



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS ZAPOSLENIH V OPERACIJSKI
ZDRAVSTVENI NEGI DO USPOSABLJANJA
NOVO ZAPOSLENIH – PRESEČNA
RAZISKAVA V SLOVENSKIH BOLNIŠNICAH**

**THE ATTITUDES OF THE EMPLOYEES IN
PERIOPERATIVE NURSING CARE
TOWARDS TRAINING NEWLY EMPLOYED
STAFF – CROSS-SECTIONAL STUDY IN
SLOVENIAN HOSPITALS**

Magistrsko delo

Mentorica:
izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet.

Kandidatka:
Tina Oblak

Ljubljana, marec, 2019

ZAHVALA

Spoštovani mentorici magistrskega dela izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič, znanstveni svetnici se zahvaljujem za predlagana izhodišča, zaupanje pri sprejemanju odločitev in spodbujanje samostojnega raziskovanja. S svojimi bogatimi izkušnjami in širokim poznavanjem stroke je omogočila, da sem raziskavo uspešno pripeljala do željenih zaključkov. Zahvaljujem se ji tudi za vse vzpodbudne in prijetne besede, ki so mi odločilno pomagale pri delu.

Za recenzijo magistrskega dela in ob tem konstruktivne dopolnitve se zahvaljujem izr. prof. dr. Andreju Robidi in doc. dr. Saši Kadivec.

Gospe Špeli Oman se zahvaljujem za statistično obdelavo podatkov in ob tem za vse nasvete in za prijazno pomoč in potrpežljivost pri številnih spremembah. Za jezikovni pregled se zahvaljujem lektorici gospe Mileni Podgoršek.

Dragi mentorici Marjeti Weibl, viš. med. ses., prof. zdr. vzg., se zahvaljujem za izoblikovanje profesionalne identitete in za najino prijateljstvo.

Za razumevanje in kolegialnost se zahvaljujem najožjima sodelavkama prim. Diani Gvardijančič, dr. med. in Martini Brešan, dipl. m. s., kakor tudi vodji Operacijskega bloka Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana Katarini Pirnat, dipl. m. s., mag. zdr. neg. in mnogim sodelavcem, ki so v veliki meri pripomogli pri tehnični izvedbi raziskovalnega dela.

Hvala moji družini, ki mi je vselej v oporo in mi pomeni največ.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Strategije na področju usposabljanja novo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi so slabo razvite, vsi zaposleni v tej dejavnosti niso primerni mentorji, čeprav so odlično usposobljeni za delo v svojem poklicu.

Cilj: Ugotoviti stališča zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih in specifičnih zahtev, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v tej dejavnosti ter prikazati ovire, ki proces usposabljanja novo zaposlenih otežujejo.

Metoda: Kvantitativna neeksperimentalna eksploratorna raziskava je bila izvedena med februarjem in junijem 2018. V namenski vzorec so bili vključeni vsi zaposleni v operacijski zdravstveni negi z najmanj tremi leti delovnih izkušenj na tem delovnem mestu v dvanajstih slovenskih bolnišnicah ($n=225$). Podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom (Cronbach alfa koeficient=0,892). Uporabljena je bila opisna statistika, Pearsonov in Spearmanov koeficient korelacije, Pearsonov hi-kvadrat, t-test, ANOVA in eksploratorna faktorska analiza.

Rezultati: Starost respondentov je bila statistično značilno povezana s samooceno usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih ($p<0,001$, $\rho=0,324$) ter faktorjema "Samoocena znanja za delo/usposabljanje" ($p<0,001$, $\rho=0,271$) in "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi" ($p=0,012$, $\rho=0,170$). Med respondenti v različnih tipih bolnišnic so obstajale statistično pomembne razlike pri oceni usposobljenosti novo zaposlenega za samostojno opravljanje dela ($p=0,014$), v strinjanju o dodatnem izobraževanju za usposabljanje novo zaposlenih ($p=0,001$), enotnosti kriterijev za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi ($p=0,015$), usposabljanju novo zaposlenih po enotnem programu v vseh slovenskih bolnišnicah ($p=0,002$) ter pri faktorjema "Splošno zadovoljstvo pri delu" ($p=0,042$) in "Prenos znanj kot obremenitev posameznika" ($p=0,038$).

Razprava: Raziskava razkriva nujnost opredelitve kompetenc in kriterijev za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi ter opozori na pomen raziskovanja razlik v kompleksnosti in intenziteti dela v različnih tipih bolnišnic, stališč različnih generacij in novo zaposlenih do njihovega usposabljanja. Precejšnjega dela dognanj ni možno primerjati z izsledki drugih raziskav, ker primerljivih raziskav na tem področju ni, pripomorejo pa lahko k definiranju sistematičnega in klinično usmerjenega izobraževalnega programa.

Ključne besede: prenos znanja, klinično usposabljanje, razvoj poklicnih kompetenc, razvoj zaposlenih, učenje na delovnem mestu

SUMMARY

Theoretical background: Training strategies for newly employed staff in perioperative nursing care are poorly developed. All current employees in perioperative nursing care are not suitable mentors despite having excellent professional qualifications.

Goals: The thesis aimed to investigate attitudes of employees in perioperative nursing care towards training newly employed staff and towards the specific requirements which employees working in this field should meet, and to identify the obstacles hindering the training process.

Methods: A quantitative, non-experimental exploratory research design was employed. The study was conducted between February and June 2018. The purposive sample included all employees in perioperative nursing care with at least three years of working experience in operating theatres in twelve Slovenian hospitals (n=225). Data were collected by means of a structured questionnaire (Cronbach alpha coefficient=0.892). For data processing, we used descriptive statistics, Pearson and Spearman correlation coefficients, Pearson's chi-square test, t-test, ANOVA test and exploratory factor analysis.

Results: The age of respondents significantly correlated with self-assessed competences for training newly employed staff ($p < 0.001$, $\rho = 0.324$), including the factors "Self-assessed knowledge for work/training" ($p < 0.001$, $\rho = 0.271$) and "Specific requirements needed to work in perioperative nursing care" ($p = 0.012$, $\rho = 0.170$). Significant differences were established among respondents in different hospital types regarding their assessed capability of new employees to work independently ($p = 0.014$), their agreement with additional training for new employees ($p = 0.001$), on the uniformity of criteria for employment in perioperative nursing care ($p = 0.015$), on the implementation of a uniform training program for newly employed staff in all Slovenian hospitals ($p = 0.002$), and for the factors "Overall job satisfaction" ($p = 0.042$) and "Knowledge transfer as a burden on an employee" ($p = 0.038$).

Discussion: Research results reveal the necessity of defining competences and criteria related to the employment of candidates in perioperative nursing care and emphasises the importance of investigating the differences in the complexity and intensity of work in different hospital types. Generational diversity and the attitudes of newly employed staff towards their in-service training should also be examined in the future. A considerable

part of the findings cannot be compared to the results of other studies, as no comparable research yet exists in this field; however, our findings can contribute to defining a systematic, clinically-focused training program.

Key words: knowledge transfer, clinical training, development of professional competences, employees' development, workplace learning

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 ČLOVEŠKI VIRI V ZDRAVSTVU	3
2.1.1 Ravnanje z zmožnostmi človeških virov v zdravstvu	3
2.1.2 Znanje in prenos znanja med človeškimi viri v zdravstvu	6
2.2 ČLOVEŠKI VIRI V ZDRAVSTVENI NEGI IN NJENIH SPECIALNIH PODROČJIH	8
2.2.1 Medpoklicni tim in poklicna vloga zaposlenih v operacijski zdravstveni negi	8
2.2.2 Kompetence zaposlenih v zdravstveni negi in njenih specialnih področjih ..	10
2.2.3 Izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi in njenih specialnih področjih	12
2.2.4 Usposabljanje in mentorstvo zaposlenih v zdravstveni negi in njenih specialnih področjih	14
2.2.5 Kriteriji za izbor kandidatov za delo v operacijski zdravstveni negi	18
3 EMPIRIČNI DEL.....	20
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	20
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE	20
3.3 METODE RAZISKOVANJA	21
3.3.1 Dizajn raziskave	21
3.3.2 Instrument raziskave	23
3.3.3 Udeleženci raziskave.....	34
3.3.4 Potek raziskave in soglasja.....	40
3.3.5 Obdelava podatkov.....	42
3.4 REZULTATI	42
3.4.1 Značilnosti zaposlitve v operacijski zdravstveni negi.....	42
3.4.2 Opisna analiza in oblikovanje spremenljivk raziskave	49
3.4.3 Preverjanje hipotez.....	59
3.5 RAZPRAVA.....	69
3.5.1 Izzivi za nadaljnje raziskave	79
3.5.2 Omejitve raziskave.....	80
4 ZAKLJUČEK	83

5 LITERATURA	85
6 PRILOGE.....	101
6.1 INSTRUMENT	101

KAZALO SLIK

Slika 1: Respondenti in tip bolnišnice	36
Slika 2: Starost in delovna doba respondentov	36
Slika 3: Oblike dela respondentov	37
Slika 4: Izobraževanje respondentov	39
Slika 5: Aktivno sodelovanje v strokovnih telesih na področju zdravstvene nege	40
Slika 6: Pogostost usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu	43
Slika 7: Usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu.....	43
Slika 8: Usposobljenost novo zaposlenega v operacijski zdravstveni negi za samostojno opravljanje dela	44
Slika 9: Ocena usposobljenosti novo zaposlenega v operacijski zdravstveni negi za samostojno opravljanje dela – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic	45
Slika 10: Zadovoljstvo pri delu	46
Slika 11: Usposobljenosti za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi	46
Slika 12: Usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic.....	47
Slika 13: Zadovoljstvo in usposobljenost respondentov	48
Slika 14: Zadovoljstvo in usposobljenost respondentov – pogledi generacij.....	48
Slika 15: Dodatno izobraževanje za usposabljanje novo zaposlenih – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic.....	51
Slika 16: Enotnost kriterijev za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi – pogledi respondentov v različnih tipih bolnišnic	53
Slika 17: Usposabljanje novo zaposlenih v vseh slovenskih bolnišnicah po enotnem programu – nazori respondentov v različnih tipih bolnišnic	54

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost instrumenta raziskave.....	27
Tabela 2: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu D – "Znanje, izobraževanje in usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu"	28
Tabela 3: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu F – "Vloga organizacije"	29
Tabela 4: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu G – "Zadovoljstvo pri delu"	30
Tabela 5: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu H – "Obremenjenost na delovnem mestu"	31
Tabela 6: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu I/a – "Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu"	32
Tabela 7: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu I/b – "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi"	33

Tabela 8: Poimenovanje faktorjev in vrednosti koeficienta Cronbach alfa za faktorje uporabljene pri preverjanju hipotez.....	34
Tabela 9: Bolnišnice in število razdeljenih vprašalnikov	35
Tabela 10: Generacijska pripadnost respondentov	37
Tabela 11: Stopnja izobrazbe respondentov na področju zdravstvene nege	38
Tabela 12: Skupine glede na stopnjo izobrazbe respondentov	39
Tabela 13: Ocena usposobljenosti novo zaposlenega v operacijski zdravstveni negi za samostojno opravljanje dela – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic	44
Tabela 14: Pearsonov hi-kvadrat test za oceno usposobljenosti novo zaposlenega v operacijski zdravstveni negi za samostojno opravljanje dela – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic.....	45
Tabela 15: Ocena usposobljenosti za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi glede na tip bolnišnice.....	47
Tabela 16: Zadovoljstvo in usposobljenost respondentov glede na generacijsko pripadnost	49
Tabela 17: Splošni odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi	50
Tabela 18: Znanje, izobraževanje in usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu.....	51
Tabela 19: Dodatno izobraževanje za usposabljanje novo zaposlenih – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic.....	52
Tabela 20: Trenutno stanje usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi	53
Tabela 21: Enotnost kriterijev za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi – pogledi respondentov v različnih tipih bolnišnic	54
Tabela 22: Usposabljanje novo zaposlenih po enotnem programu v vseh slovenskih bolnišnicah – pogledi respondentov v različnih tipih bolnišnic	55
Tabela 23: Vloga organizacije	55
Tabela 24: Zadovoljstvo pri delu.....	56
Tabela 25: Obremenjenost na delovnem mestu.....	57
Tabela 26: Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu in specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi	58
Tabela 27: Preverjanje hipoteze 1 – korelacijska tabela.....	60
Tabela 28: Samoocena usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu glede na stopnjo izobrazbe respondentov – ANOVA.....	60
Tabela 29: Samoocena znanja za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu glede na stopnjo izobrazbe respondentov – ANOVA	61
Tabela 30: Samoocena praktičnega znanja za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu glede na stopnjo izobrazbe respondentov – ANOVA.....	61
Tabela 31: Samoocena praktičnega znanja za usposabljanje novo zaposlenih glede na stopnjo izobrazbe respondentov – Bonferroni test	62
Tabela 32: Preverjanje hipoteze 2 – korelacijska tabela.....	62
Tabela 33: Preverjanje hipoteze 5 – korelacijska tabela.....	64
Tabela 34: Razlike med izobrazbenimi skupinami respondentov o stališčih o specifičnih zahtevah, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v tej dejavnosti – ANOVA.....	65

Tabela 35: Stališča o spretnostih komuniciranja zaposlenih v operacijski zdravstveni negi glede na stopnjo izobrazbe respondentov	65
Tabela 36: Stališča o spretnostih komuniciranja zaposlenih v operacijski zdravstveni negi glede na stopnjo izobrazbe respondentov – Bonferroni test.....	65
Tabela 37: Preverjanje hipoteze 6 – t-test	66
Tabela 38: Preverjanje hipoteze 7 – ANOVA	68
Tabela 39: Strinjanje s faktorji glede na generacijsko pripadnost – Bonferroni test.....	69

SEZNAM KRAJŠAV

UKC	Univerzitetni klinični center
EORNA	Evropsko združenje operacijskih medicinskih sester (European Operating Room Nurses Association)
AORN	Ameriško združenje operacijskih medicinskih sester (The Association of periOperative Registered Nurses)
ORNAC	Kanadsko združenje operacijskih medicinskih sester (Operating Room Nurses Association of Canada)
Zbornica – Zveza	Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

1 UVOD

Delo v operacijskih dvoranh opremljenih z napredno tehnologijo je intenzivno in dinamično, ocenjujemo ga kot področje z visokim tveganjem za pojav napak pri zdravstveni obravnavi pacienta. Izvajanje zdravstvenih storitev v takšnem turbulentnem okolju predstavlja edinstvene izobraževalne izzive tudi za osebe, ki je že strokovno usposobljeno na drugih področjih zdravstvene nege. Prehod iz teorije v prakso operacijske zdravstvene nege je zahteven in pridobivanje potrebnih veščin za delo v tem specifičnem okolju novo zaposlenim nemalokrat predstavlja veliko obremenitev. Oblak in Skela Savič (2017b, p. 197) razlagata, da "morajo zaposleni v tem kompleksnem okolju posedovati poglobljena znanja in vsestranske veščine, ki jih v sklopu formalnega pridobivanja znanja ne osvojijo". Izvajalci operacijske zdravstvene nege so pred izzivom kako razviti primeren izobraževalni sistem, ki bo olajšal pot k doseganju kompetenc, ki so potrebne za izvajanje varne operacijske zdravstvene nege, hkrati pa bi izboljšal zadovoljstvo vseh generacij zaposlenih. Izobraževalni sistem bi moral biti natančno strukturiran in vsebovati tudi končno oceno za kompetentnost izvajanja operacijske zdravstvene nege ter temeljiti na znanstvenih metodah (Pupkiewicz, et al., 2015). Tudi način implementacije izobraževalnih programov v delovno okolje v operacijskih dvoranh predstavlja velik izziv za prihodnost. Oblak in Skela Savič (2017b, p. 198) pojasnjujeta da se "moramo zavedati, da vsi zaposleni v operacijski zdravstveni negi niso primerni mentorji, čeprav imajo primerno izobrazbo in so za opravljanje svojega poklica strokovno usposobljeni". Novo zaposlene v operacijski zdravstveni negi je potrebno usposobiti, ne da bi pri tem obremenjevali ostale člane ekipe v operacijski dvorani, učenje zdravstvenih delavcev nikoli ne sme ogroziti pacientove varnosti in se mora vedno izvajati v varnem okolju.

V slovenskih bolnišnicah ni veljavne strategije na področju usposabljanja novo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi. Kot pravi Rebernik Milić (2009) organiziranega izobraževanja za delo v operacijski zdravstveni negi ni, v času formalnega izobraževanja medicinske sestre ne pridobijo vseh znanj, ki so potrebna za delo. V dodiplomskem izobraževanju ni jasno začrtane usmeritve v kateri bi kandidati za delo v operacijski zdravstveni negi pridobili teoretična znanja potrebna za delo v tej specifični dejavnosti (Železnikar, 2016). Oblak in Skela Savič (2017b, p. 204) pripovedujeta, da je

Brdnik (2013) v raziskavi, ki jo je izvedel v petih slovenskih bolnišnicah ugotovil, da "izobrazba, ki jo zaposleni v zdravstveni negi pridobijo v dodiplomskem študiju, ne nudi dovolj strokovnih vsebin iz operacijske zdravstvene nege". Tako kandidati največ znanja pridobijo v operacijskih dvoranah in šele z nastopom delovnega razmerja se sproži proces izobraževanja (Železnikar, 2016). Novo zaposleni sprejeti na delovišče v operacijski zdravstveni negi v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana opravijo enoletni program usposabljanja na delovnem mestu, ki se zaključi s preverjanjem znanja. V tem času jim je dodeljen neposredni mentor. Po opravljenem enoletnem programu bi naj bili novo zaposleni usposobljeni za samostojno delo v operacijski zdravstveni negi. A pri izvajanju ne elektivnih posegov, ki ustvarjajo nepredvidene, kompleksne situacije se večkrat izkaže, da so novo zaposleni za opravljanje dejanske poklicne vloge in obvladovanja delovnega okolja nezadostno usposobljeni, saj tako obširnih strokovnih vsebin v enoletnem programu uvajanja ni bilo mogoče osvojiti. V takšnih primerih je bistvenega pomena posredovanje znanja tistih zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, ki so za učinkovito opravljanje predpisanih delovnih nalog ustrezno usposobljeni (Oblak & Skela Savič, 2017a). Ti zaposleni v operacijski zdravstveni negi niso niti klinični niti neposredni mentorji, a vlogo mentorja kljub temu opravljajo. Globalizacija in informacijska era je organizacije vzpodbudila k razmišljanju kako vzpodbuditi prenos znanja in dobrih praks (Urbančič, 2015). Ista avtorica navaja, da se je praksa organizacij usmerila na spodbujanje prostega pretoka znanja med zaposlenimi in zavedanje, da na uspešno učenje vplivajo tudi njihove osebne vrednote, norme, vloge, stališča in prepričanja. Prav slednje nas je vzpodbudilo k raziskavi odnosa zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih v celotnem slovenskem prostoru.

Root (2011) opozarja še na pomembnost izbire ustreznih kandidatov za delo v operacijski zdravstveni negi. V raziskavi, ki so jo opravili med 69 zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi v UKC Ljubljana, so respondenti menili, da so novo zaposleni na delovnem mestu "premalo samoiniciativni in do svojega znanja premalo samokritični" (Oblak & Skela Savič, 2017b, p. 204). Ti podatki so nas vzpodbudili k podrobnejši raziskavi tudi tega segmenta.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ČLOVEŠKI VIRI V ZDRAVSTVU

2.1.1 Ravnanje z zmožnostmi človeških virov v zdravstvu

Človeški viri so ključni nosilci razvoja vsake organizacije in upravljanje z njimi je pomemben del njenega poslovanja (Bernik, 2017; Nobakht, et al., 2018). Med vsemi organizacijskimi viri so človeški viri najbolj spremenljivi in nepredvidljivi, mislimo na osebne značilnosti, lastne preference, sposobnost, motivacijo, dožemanje poklicnih vlog, različne situacije, pripadnost in nadzor (Bratton & Gold, 2017). Delo v zdravstvenih organizacijah je zelo intenzivno, zato je privabljanje, razvijanje in ohranjanje raznolikih in usposobljenih človeških virov, ki večinoma v teh organizacijah preživijo precejšen del svojega življenja, za učinkovito organizacijsko delovanje bistvenega pomena (Nayak, et al., 2016). Ob zavedanju, da njihovo pomanjkanje in presežki ne smejo voditi k nižji kakovosti zdravstvenih storitev, so človeški viri zagotovo eden izmed najbolj kritičnih virov v zdravstvenem sektorju (Sadeghifar, et al., 2011), njihova uravnotežena in sorazmerna porazdelitev je eden od dejavnikov, ki spodbujajo razvoj zdravstvenih indeksov in s tem povečujejo enakost in socialno pravičnost (Mostafavi, et al., 2015). Človeški viri v sistemih zdravstvenega varstva imajo ključno vlogo pri spremembi strukture delovanja zdravstvenih organizacij in tako je bistveno, da zaposleni v zdravstvenem sektorju izkazujejo organizacijsko pripadnost, saj se le tako lahko izboljša kakovost izvajanja zdravstvenih storitev. Ob tem Kowalski, et al. (2015) razlagajo, da sodobne spremembe v organizacijah in okolju, pri tem mislijo predvsem na prestrukturiranje in prilagodljivost, pomembno vplivajo na dobro počutje oziroma blaginjo zaposlenih.

Eden izmed pomembnejših organizacijskih dejavnikov, ki vplivajo na dobro počutje zaposlenih je zagotovo tudi sistem upravljanja s človeškimi viri. Veingerl Čič (2017) pri tem pojasnjuje, da morajo biti aktivnosti na področju upravljanja s človeškimi viri tesno povezane s poslovno strategijo organizacije, govorimo lahko tudi o strateškem vodenju človeških virov, kar pomeni izvajanje aktivnosti, ki so usmerjene v pridobivanje znanja,

sposobnosti in vedenj, ki zaposlenim omogočajo, da uspešno izpolnjujejo delovne zahteve ter se pri tem prilagajajo spremembam v ožjem in globalnem poslovnem okolju. Učinkovito upravljanje človeških virov doprinese k vrednosti organizacije in njeni produktivnosti, navkljub temu pa je termin treba razumeti le kot podpora pri njenem poslovanju (Weiwei, et al., 2017). Poglavitna naloga upravljanja s človeškimi viri je zagotovo povečevanje organizacijske učinkovitosti, a pri tem moramo upoštevati, da je učinkovitost koncept, ki ga težko enotno definiramo, še posebej pa se težava z enotno konceptualizacijo pojavi pri zdravstvenih organizacijah, kjer finančni učinek nikakor ni edini rezultat poslovanja in večinoma sploh ni primarni (Vermeeren, et al., 2014). Hyde, et al. (2013) razlagajo, da si zdravstvene organizacije prizadevajo vpeljati sodobne rešitve pri upravljanju s človeškimi viri in za svoje potrebe prilagoditi tiste rešitve, ki delujejo v organizacijah v industriji. Cugin, et al. (2016) pojasnjujejo, da se zdravstvene organizacije razlikujejo od drugih tipičnih organizacij, saj zdravstvenih delavcev kot človeških virov v teh organizacijah ne morejo v celoti regulirati. Isti avtorji pripominjajo, da je usposabljanje te delovne sile namreč izvedeno v sodelovanju s terciarnimi ustanovami, vladnimi telesi ter medicinskimi in zdravstvenimi fakultetami, torej popolnoma izven vpliva kadrovske službe in vodstva bolnišnic. Nayak, et al. (2016) opisujejo zdravstvene delavce kot najpoglavnejše akterje v delovanju sistema zdravstvena varstva in dodajajo, da lahko strateško upravljanje z njimi pozitivno vpliva na zdravstveno obravnavo, zaposlene in samo organizacijo. Beusaert, et al. (2013) menijo, da je pridobitev izobrazbe za poklic le izhodišče za učenje v poklicu in izpostavljajo zdravstvene organizacije, katere so prepoznale nujnost investiranja v vseživljenjsko učenje in razvoj svojih strokovnjakov ter ga uvrstile visoko na prednostni seznam organizacijskih strateških ciljev.

