursing*, 78(3), pp. 799-809. 10.1111/jan.15013.

Laurs, L., Blaževičienė, A., Capezuti, E. & Milonas, D., 2020. Moral distress and intention to leave the profession: Lithuanian nurses in municipal hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(2), pp. 201-209. 10.1111/jnu.12536.

Lee, E. & Jang, I., 2020. Nurses' Fatigue, Job Stress, Organizational Culture, and Turnover Intention: A Culture-Work-Health Model. *Western journal of nursing research*, 42(2), pp. 108-116. 10.1177/0193945919839189.

Linton, M. & Koonmen, J., 2020. Self-care as an ethical obligation for nurses. *Nursing Ethics*, 27(8), pp.1694-1702. 10.1177/0969733020940371.

Lowensteyn, I., Berberian, V., Berger, C., Da Costa, D., Joseph, L. & Grover, S.A., 2019. The Sustainability of a Workplace Wellness Program That Incorporates Gamification Principles: Participant Engagement and Health Benefits After 2 Years. *American journal of health promotion: AJHP*, 33(6), pp. 850-858. 10.1177/0890117118823165.

Manzano García, G., Montañés Muro, M.P. & López Megías, J., 2023. Does the economic crisis contribute to the burnout and engagement of Spanish nurses? *Current Psychology*, 42(2), pp. 1609-1616. 10.1007/s12144-021-01527-8.

Matsugaki, R., Kuhara, S., Saeki, S., Jiang, Y., Michishita, R., Ohta, M. & Murakami, H., 2017. Effectiveness of workplace exercise supervised by a physical therapist among

nurses conducting shift work: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 59(4), pp. 327-335. 10.1539/joh.17-0023-OA.

McNamara, C.J., 2019. *Fostering Self-Care and Nurse Resilience*. Doctor of Nursing Practice (DNP): Walden University.

Medeni, V., Medeni, İ., Altunay, G., Uğraş Dikmen, A. & İlhan, M.N., 2025. Job satisfaction, life satisfaction, and associated factors among hospital nurses: A cross-sectional study in Türkiye. *Scientific Reports*, 15(1), pp. 1-11. 10.1038/s41598-025-12891-9.

Melariri, H., Osoba, T.A., Williams, M.M. & Melariri, P., 2022. An assessment of nurses' participation in Health Promotion: a knowledge, perception, and practice perspective. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 63(1), pp. 27-34. 10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.1.2209.

Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L.T. & Tan, A., 2018. The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews on evidence-based nursing*, 15(1), pp. 16-25. 10.1111/wvn.12269.

Melnyk, B.M., Kelly, S.A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S., Hoying, J., McRae, K., Ault, S., Spurlock, E. & Bird, S.B., 2020. Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review. *American journal of health promotion: AJHP*, 34(8), pp. 929-941. 10.1177/0890117120920451.

Miller, K., 2017. Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of nursing management*, 17(2), pp. 247-255. 10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x.

Moghim, A., Saberi Isfeedvajani, M., Javanbakht, M. & Khedmat, L., 2024. Health-promoting lifestyle behaviors and its association with sociodemographic characteristics

in hospital clinical staff. *Frontiers in Public Health* 12(1), pp. 1-9. 10.3389/fpubh.2024.1391094.

Monsalve Reyes, C.S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J.L., Albendín-García, L., Aguayo, R. & Cañadas-De la Fuente, G.A., 2018 Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC family practice*, 19(1), p. 59. 10.1186/s12875-018-0748-z.

Muhlare, M.L. & Downing, C., 2023. Self-care behaviours and practices of professional nurses working in primary health care clinics. *African journal of primary health care & family medicine*, 15(1), pp. 41-88. 10.4102/phcfm.v15i1.4188.

Nkabinde-Thamae, G., Downing, C. & Nene, S., 2022. Self-care neglect through the voices of nurses working in primary healthcare clinics in Gauteng, South Africa. *Nursing Forum*, 57(6), pp. 1330-1338. 10.1111/nuf.12812.