Buchelt, et al. (2017) so v kvalitativni raziskavi z intervjuji med zdravstvenimi delavci želeli določiti dejavnike, ki bi lahko vplivali na upravljanje človeških virov v bolnišnicah in ugotoviti jakost teh determinant, da bi tako lahko bolje prilagodili in organizirali strategijo upravljanja zaposlenih. Razkrili so, da bi bolnišnice morale prilagoditi svojo prakso na tem področju na tak način, da bi pri upravljanju s človeškimi viri upoštevali tudi vsebinske in ne samo količinske aspekte. Vermeeren, et al. (2014) so pri raziskovanju med 162 zdravstvenimi organizacijami na Nizozemskem ugotovili, da je bilo upravljanje

s človeškimi viri posredno ali neposredno povezano s tremi organizacijskimi dimenzijami, in sicer s finančnimi rezultati, uspešnostjo organizacije in zaposlenimi. Vpliv upravljanja s človeškimi viri je bil na finančno dimenzijo bistveni manjši kot na ostali dve dimenziji. V isti raziskavi je bilo prikazano tudi, da je upravljanje s človeškimi viri posredno vplivalo na zadovoljstvo pri delu, pri tem so avtorji pojasnili še, da je bil odnos zaposlenih prepoznan kot pomemben element pri doseganju ciljev organizacije. Roncarolo, et al. (2017) poudarjajo, da morajo biti zdravstveni delavci za sodelovanje pri doseganju ciljev organizacije za opravljanje svojega dela usposobljeni, torej morajo obvladovati tehnično znanje in veščine, ki so potrebne, da lahko zagotavljajo visoko kakovost opravljenih storitev, hkrati pa morajo imeti razvite medosebne spretnosti, ki jih potrebujejo za izvajanje k pacientu usmerjene in profesionalne oskrbe.

Razpoložljivost človeških virov, njihova tehnična spretnost in osnovni delovni pogoji so v literaturi opredeljeni kot "trdi" pristop k upravljanju oziroma kadrovanju (Vermeeren, et al., 2014). Mislimo na spodbude zaposlenih, npr. s finančnimi sredstvi in opremo, da tako dosežejo optimalno uspešnost organizacije, kar se v zdravstvenih organizacijah manifestira kot čakalni čas, kakovost zdravstvene oskrbe idr. A za ohranjanje zadovoljne delovne sile in s tem kakovosti zdravstvene oskrbe je zadevo potrebno gledati obsežnejše z upoštevanjem tudi "mehkega" pristopa k upravljanju človeških virov, saj tudi ta, včasih tudi v kombinaciji s "trdim" pristopom, vpliva na poslovanje v organizaciji (Vermeeren, et al., 2014). Isti avtorji dodajajo, da je "mehki" pristop bolj osredotočen na zaposlene in delovno okolje ter kot najbistvenejše attribute pri tem izpostavljajo potrebo po usposabljanju in razvoju, komuniciranju, delegiranju in motivaciji. McCulloch, et al. (2011) v pregledu literature prikazujejo svetovni trend naraščanja vrednosti usposabljanja zdravstvenih delavcev v ne tehničnih veščinah (komunikacija, zavedanje, sodelovanje idr.) in pri tem razkrivajo, da tovrstno usposabljanje vodi do boljšega timskega sodelovanja, varnosti pacientov in organizacijske učinkovitosti na splošno. Razvoj človeških virov naj poteka na podlagi potreb organizacije v prihodnosti, pri tem pa se je smiselno posvetiti predvsem specifičnemu znanju in tistim kompetencam, ki jih zaposleni še nimajo (Bernik, 2017). Lejeune, et al. (2016) kažejo tudi na vlogo kadrovskih strokovnjakov za razvoj zaposlenih, saj morajo ti biti kompetentni, da razvojne procese vodijo na prilagodljiv in individualen način. Veld in Alfes (2017) razlagajo, da obstajajo

razlike pri specifičnih procesih pri upravljanju s človeškimi viri, a na drugi strani pojasnjujejo, da upravljanje s človeškimi viri v visoko zmogljivih delovnih sistemih, kot je tudi zdravstveni, zagotovo zajame procese usposabljanja, upravljanja uspešnosti, izmenjavo informacij, jasno opredeljevanje poklicnih vlog in ureditev ravnotežja med poklicnim in zasebnim življenjem. Zdravstvene organizacije zaposlujejo visok delež zdravstvenih strokovnjakov, ki imajo pri motiviranju, organizacijski pripadnosti in pri drugih vidikih specifične potrebe (Trebbele, et al., 2014). Premišljeno upravljanje s človeškimi viri lahko izboljša doseganje ciljev, uskladi in spodbudi učinkovito delovno obnašanje (Veld & Alfes, 2017) in hkrati poskrbi za signalizacijo delovne organizacije, da podpira svoje zaposlene, vrednoti njihov prispevek in ohranja njihovo dobro počutje (Van De Voorde & Beijer, 2015).

2.1.2 Znanje in prenos znanja med človeškimi viri v zdravstvu

Organizacijski razvoj je postal pomemben fokus za zdravstvene organizacije, pri tem so kot odločilne prepoznane tri dimenzije: organizacijska kultura, razvoj individualnega strokovnega znanja in prenos znanja (Oldenhof, et al., 2016). Myllärniemi, et al. (2012) razlagajo, da se potreba po znanju zdravstvenih delavcev konstantno povečuje, saj morajo delovati kot eksperti na svojem strokovnem področju, hkrati pa opravljati številne druge naloge. Zdravstvene organizacije zagotavljajo zdravstvene storitve s kombiniranjem različnih dejavnikov, kot so človeški viri, medicinsko-tehnična oprema, potrošni material idr., a distribucija znanja je pri tem velikokrat neustrezna (Nobakht, et al., 2018). Myllärniemi, et al. (2012) dodajajo, da mora biti znanje obravnavano pri strateškem planiranju organizacije ter ne le kot neodvisna in ločena funkcija, razvoj znanja in procesi njegovega prenosa pa morajo biti vedno tesno povezani z zagotavljanjem storitev z organizacijskimi vrednotami. Razviti morajo biti informacijski sistemi, ki podpirajo uporabnost in ne zgolj njenega obstoja in tehnične vrednosti; vloga znanja v zdravstveni organizaciji mora biti natančno določena in opredeljena kot najpomembnejše sredstvo (Myllärniemi, et al., 2012). Zdravstvene organizacije tudi kopičijo zaloge formalnega in neformalnega znanja v osebju, podatkovnih bazah, poročilih idr., znanje je integrirano v strukturo, kulturo in rutino samih organizacij (Evans, et al., 2017). Razlike v vsebini, konfiguraciji in upravljanje teh zalog znanja lahko delno razložijo razhajanja v uspešnosti

med zdravstvenimi organizacijami (Berta, et al., 2014). Evans, et al. (2017) pojasnjujejo, da poznavanje kliničnih praks vodi k boljši zdravstveni oskrbi in je ključni element opisanih razlik, a managerji zdravstvenih organizacij in izvajalci zdravstvenih storitev morajo biti usposobljeni, da integrirajo zahtevano vsebino v rutinsko prakso. Razumevanje obstoječih organizacijskih znanj in njene zmogljivosti ter sistematičen pristop k upravljanju in merjenje teh virov olajša izvajanje strateških, operativnih ali kliničnih sprememb, ki so potrebne za izboljšanje zdravstvene oskrbe, pomaga managerjem zdravstvenih organizacij zagotoviti, da so ustrezna znanja, dokazi in podatki na voljo vsem zaposlenim ter je v celoti izkoriščeno organizacijsko znanje pri izboljšanju zdravstvenih storitev in so razvite strategije za zaščito organizacijskega znanja v času večjih turbulenc (Leggat, et al., 2011; Evans, et al., 2017).

Prenos znanja, veščin in sposobnosti, ki jih posedujejo posamezniki v timu, v katerem sodelujejo, je ključ do uspešnega razvoja organizacije in višje kakovosti zdravstvene oskrbe (Eljiz, et al., 2018). Vedno prisoten problem za zdravstvene organizacije je zajemanje in prenos "vedeti kako" znanja ter sposobnost zaposlenih, da razvijejo emocionalno inteligenco (Eljiz, et al., 2018). Zdravstvene organizacije morajo biti prožne pri identificiranju in izboljšanju vedenja posameznikov in tima za izboljšanje kulture sodelovanja, pri tem pa je največji izziv povezan s premikom od individualizma k medpoklicnemu sodelovanju (Regan, et al., 2016). Integrirano znanje posameznikov delujočih v medpoklicnem timu v kliničnem okolju vodi k boljši izkušnji v zdravstveni obravnavi, prenos znanja pa omogoča kontinuiran razvoj, večjo uspešnost ter individualno in timsko učenje (Weaver, et al., 2014). Osredotočanje tako na individualno in sistemsko učenje veča sposobnost zdravstvenih organizacij, da se primerno odzovejo na hitre spremembe v okolju in izvajajo k pacientu osredotočeno zdravstveno obravnavo (Eljiz, et al., 2018). Lahko govorimo tudi o kultivaciji prenosa znanja in pri tem mislimo na interakcije med posamezniki v kompleksni organizacijski socialni mreži s standardiziranimi postopki (Lengnick Hall, et al., 2011). Kot navajajo Tippman, et al. (2013) morajo tisti, ki vodijo zdravstvene organizacije znati integrirati znanje posameznikov v delo medpoklicnega tima, saj se le tako najdejo odgovori na številna vprašanja izven rutinskega dela. Laihonen (2012) pravi, da je pozornost treba nameniti samemu pretoku znanja in dodaja, da lahko natančna analiza teh poti omogoči globlje

razumevanje dinamike zdravstvenega sistema. Waring in Bishop (2010) pri tem opozarjata, da je prenosu znanja preko neformalnih kanalov namenjeno premalo pozornosti, čeprav je to vsakdanja praksa in je takšen prenos skrit prispevek k organizacijskemu učenju.

2.2 ČLOVEŠKI VIRI V ZDRAVSTVENI NEGI IN NJENIH SPECIALNIH PODROČJIH

2.2.1 Medpoklicni tim in poklicna vloga zaposlenih v operacijski zdravstveni negi

Operativni poseg zahteva usklajevanje številnih strokovnjakov, ki imajo svojo poklicno vlogo in odgovornost, bistvenega pomena pri tem pa je njihovo učinkovito delovanje v timu, kajti le tako lahko pacientu zagotovijo optimalno zdravstveno oskrbo (Espinoza, et al., 2016; Brown, et al., 2018). Optimalno izvajanje operativnega posega je odvisno od znanja, zaupanja, izkušenj in usposobljenosti vsakega člana tima, vse naštetu pa vpliva na sposobnost odzivanja na spreminjajoče se zahteve med delovnim procesom (Leach, et al., 2011; Espinoza, et al., 2016). Nezaupanje, pomanjkanje odgovornosti do skupnega učenja in pogosta rotacija zdravstvenega osebja lahko privedejo do manj varne zdravstvene obravnave in manjše uspešnosti, a kohezija v timu in jasno opredeljene poklicne vloge lahko povedano ublažijo in doprinesejo k dobremu počutju vseh članov ekipe (Abraham, 2011). Vidiki timskega dela, ki jih moramo upoštevati pri zagotavljanju varnosti pacientom so medsebojno spoštovanje, zaupanje, skupni mentalni modeli, koordinacija, komunikacija in prilagodljivo vodenje (Rydenfält, et al., 2017).

Operacijsko zdravstveno nego lahko definiramo kot kontinuirano zdravstveno oskrbo zagotovljeno pacientu pred, med in po operativnem ali drugem invazivnem posegu, vključuje tudi sprejem in pripravo pacienta na operativni poseg, anestezijo in kirurško oskrbo v operacijski dvorani in zdravstveno oskrbo v prebujevalnici (EORNA (European Operating Room Nurses Association), 2012; Brdnik, 2013). Zaposlene v operacijski zdravstveni negi lahko opišemo kot strokovnjake na enem ali več področjih operacijske zdravstvene nege, ki sodelujejo v medpoklicnem timu v samostojni ali soodvisni vlogi (EORNA (European Operating Room Nurses Association), 2012). Je visoko

specializirano področje zdravstvene nege s številnimi specialnimi področji, v katerem prevladujejo administrativna opravila, upravljanje s personalnimi in številnimi različnimi tehničnimi viri in stroški, pri tem pa je podpora zaposlenim v tej dejavnosti iz strani ostalih članov zdravstvenega tima omejena (Sevdalis, et al., 2009; Leach, et al., 2011). Tako se poklicna vloga zaposlenih v operacijski zdravstveni negi vse bolj usmerja k realizaciji zahtev in hotenj kirurškega osebja in vse manj stremi k izvajanju neposredne zdravstvene nege, pri tem pa se zdi, da so zanemarjane tudi posledice, ki bi jih ta smer razvoja stroke lahko prinesla (Mitchell, et al., 2011). Espinoza, et al. (2016) trdijo, da poklicna vloga zaposlenih v operacijski zdravstveni negi ni natančno identificirana ter prikazujejo, da bo nujno raziskati, kako člani medpoklicnega tima dojemajo profesionalno vlogo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi in prikazati kakšna so njihova pričakovanja in želje glede značilnosti vloge navedene poklicne skupine.

Pacienti v operacijski dvorani doživljajo tesnobo in strah, za obvladovanje teh čustev pa potrebujejo empatičen in holističen pristop zdravstvenega osebja (Espinoza, et al., 2016). Isti avtorji so pri pregledu literature ugotovili, da zaposleni v operacijski zdravstveni negi te podpore pacientom ne nudijo. Medpoklicni tim v operativni dejavnosti poklicno vlogo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi zaradi pomanjkanja njihove formalne izobrazbe za izpopolnjevanje te vloge vrednoti nižje, kar vpliva na hierarhijo pri organiziranju odgovornosti in dolžnosti (Leach, et al., 2011). Kot posledice Leach, et al. (2011) navajajo konflikte ali napetosti med člani medpoklicnega tima in s tem zmanjšano zmožnost za usklajeno delovanje med operativnim posegom, posebej takrat, ko je potrebno odločati in ukrepati v nepredvidljivih situacijah. V kvalitativni raziskavi, ki so jo med 41 člani medpoklicnega tima v treh bolnišnicah izvedli Espinoza, et al. (2016), je bilo ugotovljeno, da administrativna opravila, upravljanje s človeškimi in materialnimi viri, evidentiranje ter nadzor nad varnim in kakovostim izvajanjem zdravstvene oskrbe omejuje čas, ki bi ga zaposleni v operacijski zdravstveni negi morali nameniti pacientu. V omenjeni raziskavi so intervjuvanci izrazili tudi svoja pričakovanja glede ponovne opredelitve vloge zaposlenih v operacijski zdravstveni negi. Ta so vključevala teoretično in praktično usposabljanje, razvoj veščin za delovanje v timu, izvajanje neposredne zdravstvene nege in zagovornišvo. Tame (2013) ter Herd in Rieben (2014) pri učinkovitem razvoju poklicne vloge zaposlenih v operacijski zdravstveni negi nakazujejo na nujnost po

specialističnem usposabljanju, izpostavljajo znanje o vodenju tima, komunikaciji in medsebojnih odnosih ter kažejo na vrednost inovativnega managementa in na dokazih podprte prakse. Omenjeni avtorji izpostavljajo tudi oblikovanje in vzdrževanje stalnih medpoklicnih timov v operacijskih dvoranh, saj se le tako lahko zgradi kohezija in spodbudi pripadnost.

2.2.2 Kompetence zaposlenih v zdravstveni negi in njenih specialnih področjih

Kompetence lahko opišemo kot kombinacijo spretnosti, znanja, sposobnosti, izkušenj, reakcij, odločitev, odnosov in vrednot, ki prispevajo k učinkovitemu delovanju (Vrhnjak, 2016; Gillespie, et al., 2018). Še ožja stopnja so delovne specifične kompetence, ki so skupne pripadnikom poklicnih skupin in "se nanašajo na podobna delovna opravila, ne glede na to, v kateri organizaciji je delo dejansko opravljeno" (Vrhnjak, 2016, p. 59).

Dojemanje kompetenc zaposlenih v zdravstveni negi je sestavni del njihove profesionalne samopodobe in lahko vpliva na profesionalno vlogo, timsko delo, zadovoljstvo pri delu in stalnost zaposlitve (Gillespie, et al., 2018). Vzdrževanje kliničnih kompetenc je poklicna odgovornost vseh zaposlenih v zdravstveni negi, a številne novosti v praksi, vse zahtevnejša tehnologija, nove zadolžitve in odgovornosti ter druga pričakovanja na delovnem mestu lahko predstavljajo precejšen izziv kako to izpolniti (Bindon, 2017). Yanhua in Watson (2011) in Gillespie, et al. (2018) pravijo, da so standardi izvajanja zdravstvene oskrbe v razvitih državah podobni, vendar se klinična praksa in izobraževanje med državami razlikujejo. Zaposleni v zdravstveni negi v različnih državah torej opravljajo podobne poklicne naloge, obstajajo pa razlike v tem, kako so te naloge opravljene.

Raziskava v Avstraliji je pokazala, da je s percepcijo kompetenc zaposlenih v operacijski zdravstveni negi povezana izobrazba in delovna doba zaposlenih (Gillespie, et al., 2011). Gillespie, et al. (2018) so v novejši raziskavi, v kateri so primerjali rezultate primarnih raziskav izvedenih v Avstraliji, Kanadi, na Škotskem in Švedskem, ugotovili, da so, ne glede na državo izvora, tisti zaposleni v operacijski zdravstveni negi s specialnimi kvalifikacijami poročali o višji stopnji svojih kompetenc kot tisti zaposleni v tej

dejavnosti, ki teh specialnih kvalifikacij niso imeli. Rezultati raziskave so torej pokazali, da morajo raziskovalci pri preverjanju konstruktov, kot je kompetentnost v operacijski zdravstveni negi upoštevati izobraževanje oziroma specialne kvalifikacije in delovno dobo na tem področju. Meretoja (2012) je kompetence v omenjeni poklicni skupini razdelila v sedem sklopov: pomoč pacientom in sodelavcem, učenje in usposabljanje, izvajanje diagnostičnih postopkov, izvajanje terapevtskih intervencij, obvladovanje urgentnih stanj in težkih situacij, zagotavljanje kakovosti zdravstvene storitve ter administrativna in managerska opravila. Battie (2013) dodaja, da bo prihodnost zahtevala veliko širši obseg kompetenc in zaposleni se bodo s tem morali soočiti. Sistem zdravstvenega varstva bo s celovitimi zahtevami pacientov postajal vse bolj kompleksen in vloga strokovnjakov na tem specifičnem področju zdravstvene nege se bo razširila na številna področja, kot so vodstvo, izboljševanje kakovosti in zdravstvena politika (Battie, 2013).

Tekom usposabljanja novo zaposlenih za delo v operacijski zdravstveni negi je enako pomembno pridobivanje tako tehničnih in ne tehničnih veščin. Kang, et al. (2015) pojasnjujejo, da ne tehnične veščine veljajo kot pomemben dejavnik, ki lahko vplivajo na pojav napak v operacijskih dvoranah. Mitchell, et al. (2011) so v kvalitativni raziskavi med 34 intervjuvanci kot ključne ne tehnične veščine, ki bi jih naj imeli zaposleni v operacijski zdravstveni negi, opredelili prepoznavanje situacije, komunikacijo, timsko delo, vodenje pri izvajanju nalog in obvladovanje stresa. V raziskavi, ki sta jo opravila Ingvarsdottir in Halldorsdottir (2018), so zaposleni v operacijski zdravstveni negi kot ne tehnične veščine izpostavili skrb za varnost pacientov, organizacijske sposobnosti, zmožnost osredotočanja, pozornost, sposobnost postavljanja prioritet glede na okolje in situacijo, holističen pogled na pacienta in situacijo, intuicijo, fleksibilnost, ustvarjalnost, spretnost pri vzdrževanju medosebnih odnosov, pa tudi sposobnost vedrine pod pritiskom in obvladovanje stresa. Izpostavimo še zagovorništvo pacienta v času, ko je ta najbolj ranljiv in popolnoma odvisen. Edlund, et al. (2013) razlagajo, da je za zaposlene v operacijski zdravstveni negi ohranjanje pacientovega dostojanstva primarnega pomena. V kvalitativni raziskavi o percepciji skrbi med 15 zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi v več bolnišnicah na Švedskem, so Blomberg, et al. (2015) ugotovili, da so respondenti pojem dojeli kot skrb za vzpostavitev in ohranjanje pacientovega

dostojanstva v času, ko ta nima več zmožnosti nadzora nad svojim telesom. Kot tehnične veščine so vprašani v raziskavi, ki sta jo izvedla Ingvarsdottir in Halldorsdottir (2018) navedli tehnično in ročno spretnost, vzdržnost in odpornost v težkih in zahtevnih delovnih razmerah, izpostavili pa tudi vlogo primerne usposabljanja in vrednost različnih izkušenj. Dodatna odgovornost, ki vzpodbuja osebno in profesionalno rast zaposlenih v tej specifični panogi je sodelovanje v strokovnih telesih in izobraževalnih programih, katerih cilj je razvoj in promocija te zdravstvene discipline, upoštevati moramo tudi pomen mentorstva študentom, novo zaposlenim in sodelavcem. Profesionalna rast in prav tako izobraževanje zaposlenih v delovnem okolju v operacijskih dvoranah je torej prednostna naloga, a njihova prizadevanja za razvijanje profesionalne vloge pogosto ovirajo pomanjkanje časa, omejen dostop do izobraževalnih virov in stroški izobraževanja (Bindon, 2017).

2.2.3 Izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi in njenih specialnih področjih

Mednarodno so podatki o izobrazbi zaposlenih v zdravstveni negi pomanjkljivi in težko primerljivi, izobrazba zaposlenih v tej zdravstveni panogi se po svetu zelo razlikuje (Morin, 2014). Ista avtorica izpostavlja pereče izzive, s katerimi se soočajo pedagoški delavci, ko si prizadevajo, da bi razvili in izvedli izobraževalne procese, ki bi zadostili naglim spremembam v sistemu zdravstvenega varstva. Pri tem mislimo na premik od strogo strukturiranih učnih načrtov, ki spodbujajo linearni način razmišljanja k načinu podajanja znanja, ki bo omogočal obvladovanje zelo velikega toka informacij (Morin, 2014). Timmins, et al. (2012) menijo, da bo proces tranzicije iz tradicionalnega sistema izobraževanja v izobraževalni sistem, ki bo temeljil na znanstvenih metodah zaposlenim v zdravstveni negi izziv, saj je odnos medicinskih sester do branja strokovnih člankov in raziskovanja v zdravstveni negi odklonilen. Skela Savič (2014) opozarja, da je v zdravstveni negi potrebna refleksija na doseženo in prepoznavanje strateških prijemov, ki ne bodo omejeni z zgodovinskim razvojem zdravstvene nege, temveč bodo odgovor na priložnosti za razvoj stroke v naslednjih desetletjih. Izobraževalni sistemi bi morali biti bolj fleksibilni, takoj bi se morali odzivati na spreminjajoče se družbene potrebe s takojšnjimi spremembami učnih načrtov (Morin, 2014). V raziskavi med zaposlenimi v zdravstveni negi v Združenih državah Amerike je Morin (2014) prikazala povezanost

med profesionalnim razvojem, nadaljevalnim izobraževanjem in zadovoljstvom pri delu ter javnosti postavlja izziv, kako v prihodnosti motivirati zaposlene v zdravstveni negi, da bi nadaljevali izobraževanje tudi po končanem formalnem izobraževanju. Willemsen McBride (2010) opozarja, da so posledica neuspešnih programov izobraževanja nižja kakovost zdravstvene oskrbe, zmanjšano zadovoljstvo pri delu in visoki stroški za organizacijo.

Izobraževanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v Sloveniji je opisala Rebernik Milić (2009). V Sloveniji se je organizirano izobraževanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi pričelo leta 1946 in je trajalo do leta 1959. Kandidati so po zaključku izobraževanja morali opraviti strokovni izpit in pridobili so naziv medicinski tehnik – instrumentarka. Od leta 1959 do leta 1972 je sledilo obdobje brez organiziranega izobraževanja. Nato so na Zdravstveni šoli v Mariboru v naslednjih 12 letih izvajali enoletni tečaj in v tem času je diplomo pridobilo 129 zaposlenih v zdravstveni negi. V letih od 1984 do 2003 v nadaljevanju spet ni bilo organiziranega izobraževanja. Rebernik Milić (2009) kot mejnico za zaposlene v operacijski zdravstveni negi definira leto 1996, saj je takrat Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije postala članica Evropskega združenja operacijskih medicinskih sester (EORNA – European Operating Room Nurses Association). Združenje ima razvit splošni obvezni učni načrt in program za izobraževanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, ki je projektiran tako, da ga lahko vsaka država članica prilagodi glede na lasten nacionalni sistem zdravstvenega varstva (EORNA (European Operating Room Nurses Association), 2012). Leta 2003 je bil na takrat Visoki zdravstveni šoli Maribor izveden podiplomski specialistični program "Perioperativna zdravstvena nega", a iz številnih razlogov ni zaživel in ni dobil podpore v kliničnih okoljih. Od takrat se formalno izobraževanje za specialiste v operacijski zdravstveni negi v Sloveniji ne izvaja več.

A tudi v drugih državah po svetu formalno izobraževanje za to specifično področje zdravstvene nege ni povsem urejeno, čeprav se ponekod v dodiplomskem študiju izvaja v okviru izbirnih vsebin (Brown, et al., 2018). Isti avtorji navajajo, da je povprečno trajanje izobraževalnega programa 6 mesecev do enega leta ali več, odvisno od specialnosti kirurškega področja. Razlog za relativno dolgo dobo usposabljanja novo

zaposlenih v operacijski zdravstveni negi je zagotovo tudi dualnost poklicne vloge, Brown, et al. (2018) izpostavljajo še potrebo po razširjenem znanju in veščinah za samostojno delovanje v nepredvidenih in urgentnih situacijah, omenjajo tudi unikatno delovno okolje. Večina delovnih ur namreč poteka pred občinstvom – drugimi člani medpoklicnega, velikokrat tudi multidisciplinarnega tima. V Združenih državah Amerike in Kanadi se programi izobraževanja za zaposlene v operacijski zdravstveni negi izvajajo v skladu s smernicami in priporočili Ameriškega združenja operacijskih medicinskih sester (AORN – Association of periOperative Registered Nurses) in Kanadskega združenja operacijskih medicinskih sester (ORNAC – Operating Room Nurses Association of Canada) in so na ta način strukturirani in standardizirani. Nekatere zdravstvene ustanove so na podlagi standardov AORN in ORNAC razvile lastne izobraževalne programe (Wilson, 2012; Brown, et al., 2018), nekatere pa uporabljajo program izobraževanja PeriOp 101, ki ga je razvila AORN (Brdnik, 2013). Izobraževalni program PeriOp 101 poteka v medsebojnem sodelovanju z zdravstvenimi ustanovami in fakultetami, je klinično usmerjen in temelji na praksi podprti z znanstvenimi dokazi (Martin, 2011). Isti avtor razkriva še, da je načrtovanje in sprotno prilagajanje tega kurikuluma drago, saj je za njegovo izvajanje potrebnih mnogo virov. A zaposlenim, ki se uvajajo za delo na tem specifičnem področju, opisan program povečuje samozavest, znanje, veščine in sposobnosti, kar pa jim daje priložnost, da jih ostali člani medpoklicnega tima hitreje sprejmejo v svojo sredino (Martin, 2011). Fennimore in Wolf (2011) razlagata, da proaktivnost vodilnih zaposlenih v zdravstveni negi pri načrtovanju in izvajanju takšnih izobraževalnih programov pripomore k večji učinkovitosti zdravstvene organizacije, na drugi strani pa programska neučinkovitost vodi k fluktuaciji zdravstvenega osebja v operacijski zdravstveni negi (Wilson, 2012). V magistrskem delu smo že omenili, da je EORNA razvila orodje kot vodilo za pomoč državam članicam pri oblikovanju izobraževalnega programa za zaposlene v operacijski zdravstveni negi in nekatere države članice ga v okviru podiplomskega študija modificirano tudi izvajajo.

2.2.4 Usposabljanje in mentorstvo zaposlenih v zdravstveni negi in njenih specialnih področjih

Program usposabljanja na delovnem mestu mora vsebovati postopke, ki bodo vodili k

opolnomočenju in usposobljenosti zaposlenih, da bodo bolje opravljali svoje naloge, s teoretičnim znanjem okrepili tudi tehnično znanje, izboljšali kvaliteto opravljenih storitev in razvili svoje potenciale (Fateminejhad & Kolahjoei, 2013). Posamezniki tako pridobivajo samozavest in disciplino, zmanjša se pojavnost napak ob vpeljavi novih operativnih postopkov ter neprizadevnost in nezanesljivost pri njihovem izvajanju (Dermol, 2010). Je torej ključna naložba organizacije, ki vodi k notranji promociji, razvoju kariernih potencialov človeških virov, večji produktivnosti in zadovoljstvu na delovnem mestu in z doseganjem organizacijskih ciljev prispeva k večji uspešnosti zaposlenih in organizacije (Khan, et al., 2011).

Skela Savič in Kydd (2011, p. 293) opisujeta znanje v zdravstveni negi kot "pomemben dejavnik pri profesionalnem odzivu zdravstvene nege na potrebe družbe v prihodnosti" in dodajata, da bo optimalen odgovor na spremembe v zdravstvenem varstvu možno zagotoviti le s poklicnim usposabljanjem na visoki ravni. Pri tem je pomembno aktivno sodelovanje zaposlenih, to namreč vodi do učinkovitega učenja in profesionalnega razvoja. Ramšak Pajk (2016, p. 4) dodaja, da se "odličnosti in kakovosti ne more dosežati brez ustreznega praktičnega usposabljanja" in pri tem opozarja na vlogo oblikovalcev smernic razvoja profesije. Ne smemo pozabiti, da lahko analiza potreb in premišljeno oblikovani moduli za usposabljanje vodijo k izboljšanju kliničnih kompetenc (Nababan & Saragih, 2018). Ako želimo povečati zmogljivost in izboljšati rezultate kliničnega usposabljanja zaposlenih v zdravstveni negi, moramo na tem področju razviti in implementirati nove učne modele (Tanner, 2010) in pri tem upoštevati tudi principe pri učenju odraslih. Odrasli resnico dojemajo bolj kritično, se bolj zavedajo učnih ciljev, sami vodijo svoje učenje, oblikujejo strategije in vrednotijo rezultate učenja (Knowles, et al., 2015). Zaradi tega so za delo z odraslimi bolj primerne metode izkustvenega učenja. David Kolb, ki je razvil enega bolj uveljavljenih modelov izkustvenega učenja pojav opredeljuje kot proces, ki se začne s konkretno izkušnjo, sledi mu razmišljujoče opazovanje in abstraktna konceptualizacija, ki se zaključí z aktivnim eksperimentiranjem – znanje se torej ustvarja s pretvorbo ali transformacijo izkušnje (Kolb, 1984). Oblike in metode poučevanja za učinkovito usposabljanje vedno kaže izbrati glede na situacijo, pri tem mislimo predvsem na uresničevanje učnih ciljev, skladnost z učnimi vsebinami ter primernost glede na značilnosti udeležencev. V raziskavi med zaposlenimi v zdravstveni

negi v Shirazu so Sajjadnia, et al. (2015) ugotovili, da so z odnosom do sodelovanja v usposabljanju na delovnem mestu povezane osebne in profesionalne značilnosti, načrtovanje procesa usposabljanja in organizacijski dejavniki. Isti avtorji so zaključili, da je za večjo motiviranost udeleženi v procesu usposabljanja bistvenega pomena preliminarna ocena po njihovih izobraževalnih potrebah, določitev časa in kraja usposabljanja in organizacijska podpora.

Mentorstvo kot oblika usposabljanja na delovnem mestu omogoča hitro in učinkovito usposabljanje zaposlenih, izboljšanje pridobivanja znanja na delovnem mestu (Veingerl Čič, 2017) in ob "posredovanju znanja, veščin in stališč, zajema tudi vrsto podpornih in motivacijskih vsebin" (Dermol, 2010, p. 62). Kotnik, et al. (2010) vidijo mentorstvo kot temeljni element učinkovitega izobraževanja in razvoja zaposlenih, pri tem pa hkrati opozarjajo na nujnost po usposobljenih mentorjih, ki znajo voditi in usmerjati mentorirance. Haggard, et al. (2011) so v raziskovalnem prispevku podrobno pregledali okoli 40 različnih definicij mentorstva, jih razmejili po ključnih lastnostih vseh mentorskih odnosov ter v razpravi poudarili, da ne verjamejo, da je mogoče ali celo zaželeno, da se vsi raziskovalci dogovorijo o eni specifični, celoviti definiciji mentorstva.

Jacobs (2018) v analizi razvoja mentorstva ugotavlja, kako so se modeli v zdravstveni negi razvijali vse od paternalističnih v letih okrog 1940 do tistih, ki vzpodbujajo več sodelovanja in razvoja vzajemnih odnosov med mentorjem in mentorirancem. Pri tem isti avtor razkriva, da se bo razvoj mentorstva v zdravstveni negi moral posvetiti predvsem štirim poglavitnim izzivom, ki čakajo to zdravstveno disciplino v prihodnosti, to so profesionalna odgovornost, pomanjkanje kadra, komunikacija in razvoj kritičnih sposobnosti razmišljanja. Korist od izmenjave znanja v mentorskem procesu imajo tako zaposleni kot organizacija, saj ne glede na to, kakšno obliko mentorstva v delovnem okolju izvajamo, daje priložnost izkoristiti sposobnosti vseh generacij in je tako eden od načinov uvajanja medgeneracijskega sodelovanja v organizaciji. Tradicionalno mentorstvo se uporablja kot orodje za prenos tihega znanja z organizacijskimi procesi socializacije (Harvey, et al., 2017), mentor je izkušena ter običajno starejša oseba. Na drugi strani Veingerl Čič (2017) v doktorski disertaciji ne razpravlja samo o mentorskem odnosu med starejšim, izkušenim zaposlenim, ki svoje znanje in izkušnje prenaša na

mlajšega, manj izkušenega sodelavca, ampak tudi o novi paradigmi, o obratnem mentorstvu. To se dogaja takrat, ko mlajši zaposleni delujejo kot mentorji starejšim in mentorirajo teme, kot so tehnologija, socialni mediji in trenutni kulturni trendi (Harvey, et al., 2017; Veingerl Čič, 2017), sami pa lahko v procesu pridobijo vodstvene veščine in organizacijsko znanje ter tako izboljšajo svoje razumevanje dejavnosti. Kot menita Murphy (2012) in Morris (2017) je to ob delitvi aktualnega znanja priložnost za spodbujanje inovativnosti, razumevanja raznolikosti različnih generacij in izboljšanje sodelovanja na delovnem mestu oziroma socialnega mreženja. Veingerl Čič (2017) zaključuje, da obratno mentorstvo močno vpliva na pospeševanje medgeneracijskega sodelovanja. Medgeneracijske razlike v delovni etiki zahtevajo nove strategije upravljanja, pri čemer moramo upoštevati, da ima vsaka generacija edinstvene značilnosti (Meretoja, et al., 2014; Stevanin, et al., 2018; Taylor, 2018). Različne generacije na istem delovnem mestu delijo skupne izkušnje in se lahko razlikujejo v mnogih pogledih, vrednotah in odnosih (Hendricks & Cope, 2013), kljub temu pa so vse generacije sposobne medgeneracijskega sodelovanja (Weeks, et al., 2017) in prav obratno mentorstvo ima pri tem močan vpliv.

Marsh (2015) razlaga, da je pomembno, da se zaposleni zavedajo pomena učenja v delovnem okolju, a prav tako je pomembno, da imajo tisti, ki poučujejo, za to razvite kompetence (Melincavage, 2011). Skela Savič in Kiger (2015) sta v raziskavi iz leta 2012, ki je potekala na Fakulteti za zdravstvo Jesenice, med drugim ugotovili, da medicinske sestre kot klinični mentorji večinoma nimajo načrta za razvoj svoje kariere, čas, ki ga namenijo raziskovanju je skromen, prav tako niso dejavne v izobraževanju in usposabljanju ter dodajata, da so prav to pomembni dejavniki, ki so povezani z njihovim profesionalnim razvojem. Oblak & Skela Savič (2017b, p. 198) razlagata, da Harvey (2012) mentorstvo v zdravstveni negi poimenuje kot "kompleksen proces, ki od izvajalcev terja visoko stopnjo odgovornosti do zavedanja, da se v procesu mentorstva dejansko oblikujejo naslednje generacije strokovnjakov v zdravstveni negi". Mentorstvo lahko torej razumemo kot obliko socializacije za profesionalne vloge, skrb za prihodnost za bodoče zaposlene v zdravstveni negi in kot priložnost za profesionalni in osebni razvoj (Ramšak Pajk, 2016).

Stresni dejavniki v delovnem okolju v operacijskih dvoranah so številni, novo zaposleni se morajo naučiti številnih kliničnih veščin v tehnično kompleksnem okolju in se vključiti v izzivalno socialno sredino, ki je sestavljena iz različnih osebnosti. Osvojiti morajo specifične veščine za sposobnost sprejemanja hitrih odločitev pri spreminjajočih se zahtevah pri varni obravnavi pacienta (Monahan, 2015). Morda se v novi socialni sredini in kulturi mnogokrat počutijo nesprejete, zato jim je potrebno zagotoviti stabilen sistem podpore z ažurnimi povratnimi informacijami (Wilson, 2012). Izobraževalni programi naj vključujejo predane mentorje, varno klinično okolje, sprotno povratno informacijo in cilje za vse udeležence, redne sestanke in visoko stopnjo vključenosti vseh članov medpoklicnega tima (Wilson, 2012; Pupkiewicz, et al., 2015). Pomemben vidik mentorstva v operacijski zdravstveni negi je razvijanje kliničnih izkušenj in kritičnega razmišljanja ob hkratnem izvajanju varne zdravstvene obravnave v nepoznanem kliničnem okolju (Nicholson, 2017). Root (2011) pripominja, da je izbira mentorjev v operacijski zdravstveni negi prav toliko pomembna kot izbira kandidatov za delo in pri tem izpostavlja klinično znanje mentorjev, njihovo zanesljivost, sposobnost demonstracije dela ter poznavanje in aplikacijo principov poučevanja odraslih.

2.2.5 Kriteriji za izbor kandidatov za delo v operacijski zdravstveni negi

Zavedati se moramo, da vsi kandidati za delo v operacijski zdravstveni negi karierno na tem področju ne bodo uspeli, zato je njihov izbor bistvenega pomena (Root, 2011). Mnenju se pridružujeta tudi Žmauc (2012) in Brdnik (2013), ki ugotavljata, da slovenske bolnišnice, ki so sodelovale v njihovih raziskavah, izbirnega postopka za zaposlitev kandidatov v tej dejavnosti ne izvajajo ali pa ta ni primeren, ni namreč prilagojen zahtevnosti profila zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, saj je enak kot za vse ostale profile zaposlenih v zdravstveni negi.

Pri privabljanju primernih kandidatov za delo v tej specifični dejavnosti je potrebno opozoriti tudi na pomen partnerstva kliničnega okolja s fakultetami. Z možnostjo izbire operacijske zdravstvene nege kot elektivne vsebine v sklopu dodiplomskega študija zdravstvene nege lahko že študentom zdravstvene nege jasno prikažemo vlogo zaposlenih v tej specifični dejavnosti in jih eventualno navdušimo za opravljanje tega poklica po

končanem dodiplomskem izobraževanju (Battie, 2013). Na drugi strani pa lahko z zgodnjo usmeritvijo prihranimo čas in finančna sredstva, ki bi jih namenili novo zaposlenim, ki bi v času usposabljanja spoznali, da se na tem področju karierno pač ne želijo nadalje razvijati. Brown, et al. (2018) razlagajo, da nekateri zaposleni na drugih specialističnih zdravstvenih področjih operacijske zdravstvene nege primarno ne opredeljujejo kot zdravstveno nego in svetujejo novo zaposlenim v zdravstveni negi, da klinične izkušnje in veščine kritičnega razmišljanja pridobijo z zaposlitvijo na kirurških oddelkih. Isti avtorji zaključujejo, da je takšno razmišljanje zmotno in pomeni samo nepotreben korak in izgubo časa, saj se usposabljanje na drugih področjih zdravstvene nege ne more kar preprosto prenesti v izvajanje operacijske zdravstvene nege. Kot pomembne attribute med prvim informativnim intervjujem s kandidati za zaposlitev Brown, et al. (2018) naštevajo znanje o operacijski zdravstveni negi, zanimanje za to področje, osebnostne značilnosti, kratkoročne in dolgoročne cilje kandidatov ter njihove prejšnje izkušnje z omenjenim področjem zdravstva v sklopu elektivnih vsebin na fakulteti.

Root (2011) je v vodniku za zaposlovanje v operacijski zdravstveni negi opredelila tudi značilnosti in kvalitete, ki naj bi jih imeli kandidati primerni za zaposlitev. Po njenem mnenju morajo kandidati primerni za zaposlitev v omenjeni dejavnosti izkazovati znanje za izvajanje varne zdravstvene nege po standardnih postopkih in biti sposobni apliciranja na dokazih podprte prakse; morajo biti fleksibilni, empatični, razumevajoči in pozitivno naravnani; sposobni učenja iz napak, obvladovanja stresnih in drugih neobičajnih situacij; sposobni kritičnega mišljenja, sodelovanja v timu in opravljanja več nalog hkrati z razvitimi spretnostmi komuniciranja; morajo sodelovati z mentorjem in izkazovati zanimanje za operativno dejavnost. Vprašati se torej moramo ali ima kandidat poglobljeno specifično znanje, ali ima ustrezne psihofizične značilnosti za delo v tem okolju ter vzpostavljene mehanizme za učinkovito reševanje in obvladovanje stresnih situacij. Spremljanje in usposabljanje novo zaposlenega zahteva določeno čustveno vpletenost osebja, ne smemo pa zanemariti tudi podporne vloge okolja, ki naj bo pozitivna do vseh zaposlenih, ne samo do tistih, ki se usposabljujejo (Root, 2011). Pupkiewicz, et al. (2015) pri tem izpostavljajo še številčno ravnovesje med novo zaposlenimi na delovnem mestu in tistimi zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi, ki jih usposabljujejo.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je ugotoviti odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu v slovenskih bolnišnicah, kjer se izvaja operativna dejavnost.

Rezultati raziskovanja bodo lahko podlaga za razvoj enotne strategije pri izboljšanju učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih visokošolsko izobraženih na področju zdravstvene nege za delo v operacijski zdravstveni negi na nacionalnem nivoju.

Cilji magistrskega dela so:

- ugotoviti stališča zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih v slovenskih javnih bolnišnicah, v katerih opravljajo operativno dejavnost,
- ugotoviti stališča do specifičnih zahtev, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v operacijski zdravstveni negi,
- opredeliti ovire, ki otežujejo proces usposabljanja novo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi in predlagati rešitve na tem področju.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

H1 – Višja ko je stopnja izobrazbe in starost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, višja je stopnja njihove samoocene znanja in usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu.

H2 – Bolje ko zaposleni v operacijski zdravstveni negi ocenjujejo vlogo organizacije pri učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu, višja je njihova stopnja samoocene usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu.

H3 – Nižja ko je stopnja zadovoljstva zaposlenih v operacijski zdravstveni negi pri delu, bolj je odklonilen njihov odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu.

H4 – Višja ko je stopnja obremenjenosti zaposlenih v operacijski zdravstveni negi na delovnem mestu, bolj je odklonilen njihov odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu.

H5 – Višja ko je stopnja izobrazbe in starost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, višja je stopnja njihovega strinjanja s specifičnimi zahtevami, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v operacijski zdravstveni negi.