O'Brien-Pallas, L., Murphy, G.T., Shamian, J., Li, X. & Hayes, L.J., 2016. Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of nursing management*, 18(8), pp. 1073-1086. 10.1111/j.1365-2834.2010.01167.x.

Ojong, I.N., Nsemo, A.D. & Aji, P., 2020. Routine Medical Checkup Knowledge, Attitude and Practice among Health Care in a Tertiary Health Facility in Calabar, Cross River State, Nigeria. *Global Journal of Health Science*, 20(2), pp. 27-37. 10.5539/gjhs.v12n8p27.

Pérez Francisco, D.H., Duarte-Clíments, G., del Rosario-Melián, J.M., Gómez-Salgado, J., Romero-Martín, M. & Sánchez-Gómez, M.B., 2020. Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. *Healthcare*, 8(1), p. 12. 10.3390/healthcare8010012.

Phiri, L.P., Draper, C.E., Lambert, E.V. & Kolbe-Alexander, T.L., 2016. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. *BMC nursing*, 13(1), p. 38. 10.1186/s12912-014-0038-6.

Riegel, B., Dunbar, S.B. & Fitzsimons, D., 2021. Self-care research: Where are we now? Where are we going? *International Journal of Nursing Studies*, 12(8), pp. 103-109. 10.1016/j.ijnurstu.2019.103402.

Ruiz-Fernández, M.D., Pérez-García, E. & Ortega-Galán, Á.M., 2020. Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), p. 1253. 10.3390/ijerph17041253.

Saberi, S., Stauffer, J.E., Jiang, J., Garcia, S.D., Taylor, A.E., Schulte, D., Ohkubo, T., Schloffman, C.L., Maldonado, M., Baughn, M., Rodriguez, M.J., Pizzo, D., Cleveland, D. & Ravits, J., 2018. Sense-encoded poly-GR dipeptide repeat proteins correlate to neurodegeneration and uniquely co-localize with TDP-43 in dendrites of repeat-expanded C9orf72 amyotrophic lateral sclerosis. *Acta neuropathologica*, 135(3), pp. 459-474. 10.1007/s00401-017-1793-8.

Sturm, B.A. & Dellert, J.C., 2016. Exploring nurses' personal dignity, global self-esteem and work satisfaction. *Nursing ethics*, 23(4), pp. 384-400. 10.1177/0969733014567024.

Thieman, L.A., 2018. SelfCare for HealthCare: The Best Way to Care for Patients Is to Care for Ourselves. *Nurse Leader*, 16(6), pp. 393-397. 10.1016/j.mnl.2018.07.014.

Tucker, A.T., Nowicki, E.M., Boll, J.M., Knauf, G.A., Burdis, N.C., Trent, M.S. & Davies, B.W., 2015. Defining gene-phenotype relationships in *Acinetobacter baumannii* through one-step chromosomal gene inactivation. *mBio*, 5(4), e01313–e1314. 10.1128/mBio.01313-14.

Van Tilburg, M.L., van Westrienen, P.E. & Pisters, M.F., 2020. Demographic and health-related factors associated with reduced work functioning in people with moderate medically unexplained physical symptoms: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1), pp. 1-11. 10.1186/s12889-020-09423-y.

Vuković, M., Gvozdenović, B.S., Stamatović-Gajić, B., Ilić, M. & Gajić, T., 2021. Development and evaluation of the nurse quality of communication with patient questionnaire. *Serbian Archives of Medicine*, 138(12), pp. 79-84. 10.2298/SARH1002079V.

Wan, Q., Li, Z., Zhou, W. & Shang, S., 2018. Effects of work environment and job characteristics on the turnover intention of experienced nurses: The mediating role of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 74(11), pp. 12-18. 10.1111/jan.13528.

Younas, A., 2017. Self-care behaviors and practices of nursing students: Review of literature. *Journal of Health Sciences*, 7(3), pp. 137-145. 10.17532/jhsci.2017.420.

6. PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

Spoštovani/a,

moje ime je Špela Piber in sem študentka magistrskega študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, smer promocija zdravja. Moje magistrsko delo obravnava temo »Skrb za zdravje medicinskih sester v primarnem sistemu zdravstvenega varstva«, pod mentorstvom doc. dr. Sanele Pivač.

Zahvaljujem se vam za sodelovanje pri izpolnjevanju tega vprašalnika. Vaši odgovori bodo neprecenljiv prispevek k raziskavi.

SPLOŠNI DEL:

1. Spol:

- Moški
- Ženska

2. Starost: _____ let

3. Nivo dosežene izobrazbe:

- Srednja zdravstvena šola (V. stopnja)
- Visoko strokovni ali višješolski program zdravstvene nege (VI. stopnja)
- Magisterij ali doktorat zdravstvenih ved (VII. stopnja)

4. Opravljanje dela:

- Pretežno sedeče
- Pretežno stoječe
- Delo, ki vključuje pretežno hojo
- Drugo: _____

5. Razporeditev oz. organizacija delovnega časa:

- Enoizmensko
- Večizmensko
- Dežurstvo

ZDRAVSTVENO STANJE - analiza zdravja:

6. Ali ste v zadnjih 12 mesecih imeli katero od naštetih zdravstvenih težav

- ☐ Nekatere infekcijske in parazitske bolezni
- ☐ Rakasta obolenja
- ☐ Bolezni krvi in krvotvornih organov
- ☐ Endokrine, prehranske in presnovne bolezni
- ☐ Bolezni živčevja
- ☐ Bolezni očesa in adneksov
- ☐ Bolezni ušesa in mastoida
- ☐ Bolezni obtočil
- ☐ Bolezni dihal
- ☐ Bolezni prebavil
- ☐ Bolezni kože in podkožja
- ☐ Bolezni mišičnokostnega sistema in vezivnega tkiva
- ☐ Bolezni sečil in splovil
- ☐ Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti
- ☐ Poškodbe in zastrupitve pri delu
- ☐ Poškodbe in zastrupitve izven dela

7. Ali ste zaradi teh zdravstvenih težav v zadnjih 12 mesecih bili v bolniškem staležu?

- Da
- Ne

6a. Če ste odgovorili z Da, koliko dni ste bili v bolniškem staležu?

- Manj kot 1 teden
- Od 1 tedna do 1 meseca

- Več kot 1 mesec

8. Kako skrbite za svoje zdravje?

- Skrb za zdravo prehrano
- Redna telovadba oz. rekreacija
- Skrb za duševno zdravje
- Dovolj počitka
- Drugo: _____

9. Kako pogosto telovadite oz. se rekreirate?

- Redno, vsaj 2-3 x tedensko
- Občasno 1-2 x mesečno
- Ne telovadim

10. Ali kadite?

- Da
- Ne

9a. Če da, koliko cigaret pokadite na dan? _____

11. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih uživali pijače, ki vsebujejo alkohol (vino, pivo, žgane pijače, penina, likerji, mošt)?

- Nikoli
- Enkrat na mesec ali manj
- 2- do 4-krat na mesec
- 2- do 3-krat na teden
- 4- ali večkrat na teden

12. Ali menite, da se prehranjujete zdravo?

- Da, vedno
- Večinoma
- Redko

- Ne

13. Kakšne so vaše prehranjevalne navade na delovnem mestu?

- Poslužujem se hrane, ki jo prinesem od doma
- Poslužujem se hrane, ki jo pripravijo v menzi v naši ustanovi
- Poslužujem se tovarniško pripravljene hrane in hitrih prigrizkov
- Na delovnem mestu se ne prehranjujem
- Drugo: _____