H6 – Obstajajo statistično pomembne razlike zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v različnih tipih bolnišnic pri stopnji njihove samoocene znanja in pri stališčih o vlogi organizacije pri učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu, zadovoljstva pri delu, obremenjenosti na delovnem mestu, odnosa novo zaposlenih in specifičnih zahtevah, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v tej dejavnosti.

H7 – Glede na generacijsko pripadnost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi obstajajo statistično pomembne razlike pri stopnji njihove samoocene znanja in v stališčih o vlogi organizacije pri učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu, zadovoljstvu pri delu, obremenjenosti na delovnem mestu, odnosu novo zaposlenih in specifičnih zahtevah, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v tej dejavnosti.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

3.3.1 Dizajn raziskave

V teoretičnem delu magistrskega dela smo uporabili deskriptivno metodo s pregledom tujih in domačih literarnih virov s področja človeških virov v zdravstvu, njihovega upravljanja in razvoja, posvetili smo se tudi značilnostim razvoja in prenosa znanja med zdravstvenimi delavci. Pregledali smo vire s področja človeških virov v zdravstveni negi in njenih specialnih področjih ter se pri tem osredotočili na kompetence, izobraževanje,

usposabljanje in mentorstvo zaposlenih. Natančneje smo raziskali poklicno vlogo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi in proučili kriterije za izbor kandidatov za delo v tej specifični panogi zdravstvene nege.

Pri iskanju literature smo v obdobju od 1. avgusta 2017 do 30. novembra 2018 uporabili sistematično iskalno strategijo v bazah podatkov Academic Search Elite, CINAHL with Full Text, ERIC, MEDLINE, ProQuest, ScienceDirect, SpringerLink, Wiley Online Library in COBISS+, z datumom objave vse od januarja 2009 dalje. V tujih bazah podatkov Academic Search Elite, CINAHL with Full Text, ERIC, MEDLINE, ProQuest, ScienceDirect, SpringerLink in Wiley Online Library smo iskanje omejili na objave v znanstvenih revijah in doktorske disertacije. Izvedli smo več nizov iskanja in v različnih kombinacijah uporabili iskalne pojme v angleškem jeziku: "human resources, human capital, manpower, human resource management, health care, health workforce, organizational management, personal development, professional development, employee outcome, learning, adult learning, learning styles, experiential learning, simulation learning, knowledge, knowledge transfer management, education, mentors, mentee, mentoring, mentorship, preceptorship, novice nurse, nursing, clinical setting, perioperative nursing, perioperative practice, theatre nurses, scrub nurses, operating room, operating theatre, coaching, training, practical training, specialized training, in-service training, employees training, clinical team education, vocational education, competence, skills, transfer of skills, qualifications, generations" ter Boolov logični operator AND (IN). V slovenski vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov COBISS+ smo iskanje omejili z vrsto gradiva, ki je moralo biti znanstvena monografija, magistrsko delo ali doktorska disertacija, strokovni ali znanstveni članek v reviji z recenzijo, prispevek na konferenci ali raziskovalno poročilo, vse z datumom objave od leta 2009 dalje. Diplomatska dela smo vključili izrecno v začetni fazi razvijanja vprašalnika v sklopu pilotnega raziskovalnega projekta (Oblak, 2017) in pri opisovanju zgodovine izobraževanja zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v Sloveniji (Rebernik Milić, 2009). Izvedli smo več nizov iskanja in v različnih kombinacijah uporabili iskalne pojme "kadri, človeški viri, razvoj kadrov, upravljanje kadrov, kadrovski management, management človeških virov, organizacija, znanje, učenje, izobraževanje, izobraževanje odraslih, usposabljanje, mentor, mentorstvo, zdravstvena nega, klinično okolje, klinično

usposabljanje, profesionalni razvoj, operacijska medicinska sestra, operativna dejavnost, kompetence, novo zaposleni" ter Boolov logični operator AND (IN).

V magistrskem delu smo povzemali tudi iz dveh publikacij, katerih datum objave je starejši od desetih let. Mislimo na znanstvena prispevka Davida Kolb-a (1984), ki razjasnjuje teorijo izkustvenega učenja in Patricie Benner (1984), ki na temelju Dreyfusovega modela pridobivanja spretnosti razlaga stopnje razvijanja kompetenc zaposlenih v zdravstveni negi.

V empiričnem delu magistrskega dela smo izvedli kvantitativno neeksperimentalno eksploratorno raziskavo, podatke smo zbirali s pomočjo vprašalnika razvitega posebej za namen tega magistrskega dela.

3.3.2 Instrument raziskave

Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik. Merski instrument, s katerim smo zajemali podatke v magistrskem delu vsebuje 3 vsebinsko ločene sklope vprašanj, ki so zaprtega tipa. Prvi sklop vprašanj označuje značilnosti zaposlitve v operacijski zdravstveni negi in demografske podatke. V tem sklopu smo podatke zbirali z 16 vprašanji. Zaposleni v operacijski zdravstveni negi so se opredelili do tega, kako pogosto usposabljujejo novo zaposlene na delovnem mestu, kako so za to usposobljeni (na lestvici od 1 do 5 z izjavami: 1 – nezadostno; 2 – zadostno; 3 – dobro; 4 – prav dobro; 5 – odlično), ali so pri tem razbremenjeni aktivne vloge v delovnem procesu ter ali za to prejmejo plačilo. Ocenili so tudi svoje zadovoljstvo pri delu in svojo usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi (na lestvici od 1 do 5 z izjavami: 1 – nezadostno; 2 – zadostno; 3 – dobro; 4 – prav dobro; 5 – odlično). Izrazili so še mnenje o tem, kdaj je novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi dobro usposobljen za samostojno opravljanje dela. Pri demografskih podatkih so anketirani določili tip bolnišnice, v kateri delajo, svojo starost, delovno dobo, izobrazbo na področju in izven področja zdravstvene nege in oblike dela, v katerih na tem delovnem mestu sodelujejo. Zanimali so nas tudi podatki o izobraževanjih in aktivnem sodelovanju pri Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, Zbornici zdravstvene in babiške nege

Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornici – Zvezi) ali drugem strokovnem društvu v zadnjih petih letih. Na ti dve vprašanji so anketirani odgovorili z dihonomnim odgovorom (da ali ne). Drugi sklop vprašanj, imenovan "Opis mentorske vloge, znanja, usposobljenosti in stanja usposabljanja novo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi", pojasnjuje splošni odnos do usposabljanja novo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, znanje, izobraževanje in usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu ter trenutno stanje usposabljanja novo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi. Ta sklop vsebuje 27 vprašanj z možnostjo opredelitve na Likertovi lestvici stališč z izjavami: 1 – nikakor se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – sem neopredeljen/a; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam. Tretji sklop vprašanj, imenovan "Opis dejavnikov, ki vplivajo na učinkovitost usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu", natančneje opisuje vlogo organizacije, zadovoljstvo pri delu, obremenjenost na delovnem mestu ter odnos novo zaposlenih na delovnem mestu in specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi. V ta sklop je umeščenih 34 vprašanj z možnostjo opredelitve na Likertovi lestvici stališč z izjavami: 1 – nikakor se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – sem neopredeljen/a; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam.

Pri vsebinski formulaciji vprašalnika smo izhajali iz prispevkov avtorjev, ki so proučevali zadovoljstvo kliničnih mentorjev z izvajanjem klinične prakse ter ugotavljali težave, ki negativno vplivajo na mentorje in študente zdravstvene nege (Kulaš, 2013), odkrivali vlogo kliničnih mentorjev študentom zdravstvene nege ter najpogostejše težave, ki se pri tem pojavljajo (Šivic, 2013), raziskovali zadovoljstvo diplomiranih medicinskih sester s kliničnim mentorstvom (Novak & Založnik, 2015), preverjali, kako klinični mentorji vrednotijo svoje delo s študenti zdravstvene nege v kliničnih okoljih zdravstvene nege (Žerdoner, 2015) ter preiskovali odnos kliničnih mentorjev do študentov zdravstvene nege (Peternel, 2016). Naj pojasnimo, da je pregled literature razkril pomanjkanje raziskav iz našega raziskovalnega področja, na drugi strani pa je bilo na področju, ki do omenjene tematike prikazuje pogled s strani študentov zdravstvene nege ali kliničnih mentorjev, narejenih precej raziskav. Zaradi vsebinske ustreznosti in prenosljivosti na naše raziskovalno področje smo pri sestavi vprašalnika uporabili rezultate teh raziskav, pri tem pa upoštevali, da so to vendarle različni deležniki, ki imajo v delovnem procesu

tudi drugačno odgovornost. Za specifične zahteve tega magistrskega dela smo dodali še vprašanja o izobraževanju in usposabljanju zaposlenih v operacijski zdravstveni negi (Žmauc, 2012; Brdnik, 2013) ter o lastnostih, ki naj bi jih imeli kandidati primerni za zaposlitev v tej dejavnosti (Root, 2011).

Zanesljivost merskega instrumenta smo preliminarno preverjali v sklopu pilotnega raziskovalnega projekta (Oblak, 2017), v katerem je vprašalnik v marcu 2017 izpolnilo 69 respondentov zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v Operacijskem bloku UKC Ljubljana. Preverjanje notranje konsistentnosti vprašalnika v pilotni fazi je bilo izvedeno z izračunom koeficienta Cronbach alfa, pri čemer smo priporočljive mere vrednosti povzeli po avtorjih Tavakol in Dennick (2011). Za vsa vključena vprašanja v vprašalniku je vrednost koeficienta Cronbach alfa znašala 0,883, zanesljivost je bila dobra (Tavakol & Dennick, 2011). Vrednost koeficienta Cronbach alfa izračunana zgoj za vprašanja z lestvico odgovorov na Likertovi lestvici stališč z izjavami: 1 – nikakor se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – sem neopredeljen/a; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam, je znašala 0,839 in tudi v tem primeru je bila zanesljivost vprašalnika dobra (Tavakol & Dennick, 2011). Za namen magistrskega dela smo v instrumentu iz pilotnega projekta dopolnili podsklope, kjer je bila vrednost Cronbach alfa nižja, dodali podsklop vprašanj o trenutnem stanju usposabljanja novo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi in specifičnih zahtevah za delo v tej dejavnosti ter vprašalnik nekoliko oblikovno preoblikovali. Preverjanje notranje konsistentnosti instrumenta za zbiranje podatkov v magistrskem delu je bilo izvedeno s koeficientom Cronbach alfa, pri čemer smo priporočljive mere vrednosti povzeli po avtorjih Tavakol in Dennick (2011). Vrednost koeficienta Cronbach alfa izračunana za vprašanja z možnostjo opredelitve na Likertovi lestvici stališč z izjavami: 1 – nikakor se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – sem neopredeljen/a; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam) v drugih dveh sklopih vprašalnika je znašala 0,892, zanesljivost vprašalnika je bila dobra (Tavakol & Dennick, 2011).

Zanesljivost instrumenta smo preverjali tudi z eksploratorno faktorsko analizo, v katero smo vključili podsklope, ki so imeli vrednost koeficienta Cronbach alfa za skupno zanesljivost podsklopa 0,60 ali več (tabela 1). Iz posameznih podsklopov smo s faktorsko

analizo, z metodo glavnih komponent, oblikovali faktorje, katerih zanesljivost smo preverili z izračunom koeficienta Cronbach alfa. Za bolj jasno strukturo vprašanj po komponentah smo uporabili Varimax rotacijo. Pri oblikovanju novih spremenljivk – komponente – smo sledili osnovnim pravilom rezultata: dobra komponenta pojasnjuje vsaj približno 60% celotne variance, spremenljivke v komponenti so medsebojno povezane, komponenta je vsaj sprejemljive zanesljivosti, vrednost koeficienta Cronbach alfa je pri tem večja od 0,60 (Tabachnick & Fidell, 2013). Moč povezanosti med spremenljivkami smo preverjali s Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mero vzorčne ustreznosti. KMO test je statistična metoda, s katero prikazujemo delež variance v spremenljivkah, ki bi jo lahko povzročili oblikovani faktorji; metoda torej pojasni, ali je vzorec primeren za faktorsko analizo (Tabachnick & Fidell, 2013). Da lahko govorimo o dobri povezanosti med spremenljivkami in smiselnostjo faktorske analize, bi naj bila vrednost KMO testa 0,80 ali več, če je njegova vrednost manjša od 0,50, rezultati faktorske analize verjetno ne bodo zelo koristni (Tabachnick & Fidell, 2013; Pallant, 2016). Ustreznost spremenljivk za nadaljnjo izvedbo faktorske analize smo preverjali tudi z Bartlettovim testom sferičnosti. Z navedenim testom preverjamo domnevo, da je korelacijska matrika identitetna matrika, ki pokaže, da so spremenljivke nepovezane in zato neprimerne za faktorsko analizo (Devellis, 2013; Tabachnick & Fidell, 2013). Če test kaže statistično značilne razlike pri stopnji značilnosti $<0,001$ pomeni, da spremenljivke niso neodvisne med seboj in je nadaljnja analiza vplivov smiselna (Pallant, 2016). Komunaliteta je delež variance, ki je pojasnjena s skupnimi faktorji (Comrey & Lee, 2016). Vrednost, ki je manjša od 0,20 pri tem pokaže na spremenljivko, ki ne sodi v faktorsko analizo in jo je iz analize najboljše izločiti (Comrey & Lee, 2016).

Kot je razvidno iz tabele 1 podsklopa C "Splošni odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu" zaradi slabe zanesljivosti ($\alpha=0,517$) v faktorski analizi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali. Tudi v podsklopu E "Trenutno stanje usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi" smo zaznali slabo zanesljivost ($\alpha=0,557$) in ga v faktorski analizi nismo uporabljali. Oba podsklopa smo prikazali samo v opisni analizi.

Tabela 1: Zanesljivost instrumenta raziskave

Podsklop vprašalnika		n	Vrednost α za skupno zanesljivost podsklopa
C	Splošni odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu	9	0,517*
D	Znanje, izobraževanje in usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu	9	0,782
E	Trenutno stanje usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi	9	0,557*
F	Vloga organizacije	9	0,925
G	Zadovoljstvo pri delu	9	0,860
H	Obremenjenost na delovnem mestu	9	0,761
I/a	Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu	7	0,687
I/b	Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi	10	0,866
Skupaj		71	
Vrednost α za zanesljivost vprašalnika v sklopih 2 in 3			0,892

Legenda: n – število vprašanj, α – koeficient Cronbach alfa, * podsklopa zaradi slabe zanesljivosti v faktorski analizi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali, prikazali smo ju samo v opisni analizi, I/a in I/b – podsklop I smo pri nadaljnji obdelavi magistrskega dela razdelili na dva dela.

Komponento v podsklopu D "Znanje, izobraževanje in usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu" (tabela 2) sestavlja 6 spremenljivk od izbranih osnovnih 9 spremenljivk. Tri vprašanja smo izločili predvsem zaradi slabe povezanosti z ostalimi spremenljivkami, kar bi posledično vplivalo na zanesljivost komponente. Uporabili smo metodo glavnih komponent s poševnokotno Oblimin rotacijo s Kaiserjevo normalizacijo. Rotacija se je konvergirala v petih ponovitvah. Oblikovani komponenti skupaj pojasnujeta 64% celotne variance, od tega 44% pojasnjuje prva komponenta druga komponenta pa 20%. Rezultata KMO in Bartlettovega testa sferičnosti kažeta, da je faktorska analiza smiselna. Vrednosti komunalitet vseh vključenih spremenljivk so višje od 0,20, torej vse te spremenljivke pojasnjujejo dovolj velik delež variabilnosti odvisne spremenljivke. Skupna vrednost koeficienta Cronbach alfa za podsklop D kaže dobro zanesljivost ($\alpha=0,710$), tudi zanesljivost faktorja F1 je dobra ($\alpha=0,784$), zanesljivost drugega faktorja v tem podsklopu je slaba ($\alpha=0,572$). Slednje smo upoštevali pri interpretaciji rezultatov in tega faktorja zaradi slabe zanesljivosti v nadaljnji obdelavi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali. Faktor F1, prvi faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, tvorijo 3 vprašanja (tabela 2). Poimenovali smo ga "Samoocena znanja za delo/usposabljanje".

Tabela 2: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu D – "Znanje, izobraževanje in usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu"

Podsklop/vprašanje		Komunalitete	Faktorji in faktorske uteži	
D	Znanje, izobraževanje in usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu		F1	*
D1	Za delo na svojem strokovnem področju imam dovolj praktičnega znanja.	0,806	0,895	-0,071
D2	Za delo na svojem strokovnem področju imam dovolj teoretičnega znanja.	0,717	0,814	0,234
D4	Za usposabljanje novo zaposlenih imam dovolj praktičnega znanja.	0,632	0,741	0,287
D3	Vsaj enkrat na mesec preberem strokovni ali znanstveni članek s področja zdravstvene nege.	0,479	0,380	0,646
D7	Svoje znanje in izkušnje učinkovito prenašam na novo zaposlene.	0,562	0,092	0,686
D8	Za usposabljanje novo zaposlenih imam dovolj znanja iz pedagoško-andragoških vsebin.	0,663	0,028	0,814
Pojasnjena varianca posamezne komponente (%)			44,021	20,287
Celotna pojasnjena varianca (%)				64,308
Cronbach alfa – zanesljivost posamezne komponente			0,784	0,572
Cronbach alfa – skupna zanesljivost				0,710
KMO test				0,730
Bartlettov test sferičnosti	približen hi-kvadrat			319,549
	df			15
	p			<0,001

Legenda: % – odstotek, KMO – Kaiser-Meyer-Olkin, df – prostostna stopnja, p – statistična značilnost, F1 – "Samocena znanja za delo/usposabljanje", * – faktorja zaradi slabe zanesljivosti v nadaljnji obdelavi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali.

Komponento v podsklopu F "Vloga organizacije" (tabela 3) sestavlja vseh 9 spremenljivk. Oblikovana komponenta pojasnjuje 63% celotne variance. Rezultata KMO in Bartlettovega testa sferičnosti kažeta, da je faktorska analiza smiselna. Vrednosti komunalitet vseh vključenih spremenljivk so višje od 0,20, torej vse te spremenljivke pojasnjujejo dovolj velik delež variabilnosti odvisne spremenljivke. Skupna vrednost koeficienta Cronbach alfa za podsklop F kaže odlično zanesljivost ($\alpha=0,925$). Faktor F2, drugi faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, smo poimenovali "Celostni pristop organizacije pri usposabljanju novo zaposlenih".

Tabela 3: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu F – "Vloga organizacije"

Podsklop/vprašanje		Komunalitete	Faktor in faktorske uteži
F	Vloga organizacije		F2
F1	Usposabljanje novo zaposlenih poteka sistematično.	0,416	0,849
F2	Za usposabljanje novo zaposlenih prejmem natančna navodila.	0,693	0,847
F3	Moja odgovornost pri usposabljanju novo zaposlenih je natančno določena.	0,718	0,845
F4	Odgovornost novo zaposlenih je natančno določena.	0,714	0,832
F5	Cilji usposabljanja novo zaposlenih so natančno določeni.	0,679	0,824
F6	Kriteriji za merjenje učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih so natančno določeni.	0,720	0,809
F7	O problemih, ki se med usposabljanjem novo zaposlenih pojavijo, razpravljamo na skupnih sestankih.	0,519	0,761
F8	Za usposabljanje novo zaposlenih prejmem pohvalo od vodje.	0,580	0,721
F9	Vedno prejmem povratno informacijo o učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih.	0,654	0,645
Celotna pojasnjena varianca (%)			63,256
Koeficient Cronbach alfa			0,925
KMO test			0,915
Bartlettov test sferičnosti		približen hi-kvadrat	1285,656
		df	36
		p	<0,001

Legenda: % – odstotek, KMO – Kaiser-Meyer-Olkin, df – prostostna stopnja, p – statistična značilnost, F2 – "Celostni pristop organizacije pri usposabljanju novo zaposlenih".

Komponento v podsklopu G "Zadovoljstvo pri delu" (tabela 4) sestavlja vseh 9 spremenljivk. Uporabili smo metodo glavnih komponent s poševnokotno Oblimin rotacijo s Kaiserjevo normalizacijo. Rotacija se je konvergirala v treh ponovitvah. Oblikovani komponenti skupaj pojasnjujeta 64% celotne variance, od tega 49% pojasnjuje prva komponenta, druga komponenta pa 15%. Rezultata KMO in Bartlettovega testa sferičnosti kažeta, da je faktorska analiza smiselna. Vrednosti komunalitet vseh vključenih spremenljivk so višje od 0,20, torej vse te spremenljivke pojasnjujejo dovolj velik delež variabilnosti odvisne spremenljivke. Skupna vrednost koeficienta Cronbach alfa za podsklop G kaže dobro zanesljivost ($\alpha=0,860$), tudi zanesljivost faktorja F3 ($\alpha=0,833$) in faktorja F4 ($\alpha=0,735$) je dobra. Faktor F3, tretji faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, tvori 7 vprašanj (tabela 4). Poimenovali smo ga "Splošno zadovoljstvo pri delu". Faktor F4, četrti faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, tvorita 2 vprašanja (tabela 4). Poimenovali smo ga "Dodatne zadolžitve in izzivi".

Tabela 4: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu G – "Zadovoljstvo pri delu"

Podsklop/vprašanje		Komunalitete	Faktorji in faktorske uteži	
G	Zadovoljstvo pri delu		F3	F4
G1	Odnosi med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi so dobri.	0,704	0,853	-0,044
G2	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi si med seboj prenašamo znanje in izkušnje.	0,641	0,809	-0,028
G3	Med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi vlada zaupanje.	0,662	0,838	-0,086
G4	Obseg dela med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi je enakomerno razporejen.	0,491	0,697	0,012
G5	Zmogel bi opraviti še dodatne delovne zadolžitve.	0,817	0,038	0,890
G6	Zmogel bi opraviti še bolj kompleksne delovne izzive.	0,816	-0,025	0,911
G7	V operacijskem okolju je vzpodbudno delovno vzdušje.	0,689	0,765	0,158
G8	V operacijskem okolju podpiramo ničelno toleranco do nasilja.	0,469	0,682	0,008
G9	Vzpodbujamo izražanje predlogov za uvajanje sprememb v operacijskem okolju.	0,510	0,702	0,035
Pojasnjena varianca posamezne komponente (%)			49,099	15,333
Celotna pojasnjena varianca (%)				64,432
Cronbach alfa – zanesljivost posamezne komponente			0,833	0,735
Cronbach alfa – skupna zanesljivost				0,860
KMO test				0,849
Bartlettov test sferičnosti		približen hi-kvadrat		887,794
		df		36
		p		<0,001

Legenda: % – odstotek, KMO – Kaiser-Meyer-Olkin, df – prostostna stopnja, p – statistična značilnost, F3 – "Splošno zadovoljstvo pri delu", F4 – "Dodatne zadolžitve in izzivi".

Komponento v podsklopu H "Obremenjenost na delovnem mestu" (tabela 5) sestavlja 6 od osnovnega nabora 9 spremenljivk. Tri vprašanja smo izločili predvsem zaradi slabe povezanosti z ostalimi spremenljivkami in posledičnega vpliva na zanesljivost komponente. Uporabili smo metodo glavnih komponent s pravokotno Varimax rotacijo s Kaiserjevo normalizacijo. Rotacija se je konvergirala v treh ponovitvah. Oblikovani komponenti skupaj pojasnjujeta 62% celotne variance, od tega 42% pojasnjuje prva komponenta druga komponenta pa 20%. Rezultata KMO in Bartlettovega testa sferičnosti kažeta, da je faktorska analiza smiselna. Vrednosti komunalitet vseh vključenih spremenljivk so višje od 0,20, torej vse te spremenljivke pojasnjujejo dovolj velik delež variabilnosti odvisne spremenljivke. Skupna vrednost koeficienta Cronbach alfa za podsklop H kaže dobro zanesljivost ($\alpha=0,705$), tudi zanesljivost faktorja F5 je dobra ($\alpha=0,761$), zanesljivost drugega faktorja oblikovanega v tem podsklopu je nesprejemljiva

($\alpha=0,456$). Slednje smo upoštevali pri interpretaciji rezultatov in tako tega faktorja zaradi nesprejemljive zanesljivosti v nadaljnji obdelavi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali. Faktor F5, peti faktor, ki smo ga dobili s faktorjsko analizo, tvorijo 4 vprašanja (tabela 5). Poimenovali smo ga "Prenos znanj kot obremenitev posameznika".

Tabela 5: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu H – "Obremenjenost na delovnem mestu"

Podsklop/vprašanje		Komunalitete	Faktorji in faktorjske uteži	
H	Obremenjenost na delovnem mestu		F5	*
H1	Tisti zaposleni v operacijski zdravstveni negi, ki usposabljujejo novo zaposlene, sočasno ne bi smeli opravljati aktivne vloge v delovnem procesu.	0,646	0,797	-0,104
H2	Zaradi opravljanja svojih delovnih obveznosti novo zaposlenim ne morem nameniti toliko časa, kot bi ga le-ti potrebovali.	0,643	0,802	-0,004
H5	Pri usposabljanju novo zaposlenih med operativnim posegom čutim časovni pritisk.	0,679	0,750	0,342
H6	Usposabljanje novo zaposlenih med operativnim posegom mi predstavlja dodatno obremenitev.	0,593	0,628	0,445
H8	Zaradi usposabljanja novo zaposlenih poteka delo v operacijski dvorani počasneje.	0,563	0,166	0,732
H9	Kljub usposabljanju novo zaposlenih delo v operacijski dvorani vedno poteka nemoteno.	0,619	-0,057	0,785
Pojasnjena varianca posamezne komponente (%)			42,173	20,226
Celotna pojasnjena varianca (%)				62,399
Cronbach alfa – zanesljivost posamezne komponente			0,761	0,456
Cronbach alfa – skupna zanesljivost				0,705
KMO test				0,698
Bartlettov test sferičnosti		približen hi-kvadrat		307,298
		df		15
		p		<0,001

Legenda: % – odstotek, KMO – Kaiser-Meyer-Olkin, df – prostostna stopnja, p – statistična značilnost, F5 – "Prenos znanj kot obremenitev posameznika", * – faktorja zaradi nesprejemljive zanesljivosti v nadaljnji obdelavi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali.

V začetni statistični obdelavi podatkov smo v faktorjsko analizo v podsklopu I "Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu in specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi" vključili samo tista vprašanja, ki smo jih uporabili pri preverjanju hipoteze 5 (vprašanja I8 do vključno vprašanja I17). Zaradi vsebinskih razlik, ki smo jih med statistično obdelavo odkrili kasneje, smo postavili še dve dodatni hipotezi, hipotezo 6 in hipotezo 7. Zavrlo njunega preverjanja smo naredili še faktorjsko analizo pri vprašanjih tudi v prvem delu podsklopa I, torej od vprašanja I1 do vključno vprašanja I7.

Podsklop I smo zato razdelili na prvi del s 7 vprašanji, poimenovali smo ga podsklop I/a "Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu" in drugi del z desetimi vprašanji I/b "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi". V nadaljevanju smo torej vsak opisani del obdelovali posebej. Morebiti je smiselno pripomniti, da sta se oba dela vsebinsko že tako razlikovala in smo ju v skupni podsklop umestili izključno zaradi že tako velikega števila podsklopov in oblikovne postavitve vprašalnika.

Tabela 6: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu I/a – "Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu"

Podsklop/vprašanje		Komunalitete	Faktorji in faktorske uteži	
I/a	Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu		F6	F7
I1	Novo zaposleni upoštevajo navodila za delo v operacijski zdravstveni negi.	0,701	0,861	0,861
I2	Novo zaposleni imajo spoštljiv odnos do zaposlenih v operacijski zdravstveni negi.	0,785	0,884	0,884
I3	Novo zaposleni imajo spoštljiv odnos do opreme v operacijskem okolju.	0,794	0,908	0,908
I4	Novo zaposleni so motivirani za pridobivanje novih znanj in izkušenj v operacijski zdravstveni negi.	0,659	0,703	0,703
I5	Novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi so samoiniciativni.	0,811	-0,149	0,958
I6	Novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi so samokritični do svojega znanja.	0,749	0,100	0,816
I7	Novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi so odgovorni do dela.	0,671	0,323	0,621
Pojasnjena varianca posamezne komponente (%)			56,728	17,103
Celotna pojasnjena varianca (%)			73,831	
Cronbach alfa – zanesljivost posamezne komponente			0,871	0,849
Cronbach alfa – skupna zanesljivost			0,687	
KMO test			0,856	
Bartlettov test sferičnosti		približen hi-kvadrat	762,192	
		df	21	
		p	<0,001	

Legenda: % – odstotek, KMO – Kaiser-Meyer-Olkin, df – prostostna stopnja, p – statistična značilnost, F6 – "Odnos novo zaposlenih do delovnega okolja", F7 – "Osebnostne lastnosti novo zaposlenih".

Komponento v podsklopu I/a "Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu" (tabela 6) sestavlja 7 spremenljivk. Uporabili smo metodo glavnih komponent s poševnokotno Oblimin rotacijo s Kaiserjevo normalizacijo. Rotacija se je konvergirala v petih ponovitvah. Oblikovani komponenti skupaj pojasnjujeta 74% celotne variance, od tega 57% pojasnjuje prva komponenta, druga komponenta pa 17%. Rezultata KMO in

Bartlettovega testa sferičnosti kažeta, da je faktorska analiza smiselna. Vrednosti komunalitet vseh vključenih spremenljivk so višje od 0,20, torej vse te spremenljivke pojasnjujejo dovolj velik delež variabilnosti odvisne spremenljivke.

Tabela 7: Faktorska analiza, koeficient Cronbach alfa, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test v podsklopu I/b – "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi"

Podsklop/vprašanje		Komunalitete	Faktor in faktorske uteži
I/b	Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu in specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi		F8
I8	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo imeti razvite spretnosti komuniciranja.	0,351	0,593
I9	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni opravljati več nalog hkrati.	0,418	0,647
I10	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti fleksibilni.	0,743	0,862
I11	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni kritičnega mišljenja.	0,764	0,874
I12	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni sodelovanja v timu.	0,782	0,884
I13	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni empatije.	0,571	0,756
I14	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni delati v stresnih situacijah.	0,593	0,770
I15	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni obvladovanja neobičajnih situacij.	0,707	0,841
I16	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni učenja iz napak.	0,568	0,754
I17	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo imeti ustrezne psihofizične lastnosti za delo.	0,728	0,853
Celotna pojasnjena varianca (%)			62,251
Koeficient Cronbach alfa			0,925
KMO test			0,919
Bartlettov test sferičnosti	približen hi-kvadrat	1582,593	
	df	45	
	p	<0,001	

Legenda: % – odstotek, KMO – Kaiser-Meyer-Olkin, df – prostostna stopnja, p – statistična značilnost, F8 – "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi".

Skupna vrednost koeficienta Cronbach alfa za podsklop I/a kaže sprejemljivo zanesljivost ($\alpha=0,687$), zanesljivost faktorja F6 ($\alpha=0,871$) in faktorja F7 ($\alpha=0,849$) je dobra. Faktor F6, šesti faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, vsebuje 4 vprašanja (tabela 6). Poimenovali smo ga "Odnos novo zaposlenih do delovnega okolja". Faktor F7, sedmi faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, vsebuje 3 vprašanja (tabela 6). Poimenovali

smo ga "Osebne lastnosti novo zaposlenih". Komponento v podsklopu I/b "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi" (tabela 7) sestavlja 10 spremenljivk. Oblikovana komponenta pojasnjuje 62% celotne variance. Rezultata KMO in Bartlettovega testa sferičnosti kažeta, da je faktorska analiza smiselna. Vrednosti komunalitet vseh vključenih spremenljivk so višje od 0,20, torej vse te spremenljivke pojasnjujejo dovolj velik delež variabilnosti odvisne spremenljivke. Skupna vrednost koeficienta Cronbach alfa za podsklop I/b kaže odlično zanesljivost ($\alpha=0,925$). Faktor F8, osmi faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, smo poimenovali "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi".

Vrednosti koeficienta Cronbach alfa za posamezne spremenljivke/faktorje oblikovane s faktorsko analizo smo strnili v tabeli 8. S faktorsko analizo oblikovanih 8 novih spremenljivk/faktorjev smo v nadaljevanju uporabili pri preverjanju hipotez.

Tabela 8: Poimenovanje faktorjev in vrednosti koeficienta Cronbach alfa za faktorje uporabljene pri preverjanju hipotez

Podsklop vprašalnika	F	Poimenovanje faktorja in vrednost α
D Znanje, izobraževanje in usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu	F1	Samoocena znanja za delo/usposabljanje ($\alpha=0,784$)
F Vloga organizacije	F2	Celostni pristop organizacije pri usposabljanju novo zaposlenih ($\alpha=0,925$)
G Zadovoljstvo pri delu	F3	Splošno zadovoljstvo pri delu ($\alpha=0,833$)
	F4	Dodatne zadolžitve in izzivi ($\alpha=0,735$)
H Obremenjenost na delovnem mestu	F5	Prenos znanj kot obremenitev posameznika ($\alpha=0,761$)
I/a Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu	F6	Odnos novo zaposlenih do delovnega okolja ($\alpha=0,871$)
	F7	Osebne lastnosti novo zaposlenih ($\alpha=0,849$)
I/b Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi	F8	Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi ($\alpha=0,925$)

Legenda: F – faktor, α – koeficient Cronbach alfa.

3.3.3 Udeleženci raziskave

V raziskavo smo želeli vključiti vse zaposlene v operacijski zdravstveni negi z najmanj tremi leti delovnih izkušenj na tem delovnem mestu v 16 slovenskih bolnišnicah. To je bilo 14 splošnih oziroma specialnih bolnišnic in dva UKC. Pri opredelitvi udeležencev

raziskave smo sledili Bennerjevi (1984), ki kot kompetentnega izvajalca zdravstvenih storitev opisuje tisto osebo, ki ima na istem delovnem mestu 2–3 leta delovnih izkušenj. Izvajanje raziskave je odobrilo 13 bolnišnic (81,25%), a smo soglasje ene bolnišnice prejeli po že zaključeni raziskavi. Raziskava je bila tako izvedena v 12 bolnišnicah, kar je predstavljalo 75% populacije bolnišnic v katerih smo želeli raziskovati. Udeleženci raziskave so bili vsi zaposleni v operacijski zdravstveni negi in so izpolnjevali opisani vstopni kriterij (N=352). Izmed skupaj 352 vprašalnikov jih je bilo v oba UKC poslanih 223 (63,35%), v ostale bolnišnice pa 129 (36,65%). Nekatere bolnišnice niso dovolile uporabe imena v magistrskem delu, zato njihovih imen ne bomo navedli. V tabeli 9 navajamo imena tistih bolnišnic, ki uporabi imena v magistrskem delu niso izrecno nasprotovale, ostale bolnišnice poimenujemo Bolnišnica A, Bolnišnica B, Bolnišnica C in Bolnišnica D.

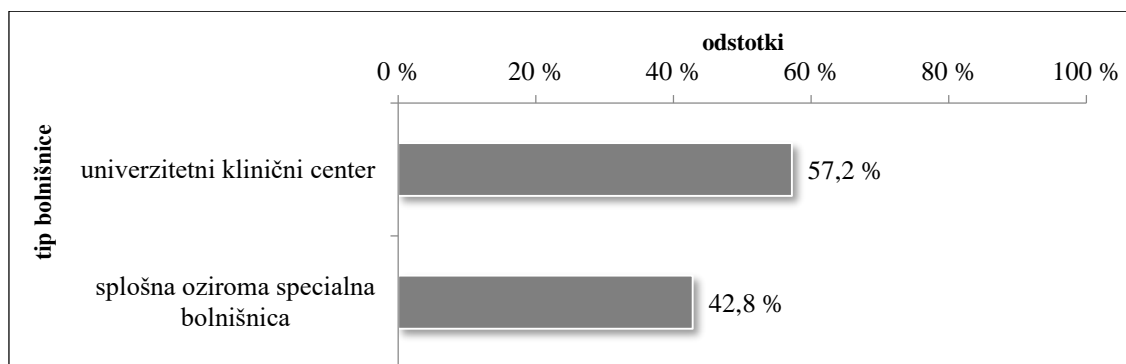
Tabela 9: Bolnišnice in število razdeljenih vprašalnikov

Bolnišnica	Število razdeljenih vprašalnikov
UKCM – Klinika za ginekologijo in perinatologijo	11
UKCM – Klinika za kirurgijo, Operacijski blok	50
UKCM – Klinika za kirurgijo, Urgentni center	7
UKCM – Oddelek za očne bolezni	5
UKCM – Oddelek za otorinolaringologijo, cervikalno in maksilofacialno kirurgijo	8
UKCL – Ginekološka klinika, Klinični oddelek za ginekologijo in perinatologijo	16
UKCL – Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo	12
UKCL – Kirurška klinika, Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo	4
UKCL – Kirurška klinika, Operacijski blok	87
UKCL – Očna klinika	12
UKCL – Ortopedska klinika	11
SB Brežice	8
SB Celje	20
SB Jesenice	10
SB Novo mesto	21
Onkološki inštitut Ljubljana	10
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	10
Bolnišnica A	24
Bolnišnica B	12
Bolnišnica C	4
Bolnišnica D	10
Skupaj	352

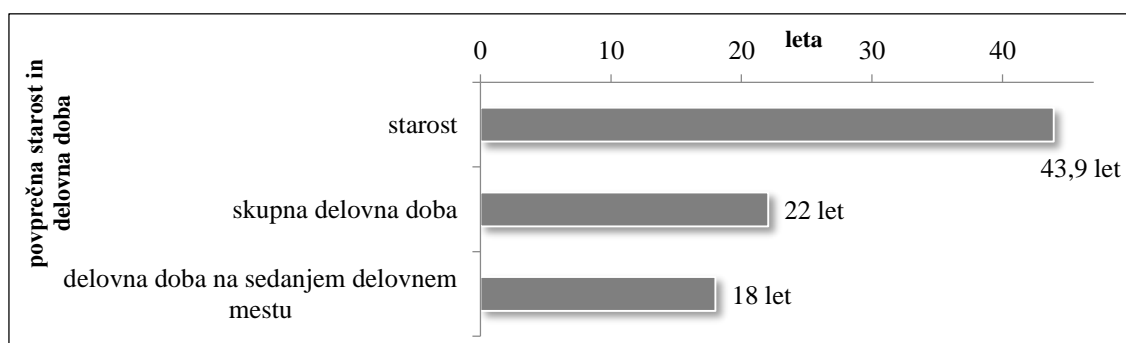
Legenda: UKCM – univerzitetni klinični center Maribor, UKCL – univerzitetni klinični center Ljubljana, SB – splošna bolnišnica.

Razdeljenih je bilo 352 vprašalnikov, vrnjenih jih je bilo 228, kar je predstavljalo 64,77%

odzivnosti. Tri vprašalnike smo zaradi prekratke delovne dobe udeležencev izločili, v statistični analizi smo tako zajeli 225 vprašalnikov, kar je predstavljalo 63,92% vseh razdeljenih vprašalnikov. Odzivnosti med posameznimi bolnišnicami nismo ugotavljali, saj smo želeli zagotoviti čim večjo anonimnost. Smo pa ovrednotili odzivnost respondentov v obeh UKC in v splošnih oziroma specialnih bolnišnicah – iz slednjih smo dobili vrnjenih 74% (n=95) poslanih vprašalnikov, iz obeh UKC pa nam je vprašalnike vrnilo 57% (n=127) respondentov. Večji delež sodelujočih v raziskavi so predstavljali respondenti zaposleni v obeh UKC (57,2%, n=127), medtem ko so respondenti zaposleni v drugih bolnišnicah predstavljali 42,8% sodelujočih (n=95) (slika 1).



Slika 1: Respondenti in tip bolnišnice



Slika 2: Starost in delovna doba respondentov

Povprečna starost respondentov je bila 43,92 let (SD=8,80), njihova skupna delovna doba v povprečju 22,04 let (SD=10,23), delovna doba na sedanjem delovnem mestu pa je v povprečju trajala 18,00 let (SD=10,22) (slika 2). V tabeli 10 razkrivamo, da je v raziskavi

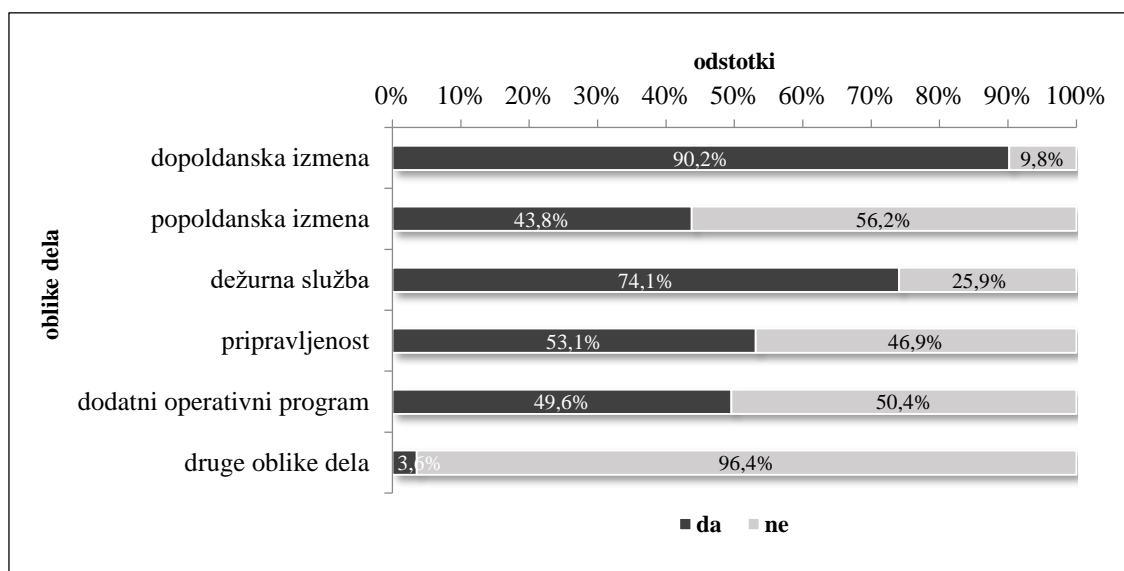
sodelovalo 46 respondentov (20,7%) iz generacije "baby boomers", 115 (51,5%) jih je pripadalo generaciji "x", 62 (27,8%) pa generaciji "y".

Tabela 10: Generacijska pripadnost respondentov

	Generacija	Število respondentov	Odstotni delež	Veljavni odstotni delež
	BB	46	20,5	20,7
	X	115	51,1	51,5
	Y	62	27,6	27,8
	Skupaj	223	99,2	100
Manjkajoči		2	0,8	
Skupaj		225	100	

Legenda: "BB" – "baby boomers" – respondenti stari med 54 in 63 leti oziroma rojeni med leti 1946 in 1964, "x" – respondenti stari med 38 in 53 leti oziroma rojeni med leti 1965 in 1980, "y" – respondenti stari med 27 in 37 leti oziroma rojeni med leti 1981 in 2000 (oziroma 1990 ali 1991 v naši raziskavi).

Večinski delež respondentov je sodeloval v dopoldanski izmeni (90,2%, n=202), večji delež vzorca je sodeloval v dežurni službi (74,1%, n=166) in dobra polovica respondentov je sodelovala v pripravljenosti (53,1%, n=119). V dodatnem operativnem programu je sodelovalo 49,6% (n=111) respondentov, v popoldanski izmeni pa 43,8% respondentov (n=98). Druge oblike dela je navajal majhen delež vprašanih (3,6%, n=8) (slika 3).



Slika 3: Oblike dela respondentov

Največji delež vzorca so predstavljali respondenti z zaključeno visoko šolo na področju zdravstvene nege (69,2 %, n=155), respondenti z ostalimi stopnjami izobrazbe so bili v vzorcu prisotni v manjših deležih (tabela 11). Srednješolsko izobrazbo na področju zdravstvene nege je imelo 12,5% (n=28), višješolsko izobrazbo na področju zdravstvene nege pa 9,8% (n=22) vprašanih. Specializacijo na področju zdravstvene nege je pridobilo 6 (2,7%) respondentov, v raziskavi je sodelovalo tudi 13 (5,8%) magistror zdravstvene nege.

Tabela 11: Stopnja izobrazbe respondentov na področju zdravstvene nege

	Izobrazba	Število respondentov	Odstotni delež	Veljavni odstotni delež
	Srednja šola na področju ZN	28	12,4	12,5
	Višja šola na področju ZN	22	9,8	9,8
	Visoka šola na področju ZN	155	68,9	69,2
	Specializacija na področju ZN	6	2,7	2,7
	Strokovni magisterij na področju ZN	13	5,8	5,8
	Skupaj	224	99,6	100
Manjkajoči		1	0,4	
Skupaj		225	100	

Legenda: ZN – zdravstvena nega.

Večina respondentov ni imela dosežene dodatne izobrazbe izven zdravstvene nege. Po en (0,4%) vprašani je imel zaključen ali strokovni magisterij iz drugih strokovnih področij ali specializacijo pred uvedbo bolonjskega procesa ali znanstveni magisterij pred uvedbo bolonjskega procesa. 5,8% (n=13) vprašanih je imelo univerzitetno izobrazbo pred uvedbo bolonjskega procesa, med vprašanimi ni bilo doktorjev znanosti. Med sodelujočimi v raziskavi je bilo torej 35 (15,6%) respondentov, ki so imeli več kot visokošolsko izobrazbo na področju zdravstvene nege. Respondente smo glede na stopnjo izobrazbe razdelili v tri skupine, kar prikazujemo v tabeli 12.