Stanje na delovnem mestu

(Ocenite vsako izjavo od 1 do 5, kjer 1 pomeni "Zelo nezadovoljen/a" in 5 pomeni "Zelo zadovoljen/a")

	zelo nenezadovoljen	nezadovoljen	ni zadovoljen, ni nezadovoljen	zadovoljen	zelo zadovoljen
Z delovnim okoljem (oprema, prostor)	☐	☐	☐	☐	☐
Z varnostjo moje zaposlitve	☐	☐	☐	☐	☐
Z delovnim časom	☐	☐	☐	☐	☐
Z načinom dela, hitrostjo in jasnostjo nalog	☐	☐	☐	☐	☐
Z zanimivostjo dela	☐	☐	☐	☐	☐
Z vodstvom zdravstvene ustanove	☐	☐	☐	☐	☐
Z možnostjo izobraževanja	☐	☐	☐	☐	☐
Z možnostjo napredovanja	☐	☐	☐	☐	☐
Z odnosom in komunikacijo s sodelavci	☐	☐	☐	☐	☐

Z odnosom in komunikacijo z nadrejenimi	☐	☐	☐	☐	☐
Z možnostjo uveljavljanja svojih idej in zamisli	☐	☐	☐	☐	☐
S sodelovanjem z ostalimi organizacijskimi enotami	☐	☐	☐	☐	☐
Z načinom reševanja konfliktov, problemov	☐	☐	☐	☐	☐
S sistemom nagrajevanja in vrednotenja mojega dela	☐	☐	☐	☐	☐
Z možnostjo osebne rasti in razvoja	☐	☐	☐	☐	☐
Z mojo vlogo v zdravstveni ustanovi	☐	☐	☐	☐	☐
S plačo	☐	☐	☐	☐	☐
Čutim močno pripadnost podjetju	☐	☐	☐	☐	☐

Izgorelost

V spodnji tabeli označite, kako pogosto ste doživeli določeno stanje v zadnjem mesecu. Označite križec pri vsakem dejavniku v ustreznem okencu, glede na to v kolikšni meri se strinjate z trditvijo.

	nikoli	redko	občasno	pogosto	Zelo pogosto
Počutim se čustveno izčrpan/a zaradi svojega dela	☐	☐	☐	☐	☐
Po delu se počutim, kot da sem popolnoma izčrpan/a	☐	☐	☐	☐	☐
Počutim se utrujen/a, ko se zjutraj zbudim in se moram soočiti z novim delovnim dnevom	☐	☐	☐	☐	☐

Občutek imam, da dosegam manj, kot bi moral/a pri svojem delu	☐	☐	☐	☐
Težko najdem smisel in zadovoljstvo v svojem delu	☐	☐	☐	☐
Imam občutek, da me delo z ljudmi preveč obremenjuje	☐	☐	☐	☐

Promocija zdravja na delovnem mestu

V spodnji tabeli označite v kolikšni meri na vašem delovnem mestu skrbijo za zdrav način življenja. Označite križec pri vsakem dejavniku v ustreznem okencu, glede na to v kolikšni meri se strinjate z trditvijo.

	sploh se ne strinja m	se ne strinjam	sem nevtralen	se strinjam	se zelo strinjam
Zaposlenim je omogočena zdrava hrana (ponudba zdravih obrokov)	☐	☐	☐	☐	☐
Prostor za malico je primerno urejen, omogoča pripravo svežih obrokov	☐	☐	☐	☐	☐
Zdravstvena ustanova skrbi za rekreacijo in telesno dejavnost zaposlenih (najem športnih površin, popust ali brezplačna karta za fitnes/vadbe,...)		☐	☐	☐	☐
Zdravstvena ustanova zagotavlja skupne družabne prostore	☐	☐	☐	☐	☐

Zdravstvena ustanova organizira izobraževanje o zdravju na delovnem mestu in zdravem načinu življenja (predavanja, e-pošta, letaki, prireditve,...)	☐	☐	☐	☐	☐
Zdravstvena ustanova spodbuja zdrav način življenja in zmanjšanje slabih navad (npr. kajenja)	☐	☐	☐	☐	☐
Med delom si lahko vzamem premor, ki ni malica – npr. za raztezanje	☐	☐	☐	☐	☐
Delovno okolje name vpliva pozitivno	☐	☐	☐	☐	☐