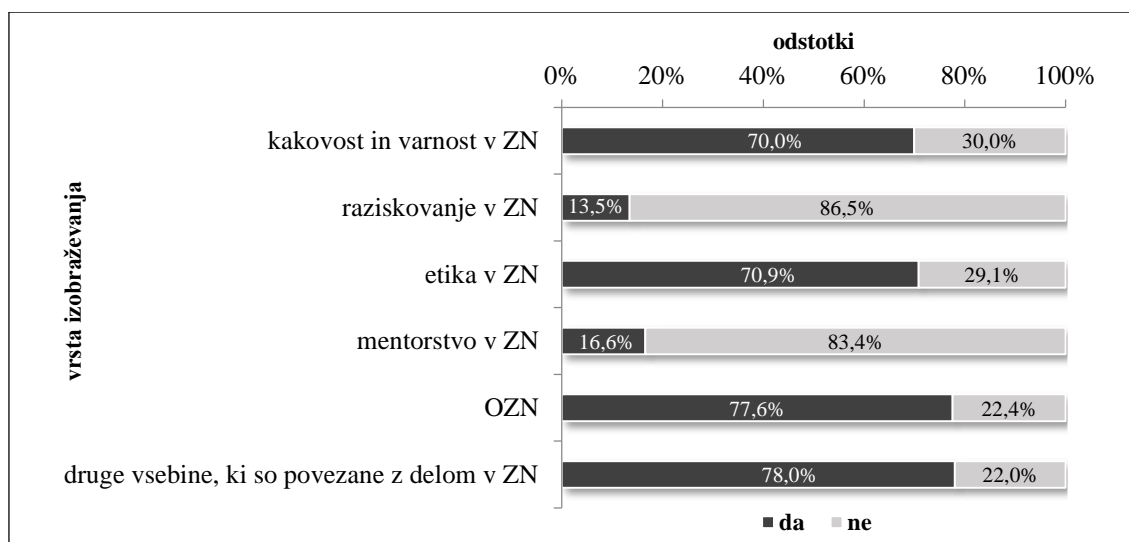
Večinski delež respondentov se je v zadnjih petih letih udeležil izobraževanja iz drugih vsebin, ki so povezane z delom v zdravstveni negi (78,0%, n=174), izobraževanja iz vsebin operacijske zdravstvene nege (77,6%, n=173), izobraževanja iz etike v zdravstveni negi (70,9%, n=158) in izobraževanja iz kakovosti in varnosti v zdravstveni negi (70,0%, n=156). Le v manjših deležih so se respondenti udeležili izobraževanja iz raziskovanja v zdravstveni negi (13,5%, n=30) in izobraževanja iz vsebin iz mentorstva v zdravstveni

negi (16,6%, n=37). Izobraževanje respondentov prikazujemo na sliki 4.

Tabela 12: Skupine glede na stopnjo izobrazbe respondentov

Skupina	Izobrazba	Število respondentov	Število respondentov skupaj	Odstotni delež	Veljavni odstotni delež
1	Srednja šola na področju ZN	27	27	12	12,1
2	Višja šola na področju ZN	20	163	72,5	72,7
	Visoka šola na področju ZN	143			
3	Specializacija na področju ZN	6	34	15,1	15,2
	Strokovni magisterij na področju ZN	12			
	Strokovni magisterij na področju ZN in hkrati strokovni magisterij iz drugih strokovnih področij	1			
	Specializacija pred uvedbo bolonjskega procesa	1			
	Univerzitetna izobrazba pred uvedbo bolonjskega procesa s srednjo šolo na področju ZN	1			
	Univerzitetna izobrazba pred uvedbo bolonjskega procesa z višjo šolo na področju ZN	12			
	Znanstveni magisterij pred uvedbo bolonjskega procesa	1			
	Manjkajoči	1	1	0,4	
	Skupaj		225	100	100

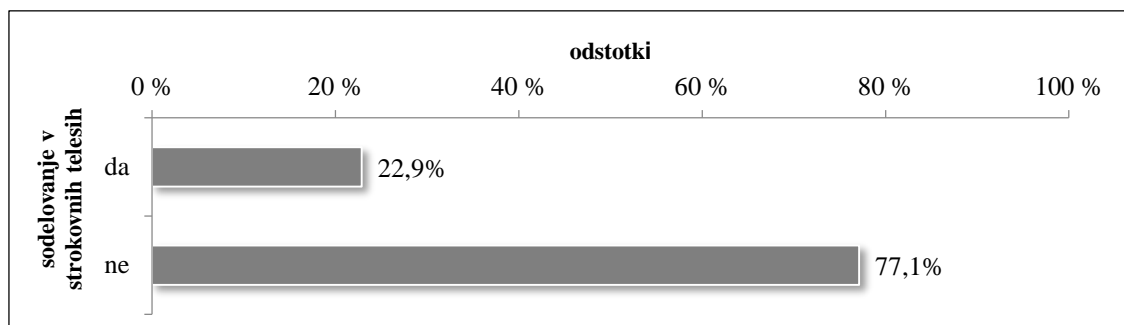
Legenda: ZN – zdravstvena nega, skupina 1 – respondenti s srednjo šolo na področju ZN, skupina 2 – respondenti z višjo ali visoko šolo na področju ZN, skupina 3 – respondenti z izobrazbo, ki je višja kot visoka šola na področju ZN.



Legenda: ZN – zdravstvena nega, OZN – operacijska zdravstvena nega.

Slika 4: Izobraževanje respondentov

Večinski delež respondentov (77,1%, n=172) v zadnjih petih letih (od 2012) ni aktivno sodeloval pri Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, Zbornici – Zvezi ali drugem strokovnem društvu (slika 5).



Slika 5: Aktivno sodelovanje v strokovnih telesih na področju zdravstvene nege

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Raziskavo smo izvajali od 6. februarja do 15. junija 2018.

V prvem koraku smo glavnim medicinskim sestram oziroma vodjem področja za zdravstveno nego in oskrbo v 16 slovenskih bolnišnicah, kjer se opravlja operativno dejavnost, poslali prošnjo za soglasje bolnišnice k raziskovanju. V dopisu smo razložili namen in opredelili cilje raziskave. Prosili smo jih tudi za posredovanje podatka o številu tistih zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v njihovi organizaciji, ki imajo na tem delovnem mestu najmanj 3 leta delovnih izkušenj in hkrati za podatek o osebi, ki je odgovorna za izvajanje operacijske zdravstvene nege in je pripravljena sodelovati pri razdeljevanju in vračanju vprašalnikov. V določenih primerih so nam število udeležencev, ki so ustrezali našim kriterijih za sodelovanje v raziskavi posredovali sami, v nekaterih primerih so nas za pridobitev tega podatka usmerili k vodjem operacijske zdravstvene nege. Prošnjo za sodelovanje v raziskavi smo naslovnikom poslali v tiskani in elektronski obliki.

V nadaljevanju smo se prilagajali odzivnosti naslovljenih in specifičnim navodilom posameznih bolnišnic. Tistim naslovnikom, ki nam niso odgovorili, smo po mesecu dni

ponovno poslali elektronsko sporočilo, kasneje smo jih k sodelovanju pozvali še s telefonskim pogovorom. Stik smo tako uspeli vzpostaviti z vsemi pristojnimi osebami posameznih bolnišnic. Ponekod v splošnih oziroma specialnih bolnišnicah so glavne medicinske sestre oziroma vodje področja za zdravstveno nego in oskrbo soglasje k raziskavi dajali sami, včasih so našo prošnjo za soglasje bolnišnice k raziskovanju posredovali še skupinam za raziskovanje, kakovost in izobraževanje v zdravstveni negi, pravnim službam in etičnim komisijam v bolnišnicah. V UKC Maribor smo prošnjo poslali skupini za raziskovanje v službi zdravstvene nege. Skupini za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKC Ljubljana smo k prošnji za izvajanje raziskave priložili že prej pridobljena soglasja odgovornih oseb na Ginekološki kliniki – Kliničnem oddelku za ginekologijo in perinatologijo, Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Kirurški kliniki – Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo in Operacijskem bloku, Očesni kliniki in Ortopedski kliniki. Pri pridobivanju soglasja bolnišnice k raziskovanju smo na Onkološkem inštitutu v Ljubljani sledili njegovim navodilom za prijavo raziskav in jo najprej posredovali Kolegiju zdravstvene nege. Nato smo raziskavo ustno predstavili pred Strokovnim svetom in kasneje še pred Komisijo za strokovno oceno protokolov kliničnih raziskav Onkološkega inštituta Ljubljana. Prošnjo so odobrili tudi na Etični komisiji in v Plansko-analitični službi omenjene bolnišnice. Na prošnjo za soglasje bolnišnice k raziskovanju je odgovorilo 13 bolnišnic (81,25%), vse so podale soglasje k raziskovanju, odgovorov iz treh organizacij pa nismo prejeli. Raziskava je bila izvedena v 12 slovenskih bolnišnicah (75%).

V naslednjem koraku smo povečini elektronsko komunicirali z osebami, ki so bile odgovorne za izvajanje operacijske zdravstvene nege ter pripravljene sodelovati pri razdeljevanju vprašalnikov v sodelujočih bolnišnicah in vračanju vprašalnikov v tajništvo Operacijskega bloka UKC Ljubljana. Posredovali smo jim tudi soglasja k raziskavi v njihovih ustanovah. V sodelovanju smo določili termin izvajanja raziskave, pri tem smo rok izvajanja vedno omejili na 14 dni. V vsako bolnišnico oziroma ponekod v več njenih organizacijskih enot smo poslali določeno število kuvertiranih vprašalnikov, skupaj s kuverto z naslovom za vračanje. Poštino smo plačali vnaprej in tako sodelujočim bolnišnicam nismo povzročali stroškov. Vprašani so vprašalnike zbirali v svojih organizacijskih enotah in jih skupaj v eni kuverti pošiljali v tajništvo Operacijskega bloka

UKC Ljubljana. Tam sta administratorke vprašalnike iz kuvert položili v zbirno škatlo. Tako smo zagotovili anonimnost. V Operacijskem bloku UKC Ljubljana smo vprašalnike razdelili tekom ustne predstavitve raziskave kolektivu. Ti udeleženci so vprašalnike sami polagali v zbirno škatlo v tajništvu Operacijskega bloka UKC Ljubljana.

3.3.5 Obdelava podatkov

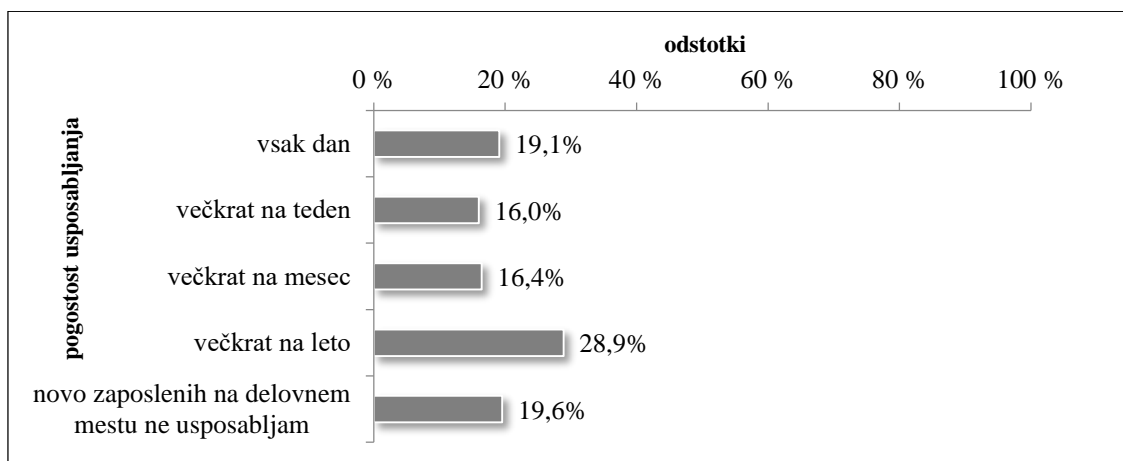
Za splošni pregled analiziranih podatkov smo uporabili opisno statistiko, pri čemer smo izračunali frekvence, odstotke, srednje vrednosti in standardni odklon. Porazdelitev podatkov smo preverjali s koeficientoma asimetrije in sploščenosti. Povezanost med spremenljivkami smo preverjali s Pearsonovim in Spearmanovim koeficientom korelacije, za določitev manjšega števila linearnih kombinacij merjenih spremenljivk smo pri eksploratorni faktorski analizi uporabili metodo glavnih komponent s pravokotno Varimax rotacijo s Kaiserjevo normalizacijo in poševnokotno Oblimin rotacijo s Kaiserjevo normalizacijo. Za ugotavljanje statistično značilnih razlik med izobrazbenimi skupinami in pripadniki različnih generacij smo uporabili enosmerno analizo variance – ANOVA in Bonferroni test. Statistično pomembne razlike med respondenti zaposlenimi v dveh različnih tipih bolnišnic smo preverjali s Pearsonovim hi-kvadrat ter t-testom. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na stopnji 0,05 ali manj. Podatki so bili analizirani s programom SPSS verzija 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

3.4 REZULTATI

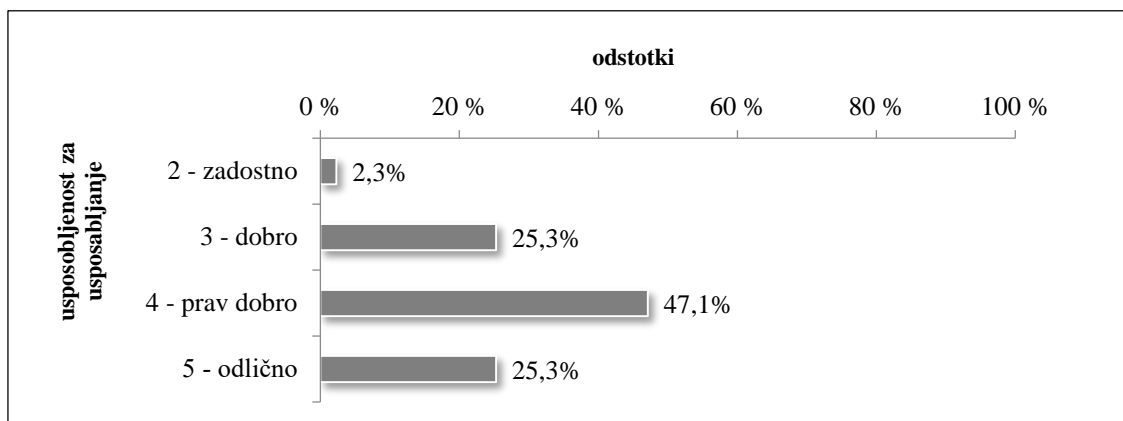
3.4.1 Značilnosti zaposlitve v operacijski zdravstveni negi

Največji delež respondentov je usposabljal novo zaposlene na delovnem mestu večkrat letno (28,9%, n=64). Medtem ko 19,6% (n=44) vprašanih sploh ni usposabljal novo zaposlenih, jih je 19,1% (n=43) usposabljal vsak dan (slika 6). Najvišji delež respondentov je svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu ocenil s prav dobro (47,1%, n=82), dobra četrtina je svojo usposobljenost ocenila kot odlično (25,3%, n=44) oziroma kot dobro (25,3 %, n=44). Nihče od respondentov

svoje usposobljenosti ni ocenil kot nezadostno, 2,3% (n=4) pa sta jo ocenila kot "le" zadostno (slika 7). Po mnenju večine respondentov med usposabljanjem novo zaposlenih na delovnem mestu njihova aktivna vloga v delovnem procesu ni bila razbremenjena (93,6%, n=162). Večina respondentov za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu ni prejela plačila (89,6%, n=155).

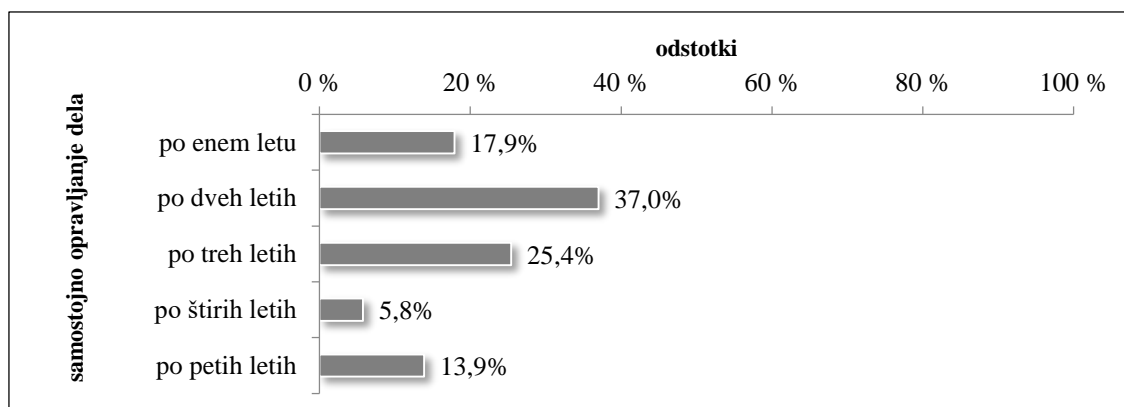


Slika 6: Pogostost usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu



Slika 7: Usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu

Največji delež respondentov je menil, da je novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi dobro usposobljen za samostojno opravljanje dela po dveh letih (37,0 %, n=64), dobra četrtina je menila, da je to po treh letih (25,4 %, n=44), da je usposobljenost novo zaposlenih dobra že po enem letu, je predpostavljalo 17,9 % (n=31) vprašanih (slika 8).



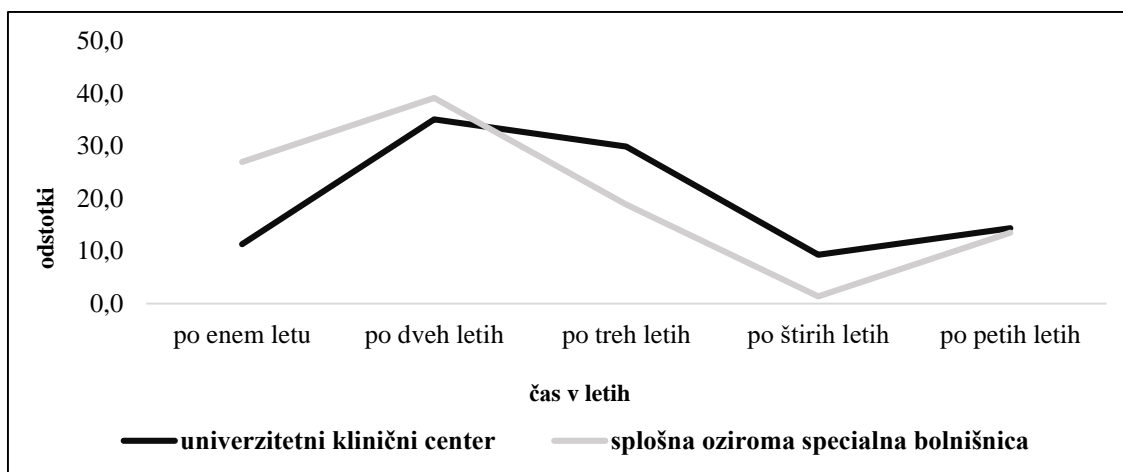
Slika 8: Usposobljenost novo zaposlenega v operacijski zdravstveni negi za samostojno opravljanje dela

Tabela 13: Ocena usposobljenosti novo zaposlenega v operacijski zdravstveni negi za samostojno opravljanje dela – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic

Vprašanje			Tip bolnišnice		Skupaj
			UKC	Splošna oziroma SB	
A5 Kdaj je po vaši oceni novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi dobro usposobljen za samostojno opravljanje dela?	Po enem letu	n	11	20	31
		Odstotni delež	11,3	27,0	18,1
	Po dveh letih	n	34	29	63
		Odstotni delež	35,1	39,2	36,8
	Po treh letih	n	29	14	43
		Odstotni delež	29,9	18,9	25,1
	Po štirih letih	n	9	1	10
		Odstotni delež	9,3	1,4	5,8
	Po petih letih	n	14	10	24
		Odstotni delež	14,4	13,5	14,0
	Skupaj	n	97	74	171
		Odstotni delež	100,0	100,0	100,0

Legenda: UKC – univerzitetni klinični center, SB – specialna bolnišnica, n – število respondentov.

Povprečno so respondenti menili, da je novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi dobro usposobljen za samostojno opravljanje dela po 2,6 letih ($SD=1,246$, $Me=2,0$). Tabela 13 in slika 9 prikazujeta, da so respondenti iz obeh UKC usposobljenost novo zaposlenega za samostojno opravljanje dela po enem letu ocenili v manjšem deležu (11,3%, $n=11$) kot respondenti iz splošnih oziroma specialnih bolnišnic (27%, $n=20$), nasprotno pa je večji delež respondentov iz obeh UKC (29,9%) menil, da je novo zaposleni dobro usposobljen za samostojno opravljanje dela po treh letih, kot so to menili respondenti zaposleni v drugih bolnišnicah (18,9%).



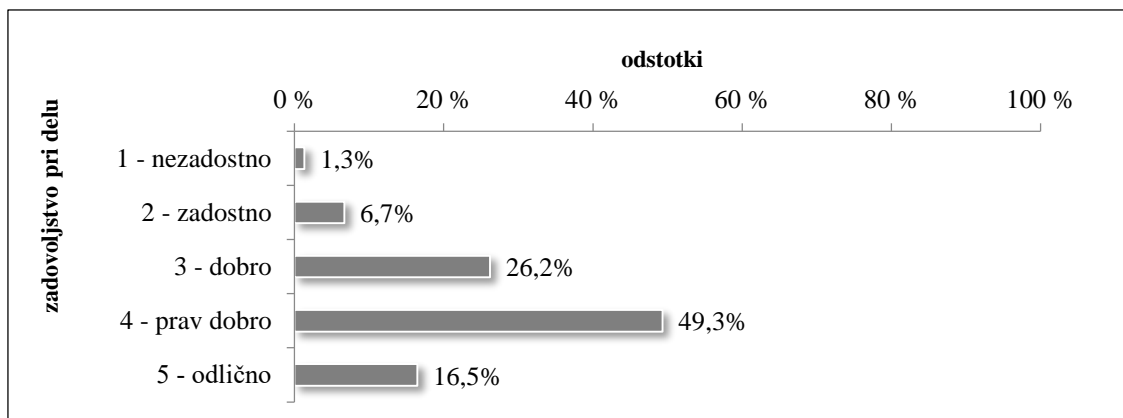
Slika 9: Ocena usposobljenosti novo zaposlenega v operacijski zdravstveni negi za samostojno opravljanje dela – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic

Opažene razlike smo preverjali tudi s Pearsonovim hi-kvadrat testom (tabela 14), ki je pokazal, da je med oceno usposobljenosti novo zaposlenega za samostojno opravljanje dela in tipom bolnišnice, kjer so bili respondenti zaposleni, obstajala statistično značilna povezanost ($p=0,014$).

Tabela 14: Pearsonov hi-kvadrat test za oceno usposobljenosti novo zaposlenega v operacijski zdravstveni negi za samostojno opravljanje dela – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic

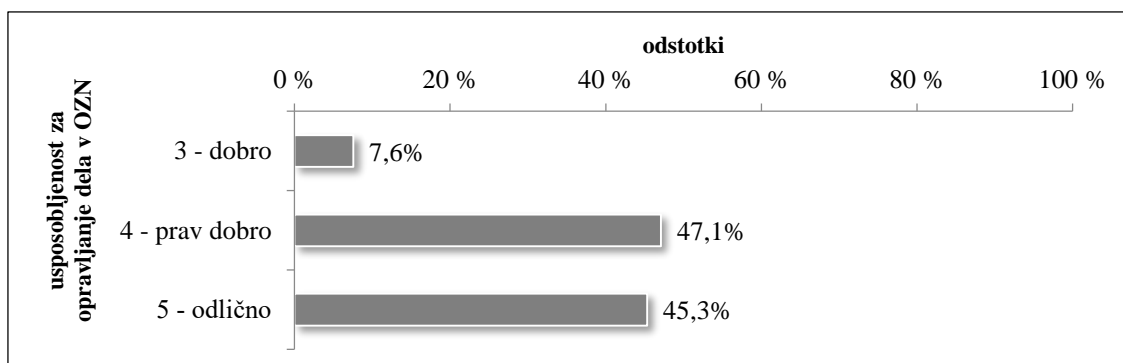
	Vrednost	Prostostna stopnja	Stopnja statistične značilnosti (2-stranska)
Pearson hi-kvadrat	12,440	4	0,014
Število veljavnih primerov	171		

Največji delež respondentov je zadovoljstvo pri delu ovrednotil kot prav dobro (49,3%, $n=111$), dobra četrtina vprašanih je svoje zadovoljstvo ocenila kot dobro (26,2%, $n=59$), medtem ko je 16,5% ($n=37$) svoje zadovoljstvo ovrednotilo kot odlično. Manjši delež respondentov je zadovoljstvo pri delu ocenil kot zadostno (6,7%, $n=15$) ali kot nezadostno (1,3%, $n=3$). Zadovoljstvo pri delu prikazujemo na sliki 10.



Slika 10: Zadovoljstvo pri delu

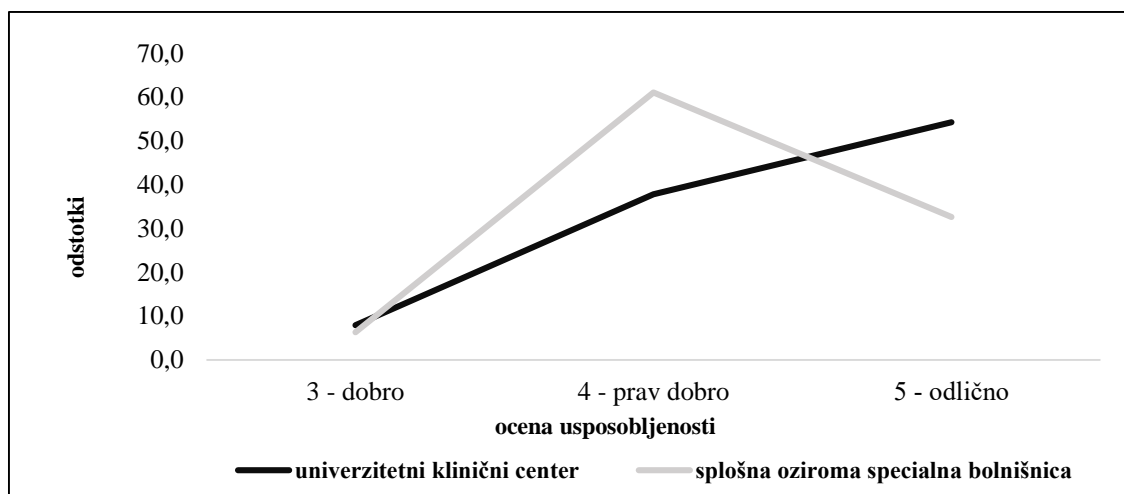
Največ respondentov je svojo usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi ocenilo kot prav dobro (47,1%, n=106), večina preostalih pa jo je ocenila kot odlično (45,3%, n=102). Respondenti iz obeh UKC so svojo usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi večjem deležu (54,3%, n=69) ocenili kot odlično glede na respondente iz splošnih oziroma specialnih bolnišnic (32,6%, n=31).



Legenda: OZN – operacijska zdravstvena nega.

Slika 11: Usposobljenosti za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi

Usposobljenost za delo v operacijski zdravstveni negi prikazujemo na sliki 11, nastalo razliko med bolnišnicami prikazujemo na sliki 12.



Slika 12: Usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic

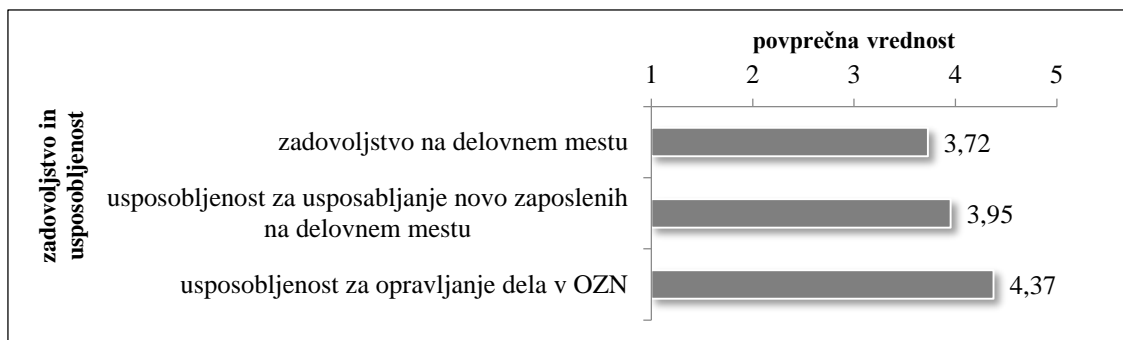
V tabeli 15 prikazujemo, da so zaposleni v obeh UKC svojo usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi v povprečju ocenili kot odlično (PV=4,46, SD=0,639, Me=5,0), medtem ko so jo zaposleni v splošnih oziroma specialnih bolnišnicah ocenili v povprečju kot prav dobro (PV=4,26, SD=0,568, Me=4,0). Razvidno je tudi, da je bila razlika v oceni usposobljenosti za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi med dvema skupinama zaposlenih statistično značilna ($p=0,014$).

Tabela 15: Ocena usposobljenosti za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi glede na tip bolnišnice

	Tip bolnišnice	n	PV	SD	SNPV	t	p
A7 Ocenite svojo usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi od 1 do 5.	UKC	127	4,46	0,639	0,056	2,473	0,014
	Splošna oziroma SB	95	4,26	0,568	0,058		
	Skupaj	222	4,37	0,617	0,041		

Legenda: UKC – univerzitetni klinični center, SB – specialna bolnišnica, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SNPV – standardna napaka povprečne vrednosti, t – t-test enakosti povprečij, p – statistična značilnost.

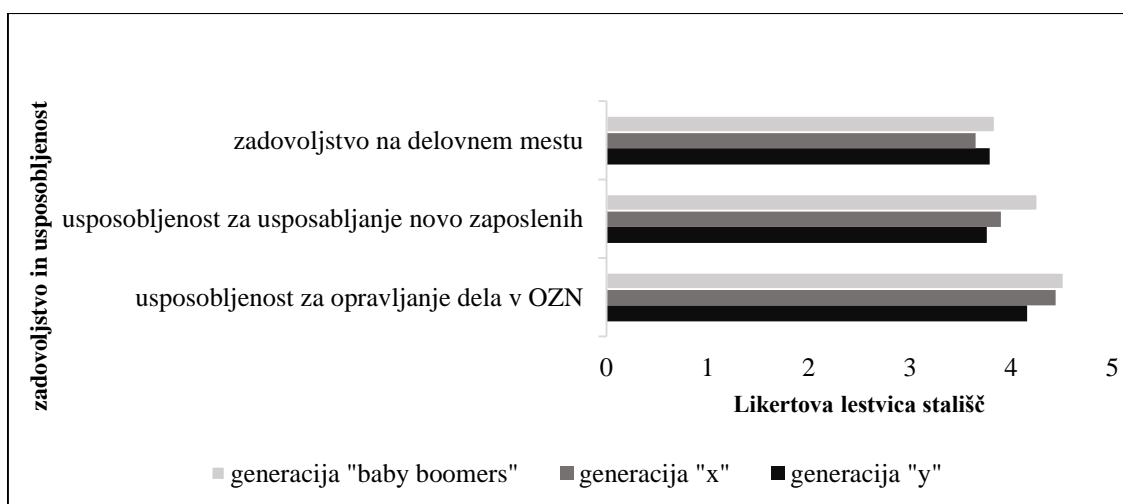
Respondenti so zadovoljstvo pri delu povprečno ocenili z 3,72 (SD=0,862, Me=4,0), svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu z 3,95 (SD=0,773, Me=4,0) in usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi z 4,37 (SD=0,622, Me=4,0). Te vrednosti prikazujemo na sliki 13.



Legenda: OZN – operacijska zdravstvena nega, 1 – nezadostno, 2 – zadostno, 3 – dobro, 4 – prav dobro, 5 – odlično.

Slika 13: Zadovoljstvo in usposobljenost respondentov

V teoretičnem delu magistrskega dela smo pisali tudi o pomenu medgeneracijskega sodelovanja in obratnega mentorstva. Zato se nam zdi smiselno prikazati tudi poglede različnih generacij (slika 14).



Legenda: OZN – operacijska zdravstvena nega, 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam, generacija "baby boomers" – respondenti stari med 54 in 63 leti oziroma rojeni med leti 1946 in 1964, generacija "x" – respondenti stari med 38 in 53 leti oziroma rojeni med leti 1965 in 1980, generacija "y" – respondenti stari med 27 in 37 leti oziroma rojeni med leti 1981 in 2000 (oziroma 1990 ali 1991 v naši raziskavi).

Slika 14: Zadovoljstvo in usposobljenost respondentov – pogledi generacij

Iz pregleda povprečnih vrednosti v tabeli 16 je razvidno, da so v povprečju vse tri generacije zadovoljne pri delu, povprečje je bilo sicer najvišje pri generaciji "baby boomers" (PV=3,84, SD=0,942, Me=4,00) in najnižje pri generaciji "x" (PV=3,65, SD=0,858, Me=4,00). Rezultat je tudi razkril, da so v povprečju vse tri generacije svojo

usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih ocenile kot prav dobro, povprečne vrednosti so bile sicer najvišje pri generaciji "baby boomers" (PV=4,26, SD=0,644, Me=4,00) in najnižje pri generaciji "y" (PV=3,76, SD=0,751, Me=4,0). V povprečju sta generaciji "x" in "y" svojo usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi ocenili kot prav dobro (PV=4,44, SD=0,595, Me=4,00; PV=4,16, SD=0,605, Me=4,00), medtem ko jo je generacija "baby boomers" ocenila kot odlično (PV=4,52, SD=0,623, Me=5,00). Opažene razlike v povprečnih vrednostih so bile tudi statistično značilne v primeru ocene usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih ($p=0,011$) in v primeru ocene usposobljenosti za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi ($p=0,003$), v primeru zadovoljstva pri delu pa statistično pomembnih razlik med generacijami nismo našli.

Tabela 16: Zadovoljstvo in usposobljenost respondentov glede na generacijsko pripadnost

Predmet opredeljevanja	Generacija	n	PV	SD	SN	Me	F	p
Zadovoljstvo pri delu	BB	46	3,84	0,942	0,138	4,00	1,045	0,353
	X	115	3,65	0,858	0,080	4,00		
	Y	62	3,70	0,812	0,103	4,00		
	Skupaj	223	3,73	0,864	0,578	4,00		
Usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih	BB	38	4,26	0,644	0,104	4,00	4,589	0,011
	X	96	3,90	0,795	0,081	4,00		
	Y	38	3,76	0,751	0,121	4,00		
	Skupaj	172	3,95	0,770	0,058	4,00		
Usposobljenost za opravljanje dela v OZN	BB	46	4,52	0,623	0,091	5,00	5,967	0,003
	X	115	4,44	0,595	0,055	4,00		
	Y	62	4,16	0,605	0,076	4,00		
	Skupaj	223	4,38	0,617	0,041	4,33		

Legenda: OZN – operacijska zdravstvena nega, zadovoljstvo pri delu – vprašanje A6: "Ocenite svoje zadovoljstvo na delovnem mestu od 1 do 5.", usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih – vprašanje A2: "Ocenite svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu od 1 do 5.", usposobljenost za opravljanje dela v OZN – vprašanje A7: "Ocenite svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu od 1 do 5.", "BB" – "baby boomers" – respondenti stari med 54 in 63 leti oziroma rojeni med leti 1946 in 1964, "x" – respondenti stari med 38 in 53 leti oziroma rojeni med leti 1965 in 1980, "y" – respondenti stari med 27 in 37 leti oziroma rojeni med leti 1981 in 2000 (oziroma 1990 ali 1991 v naši raziskavi), n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SN – standardna napaka, Me – mediana, F – primerjava razpršenosti ali F test, p – statistična značilnost.

3.4.2 Opisna analiza in oblikovanje spremenljivk raziskave

Pri preverjanju splošnega odnosa do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi so respondenti jasno izrazili pozitiven odnos (tabela 17). Skoraj v celoti so se strinjali, da morajo posredovati svoje znanje (PV=4,80, SD=0,437,

Me=5,0), znanje in izkušnje so z veseljem posredovali naprej (PV=4,72, SD=0,511, Me=5,0), pri tem sami postajali profesionalno uspešnejši (PV=4,20, SD=0,860, Me=4,0), niso se pa mogli jasno opredeliti ali so zaposleni, ki so eksperti na področju operacijske zdravstvene nege, tudi eksperti pri usposabljanju novo zaposlenih (PV=3,30, SD=1,196, Me=3,0). Usposabljanje novo zaposlenih je vprašanim predstavljalo dodatno obremenitev (PV=3,57, SD=1,120, Me=4,0).

Tabela 17: Splošni odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi

C	Splošni odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi*	n	PV	SD	Me
C1	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi moramo posredovati svoje znanje.	224	4,80	0,437	5,0
C2	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi smo usposobljeni tudi za usposabljanje novo zaposlenih.	225	3,81	1,022	4,0
C3	Novo zaposlene bi moral usposablјati samo en mentor – njihov neposredni mentor.	225	3,79	1,166	4,0
C4	Novo zaposlene bi morali usposablјati tisti zaposleni v operacijski zdravstveni negi, ki so z njimi v aktivni vlogi v delovnem procesu.	225	4,36	0,737	4,0
C5	Zaposleni, ki so eksperti na področju operacijske zdravstvene nege, so tudi eksperti pri usposabljanju novo zaposlenih.	223	3,30	1,196	3,0
C6	Svoje znanje in izkušnje z veseljem posređujem naprej.	222	4,72	0,511	5,0
C7	Pri posredovanju znanj in informacij sam postajam poklicno uspešnejši.	223	4,20	0,860	4,0
C8	Usposabljanje novo zaposlenih mi predstavlja izziv.	224	3,86	0,948	4,0
C9	Usposabljanje novo zaposlenih mi predstavlja dodatno obremenitev.	225	3,57	1,120	4,0

Legenda: * – podsklopa zaradi slabe zanesljivosti ($\alpha=0,517$) v faktorski analizi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost na 5-stopenjski lestvici (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), SD – standardna deviacija, Me – mediana.

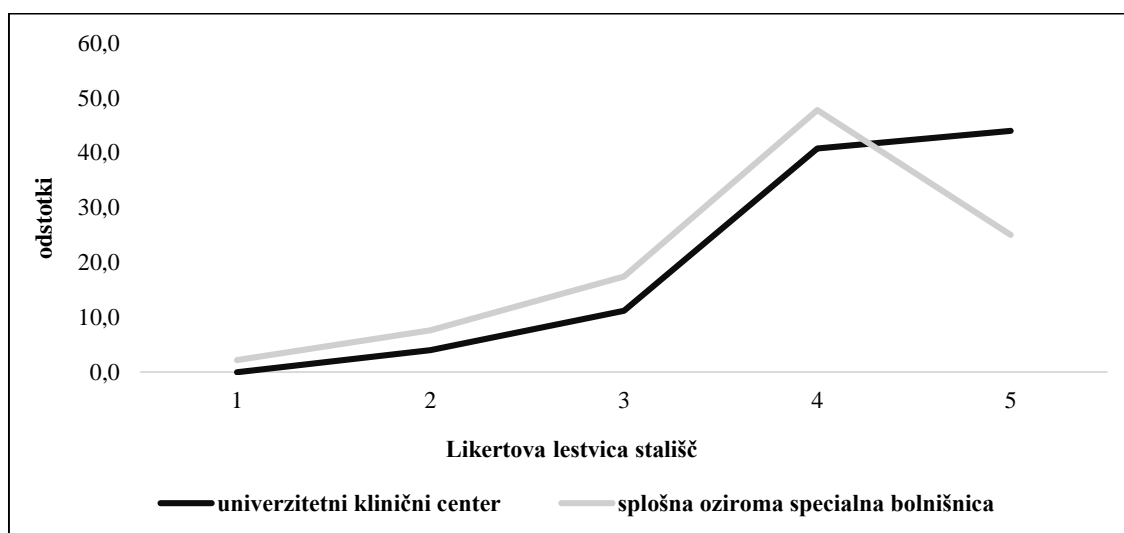
Znanje, izobraževanje in usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu pojasnjujemo v tabeli 18. Rezultati so dokazali, da je bil odnos vprašanih do opredeljenega področja pozitiven. Respondenti so se pozitivno opredelili do tega, da so imeli za delo na svojem strokovnem področju dovolj praktičnega (PV=4,30, SD=0,714, Me=4,0) in teoretičnega znanja (PV= 4,03, SD=0,751, Me=4,0), teorijo in prakso operacijske zdravstvene nege pri usposabljanju novo zaposlenih so ovrednotili kot enako pomembni (PV=4,34, SD=0,812, Me=4,0). Vprašani so potrdili tudi, da so svoje znanje in izkušnje učinkovito prenašali na novo zaposlene (PV=4,13, SD=0,700, Me=4,0), čeprav se na drugi strani niso mogli opredeliti, ali so imeli zadostno znanje iz pedagoško-andragoških vsebin (PV=2,87, SD=1,008, Me=3,0).

Tabela 18: Znanje, izobraževanje in usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu

D	Znanje, izobraževanje in usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu	n	PV	SD	Me	F1 $\alpha=0,784$
D1	Za delo na svojem strokovnem področju imam dovolj praktičnega znanja.	222	4,30	0,714	4,0	0,895
D2	Za delo na svojem strokovnem področju imam dovolj teoretičnega znanja.	222	4,03	0,751	4,0	0,814
D3	Vsaj enkrat na mesec preberem strokovni ali znanstveni članek s področja zdravstvene nege.	222	3,50	1,079	4,0	0,380
D4	Za usposabljanje novo zaposlenih imam dovolj praktičnega znanja.	221	4,06	0,800	4,0	0,741
D5	Za usposabljanje novo zaposlenih imam dovolj teoretičnega znanja.	221	3,76	0,908	4,0	/
D6	Teorija in praksa operacijske zdravstvene nege sta pri usposabljanju novo zaposlenih enako pomembni.	222	4,34	0,812	4,0	/
D7	Svoje znanje in izkušnje učinkovito prenašam na novo zaposlene.	221	4,13	0,700	4,0	0,092
D8	Za usposabljanje novo zaposlenih imam dovolj znanja iz pedagoško-andragoških vsebin.	219	2,87	1,008	3,0	0,028
D9	Za usposabljanje novo zaposlenih bi potreboval dodatno izobraževanje.	219	4,08	0,891	4,0	/

Legenda: n – število respondentov, PV – povprečna vrednost na 5-stopenjski lestvici (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), SD – standardna deviacija, Me – mediana, F1 – "Samooocena znanja za delo/usposabljanje", α – koeficient Cronbach alfa, / – vprašanja niso bila vključena v faktorsko analizo.

V podsklopu se je oblikoval še en faktor, vendar ga zaradi slabe zanesljivosti ($\alpha=0,572$) v nadaljnji obdelavi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali.



Legenda: 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Slika 15: Dodatan izobraževanje za usposabljanje novo zaposlenih – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic

Stališča respondentov iz obeh UKC ter respondentov iz splošnih oziroma specialnih bolnišnic glede potrebe, da bi za usposabljanje novo zaposlenih potrebovali dodatno izobraževanje, prikazujemo na sliki 15. V tabeli 19 pojasnujemo, da so se zaposleni v obeh UKC v povprečju bolj strinjali s trditvijo, da bi za usposabljanje novo zaposlenih potrebovali dodatno izobraževanje (PV=4,24, SD=0,809, Me=4,0) kot zaposleni v drugih bolnišnicah (PV=3,85, SD=0,955, Me=4,0). Vsebinsko gledano so se z omenjenim vprašanjem v povprečju strinjali respondenti iz obeh skupin bolnišnic, a je bila razlika v strinjanju med obema skupinama kljub temu statistično značilna ($p=0,001$).

Tabela 19: Dodatno izobraževanje za usposabljanje novo zaposlenih – stališča respondentov v različnih tipih bolnišnic

	Tip bolnišnice	n	PV	SD	SNPV	t	p
D9 Za usposabljanje novo zaposlenih bi potreboval dodatno izobraževanje.	UKC	125	4,24	0,809	0,072	3,420	0,001
	Splošna oziroma SB	92	3,85	0,955	0,099		
	Skupaj	217	4,08	0,893	0,060		

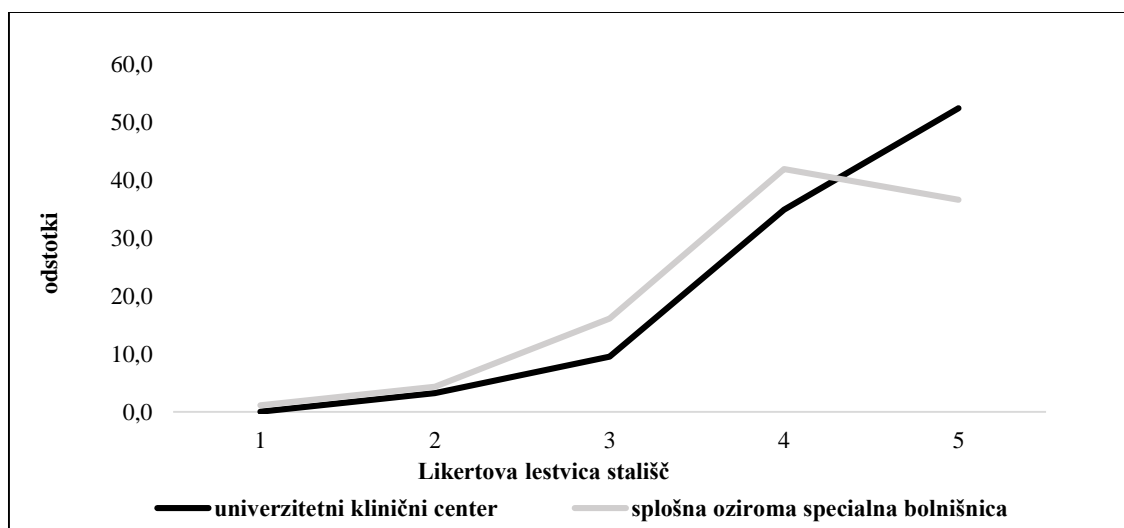
Legenda: UKC – univerzitetni klinični center, SB – specialna bolnišnica, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SNPV – standardna napaka povprečne vrednosti, t – t-test enakosti povprečij, p – statistična značilnost.

Respondenti niso mogli izrecno definirati, ali so kompetence zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v slovenskem prostoru jasno opredeljene (PV=2,97, SD=0,990, Me=3,0) (tabela 20). Bolj gotovi so bili vprašani pri mnenju glede kriterijev za izbor kandidatov za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi. Postavitev teh kriterijev se jim je zdela za profesionalizacijo stroke zelo pomembna (PV=4,28, SD=0,771, Me=4,0). Vprašani so se pozitivno opredelili tudi do enakosti teh kriterijev v vseh slovenskih bolnišnicah (PV=4,23, SD=0,853, Me=4,0) in do tega, da bi se moral izbirni postopek kandidatov, primernih za zaposlitev v omenjeni dejavnosti, razlikovati od izbirnega postopka kandidatov za zaposlitev na drugih področjih zdravstvene nege (PV=4,13, SD=0,944, Me=4,0). Čeprav se respondenti niso mogli odločiti, ali se je v njihovi ustanovi usposabljanje novo zaposlenih izvajalo po enotnem programu (PV=2,85, SD=1,154, Me=3,0), so se strinjali, da bi ga bilo potrebno vpeljati v vse slovenske bolnišnice (PV=4,01, SD=0,988, Me=4,0). Predstavljamo tudi mnenja respondentov iz obeh UKC ter iz drugih bolnišnic o tem, ali bi poenotili kriterije za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi, v vseh slovenskih bolnišnicah (slika 16).

Tabela 20: Trenutno stanje usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi

E	Trenutno stanje usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi*	n	PV	SD	Me
E1	Kompetence zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v slovenskem prostoru so jasno opredeljene.	220	2,97	0,990	3,0
E2	Postavitev kriterijev za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi, je pomembna za profesionalizacijo te dejavnosti.	221	4,28	0,771	4,0
E3	Kriteriji za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi, bi morali biti enaki v vseh slovenskih bolnišnicah.	221	4,23	0,853	4,0
E4	Izbirni postopek kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi, bi se moral razlikovati od izbirnega postopka kandidatov za zaposlitev na drugih področjih zdravstvene nege.	220	4,13	0,944	4,0
E5	V naši ustanovi se usposabljanje novo zaposlenih izvaja po enotnem programu.	220	2,85	1,154	3,0
E6	Usposabljanje novo zaposlenih bi moralo v vseh slovenskih bolnišnicah potekati po enotnem programu.	220	4,01	0,988	4,0
E7	Usposabljanje novo zaposlenih bi moralo biti prilagojeno glede na zdravstveno organizacijo.	220	3,65	1,058	4,0
E8	Pri usposabljanju novo zaposlenih je potrebno sodelovanje med kliničnim in akademskim okoljem.	221	3,90	0,808	4,0
E9	Predhodno usposabljanje novo zaposlenih v simulacijskem centru bi skrajšalo čas usposabljanja na delovnem mestu.	221	3,90	0,899	4,0

Legenda:* – podslopa zaradi slabe zanesljivost ($\alpha=0,557$) v faktorski analizi nismo uporabljali, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost na 5-stopenjski lestvici (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), SD – standardna deviacija, Me – mediana.



Legenda: 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

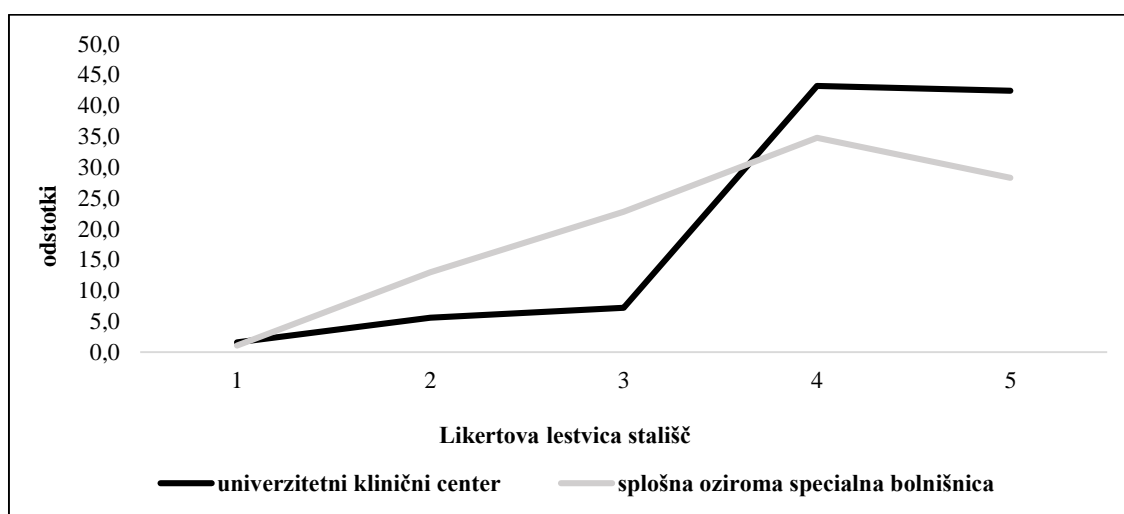
Slika 16: Enotnost kriterijev za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi – pogledi respondentov v različnih tipih bolnišnic

Zaposleni v obeh UKC so se v povprečju bolj strinjali z vprašanjem, da bi morali biti kriteriji za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi, poenoteni v vseh slovenskih bolnišnicah (PV=4,36, SD=0,785, Me=5,0) kot zaposleni v drugih bolnišnicah (PV=4,08, SD=0,892, Me=4,0). Vsebinsko gledano so se z vprašanjem v povprečju sicer strinjali respondenti iz obeh skupin bolnišnic (tabela 21), a je bila razlika v strinjanju med tema dvema skupinama kljub temu statistično značilna ($p=0,015$).

Tabela 21: Enotnost kriterijev za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi – pogledi respondentov v različnih tipih bolnišnic

	Tip bolnišnice	n	PV	SD	SNPV	t	p
E3 Kriteriji za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi, bi morali biti enaki v vseh slovenskih bolnišnicah.	UKC	126	4,36	0,785	0,070	2,451	0,015
	Splošna oziroma SB	93	4,08	0,892	0,092		
	Skupaj	219	4,24	0,842	0,056		

Legenda: UKC – univerzitetni klinični center, SB – specialna bolnišnica, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SNPV – standardna napaka povprečne vrednosti, t – t-test enakosti povprečij, p – statistična značilnost.



Legenda: 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Slika 17: Usposabljanje novo zaposlenih v vseh slovenskih bolnišnicah po enotnem programu – nazori respondentov v različnih tipih bolnišnic

Predstavljamo tudi stališča tako respondentov iz obeh UKC kot respondentov iz splošnih oziroma specialnih bolnišnic o tem, ali bi usposabljanje novo zaposlenih moralo v vseh

slovenskih bolnišnicah potekati po enotnem programu (slika 17). V tabeli 22 razlagamo, da so se vprašani v obeh UKC v povprečju bolj strinjali s tem stališčem (PV=4,19, SD=0,913, Me=4,0) kot vprašani v drugih bolnišnicah (PV=3,76, SD=1,041, Me=4,0). Vsebinsko gledano so se z omenjenim vprašanjem v povprečju sicer strinjali vprašani iz obeh skupin bolnišnic, a je kljub temu med njima nastala statistično značilna razlika (p=0,002).

Tabela 22: Usposabljanje novo zaposlenih po enotnem programu v vseh slovenskih bolnišnicah – pogledi respondentov v različnih tipih bolnišnic

	Tip bolnišnice	n	PV	SD	SNPV	t	p
E6 Usposabljanje novo zaposlenih bi moralo v vseh slovenskih bolnišnicah potekati po enotnem programu.	UKC	125	4,19	0,913	0,081	3,173	0,002
	Splošna oziroma SB	92	3,76	1,041	0,108		
	Skupaj	217	4,00	0,990	0,067		

Legenda: UKC – univerzitetni klinični center, SB – specialna bolnišnica, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SNPV – standardna napaka povprečne vrednosti, t – t-test enakosti povprečij, p – statistična značilnost.

Tabela 23: Vloga organizacije

F	Vloga organizacije	n	PV	SD	Me	F2 $\alpha=0,925$
F1	Usposabljanje novo zaposlenih poteka sistematično.	219	2,98	1,015	3,0	0,849
F2	Za usposabljanje novo zaposlenih prejmem natančna navodila.	218	2,55	0,997	2,0	0,847
F3	Moja odgovornost pri usposabljanju novo zaposlenih je natančno določena.	219	2,75	1,109	3,0	0,845
F4	Odgovornost novo zaposlenih je natančno določena.	216	2,88	1,010	3,0	0,832
F5	Cilji usposabljanja novo zaposlenih so natančno določeni.	218	3,18	0,989	3,0	0,824
F6	Kriteriji za merjenje učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih so natančno določeni.	218	2,88	0,996	3,0	0,809
F7	O problemih, ki se med usposabljanjem novo zaposlenih pojavijo, razpravljamo na skupnih sestankih.	218	3,00	1,189	3,0	0,761
F8	Za usposabljanje novo zaposlenih prejmem pohvalo od vodje.	218	2,72	1,086	3,0	0,721
F9	Vedno prejmem povratno informacijo o učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih.	217	2,73	1,084	3,0	0,645

Legenda: n – število respondentov, PV – povprečna vrednost na 5-stopenjski lestvici (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), SD – standardna deviacija, Me – mediana, F2 – "Celostni pristop organizacije pri usposabljanju novo zaposlenih", α – koeficient Cronbach alfa.

Vlogo organizacije opisujemo v tabeli 23. Rezultati so pojasnili, da vloga organizacije pri učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih ni bila jasno določena. Respondenti so bili pri vprašanjih o svoji odgovornosti (PV=2,75, SD=1,109, Me=3,0), odgovornosti novo

zaposlenih (PV=2,88, SD=1,010, Me=3,0) in ciljih pri njihovem usposabljanju (PV=3,18, SD=0,989, Me=3,0) v povprečju večinoma neodločeni. Prav tako se vprašani niso opredelili do tega ali so za usposabljanje novo zaposlenih prejeli pohvalo od vodje (PV=2,72, SD=1,086, Me=3,0) in povratno informacijo (PV=2,73, SD=1,084, Me=3,0). Vprašani so razkrili tudi, da za usposabljanje novo zaposlenih niso prejeli natančnih navodil (PV=2,55, SD=0,997, Me=2,00).

Tabela 24: Zadovoljstvo pri delu

G	Zadovoljstvo pri delu	n	PV	SD	Me	F3 $\alpha=0,833$	F4 $\alpha=0,735$
G1	Odnosi med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi so dobri.	219	3,27	1,048	3,0	0,853	-0,044
G2	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi si med seboj prenašamo znanje in izkušnje.	219	3,86	0,821	4,0	0,809	-0,028
G3	Med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi vlada zaupanje.	218	3,63	0,927	4,0	0,838	-0,086
G4	Obseg dela med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi je enakomerno razporejen.	219	2,63	1,076	3,0	0,697	0,012
G5	Zmogel bi opraviti še dodatne delovne zadolžitve.	219	2,73	1,064	3,0	0,038	0,890
G6	Zmogel bi opraviti še bolj kompleksne delovne izzive.	219	3,22	1,059	3,0	-0,025	0,911
G7	V operacijskem okolju je vzpodbudno delovno vzdušje.	219	3,09	1,113	3,0	0,765	0,158
G8	V operacijskem okolju podpiramo ničelno toleranco do nasilja.	219	3,65	1,156	4,0	0,682	0,008
G9	Vzpodbujamo izražanje predlogov za uvajanje sprememb v operacijskem okolju.	219	3,63	1,028	4,0	0,702	0,035

Legenda: n – število respondentov, PV – povprečna vrednost na 5-stopenjski lestvici (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), SD – standardna deviacija, Me – mediana, F3 – "Splošno zadovoljstvo pri delu", F4 – "Dodatne zadolžitve in izzivi", α – koeficient Cronbach alfa.

Raziskovali smo tudi zadovoljstvo pri delu (tabela 24). Respondenti so menili, da so si med seboj posredovali znanje in izkušnje (PV=3,86, SD=0,821, Me=4,0) ter, da je med njimi vladalo zaupanje (PV=3,63, SD=0,927, Me=4,0), vzpodbujanje ničelne tolerance do nasilja (PV=3,65, SD=1,156, Me=4,0) in predlogov za uvajanje sprememb (PV=3,63, SD=1,028, Me=4,0). Manj so bili vprašani pozitivno opredeljeni do odnosov med zaposlenimi (PV=3,27, SD=1,048, Me=3,0), vzpodbudnega delovnega vzdušja (PV=3,09, SD=1,113, Me=3,0) in enakomerne razporejenosti obsega dela (PV=2,63, SD=1,076, Me=3,0). Prav tako respondenti niso bili odločeni ali bi zmogli opraviti še

dodatne (PV=2,73, SD=1,064, Me=3,0) in bolj kompleksne delovne zadolžitve (PV=3,22, SD=0,821, Me=3,0). Zaključimo lahko torej, da zadovoljstvo pri delu ni bilo jasno ocenjeno.

Tabela 25: Obremenjenost na delovnem mestu

H	Obremenjenost na delovnem mestu	n	PV	SD	Me	F5 $\alpha=0,761$
H1	Tisti zaposleni v operacijski zdravstveni negi, ki usposabljujejo novo zaposlene, sočasno ne bi smeli opravljati aktivne vloge v delovnem procesu.	219	3,44	1,129	4,0	0,797
H2	Zaradi opravljanja svojih delovnih obveznosti novo zaposlenim ne morem nameniti toliko časa, kot bi ga le-ti potrebovali.	219	3,88	0,898	4,0	0,802
H3	Zaradi usposabljanja novo zaposlenih ne uspem opraviti vseh delovnih obveznosti.	219	3,01	1,040	3,0	/
H4	Usposabljanje novo zaposlenih mi krajša čas odmerjen za odmor.	218	3,27	1,077	4,0	/
H5	Pri usposabljanju novo zaposlenih med operativnim posegom čutim časovni pritisk.	219	3,35	1,027	3,0	0,750
H6	Usposabljanje novo zaposlenih med operativnim posegom mi predstavlja dodatno obremenitev.	219	3,52	1,046	4,0	0,628
H7	Usposabljanje novo zaposlenih med operativnim posegom mi predstavlja stres.	219	3,20	1,090	3,0	/
H8	Zaradi usposabljanja novo zaposlenih poteka delo v operacijski dvorani počasneje.	219	3,08	1,028	3,0	0,166
H9	Kljub usposabljanju novo zaposlenih delo v operacijski dvorani vedno poteka nemoteno.	219	3,46	0,919	4,0	-0,057

Legenda: n – število respondentov, PV – povprečna vrednost na 5-stopenjski lestvici (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), SD – standardna deviacija, Me – mediana, F5 – "Prenos znanj kot obremenitev posameznika", α – koeficient Cronbach alfa, / – vprašanja niso bila vključena v faktorsko analizo.

V podsklopu se je oblikoval še en faktor, vendar ga zaradi nesprejemljive zanesljivosti ($\alpha=0,456$) v nadaljnji obdelavi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali.

Tudi obremenjenost na delovnem mestu ni bila izrecno določena (tabela 25). Respondenti so menili, da zaradi opravljanja svojih delovnih obveznosti novo zaposlenim niso mogli nameniti toliko časa, kot bi ga le-ti potrebovali (PV=3,88, SD=0,898, Me=4,0), usposabljanje med operativnim posegom jim je predstavljalo dodatno obremenitev (PV=3,52, SD=1,046, Me=4,0), čeprav ni motilo njegovega poteka dela (PV=3,46, SD=0,919, Me=4,0). Bili so neodločeni pri vprašanjih, ali je zaradi usposabljanja novo zaposlenih delo v operacijski dvorani potekalo počasneje (PV=3,08, SD=1,028, Me=3,0) in jih omejevalo pri opravljanju ostalih delovnih obveznosti (PV=3,01, SD=1,040, Me=3,0). Prav tako so bili neodločeni pri vprašanju glede stresa ob usposabljanju novo zaposlenih med operativnim posegom (PV=3,20, SD=1,090, Me=3,0) in morebitne časovne stiske (PV=3,35, SD=1,027, Me=3,0).

Tabela 26: Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu in specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi

I	Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu in specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi	n	PV	SD	Me	F	
I/a	Odnos novo zaposlenih na delovnem mestu					F6 $\alpha=0,871$	F7 $\alpha=0,849$
I1	Novo zaposleni upoštevajo navodila za delo v operacijski zdravstveni negi.	219	3,81	0,774	4,0	0,861	0,861
I2	Novo zaposleni imajo spoštljiv odnos do zaposlenih v operacijski zdravstveni negi.	219	3,70	0,799	4,0	0,884	0,884
I3	Novo zaposleni imajo spoštljiv odnos do opreme v operacijskem okolju.	219	3,73	0,787	4,0	0,908	0,908
I4	Novo zaposleni so motivirani za pridobivanje novih znanj in izkušenj v operacijski zdravstveni negi.	219	3,68	0,792	4,0	0,703	0,703
I5	Novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi so samoiniciativni.	220	3,13	0,832	3,0	-0,149	0,958
I6	Novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi so samokritični do svojega znanja.	219	3,00	0,877	3,0	0,100	0,816
I7	Novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi so odgovorni do dela.	219	3,43	0,840	4,0	0,323	0,621
I/b	Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi					F8 $\alpha=0,925$	
I8	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo imeti razvite spretnosti komuniciranja.	220	4,21	0,687	4,0	0,593	
I9	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni opravljati več nalog hkrati.	219	4,22	0,772	4,0	0,647	
I10	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti fleksibilni.	220	4,49	0,577	5,0	0,862	
I11	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni kritičnega mišljenja.	220	4,48	0,592	5,0	0,874	
I12	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni sodelovanja v timu.	219	4,63	0,528	5,0	0,884	
I13	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni empatije.	218	4,45	0,630	5,0	0,756	
I14	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni delati v stresnih situacijah.	219	4,60	0,651	5,0	0,770	
I15	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni obvladovanja neobičajnih situacij.	219	4,56	0,634	5,0	0,841	
I16	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni učenja iz napak.	219	4,53	0,607	5,0	0,754	
I17	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo imeti ustrezne psihofizične lastnosti za delo.	219	4,59	0,585	5,0	0,853	

Legenda: n – število respondentov, PV – povprečna vrednost na 5-stopenjski lestvici (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), SD – standardna deviacija, Me – mediana, F – faktor, F6 – "Odnos novo zaposlenih do delovnega okolja", F7 – "Osebnostne lastnosti novo zaposlenih", F8 – "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi", α – koeficient Cronbach alfa.

Mnenje respondentov o odnosu novo zaposlenih na delovnem mestu in specifičnih zahtevah za delo v operacijski zdravstveni negi podajamo v tabeli 26. Vprašani so menili, da so novo zaposleni upoštevali navodila za delo v operacijski zdravstveni negi (PV=3,81, SD=0,774, Me=4,0), imeli do zaposlenih (PV=3,70, SD=0,799, Me=4,0) in opreme (PV=3,73, SD=0,787, Me=4,0) spoštljiv odnos ter so bili motivirani za pridobivanje novih znanj in izkušenj (PV=3,68, SD=0,792, Me=4,0) in odgovorni do dela (PV=3,43, SD=0,840, Me=4,0). Glede samoiniciativnosti (PV=3,13, SD=0,832, Me=3,0) in samokritičnosti (PV=3,00, SD=0,877, Me=3,0) novo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi so bili vprašani neopredeljeni. Z večino vprašanj, s katerimi smo raziskovali mnenje o specifičnih zahtevah za delo v operacijski zdravstveni negi, so se respondenti v povprečju popolnoma strinjali, namreč vrednost mediane (Me) je bila, razen pri vprašanjih o spretnostih komuniciranja (PV=4,21, SD=0,687, Me=4,0) in sposobnosti opravljati več nalog hkrati (PV=4,22, SD=0,772, Me=4,0), 5,0.

3.4.3 Preverjanje hipotez

H1 – Višja ko je stopnja izobrazbe in starost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, višja je stopnja njihove samoocene znanja in usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu.

Hipotezo 1 smo preverjali z vprašanji "Kakšna je vaša najvišja stopnja izobrazbe na področju zdravstvene nege?", "Koliko ste stari?", "Ocenite svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu" ter s faktorjem "Samoocena znanja za delo/usposabljanje". Zanimala nas je povezanost med spremenljivkami, med katerimi so bile tudi ordinalne spremenljivke, zato smo hipotezo preverjali s Spearmanovim koeficientom korelacije. Rezultati korelacijske analize (tabela 27) so pokazali, da stopnja izobrazbe respondentov ni bila statistično značilno povezana niti s samooceno usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu ($p=0,742$, $\rho=0,025$) niti s faktorjem "Samoocena znanja za delo/usposabljanje" ($p=0,056$, $\rho=-0,130$). Smo pa odkrili statistično značilno povezanost med starostjo respondentov in samooceno usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu ($p<0,001$, $\rho=0,324$) in omenjenim faktorjem ($p<0,001$, $\rho=0,271$). Povezanost je bila v obeh primerih šibka in

pozitivna, torej višja ko je bila starost respondentov, višja je bila stopnja njihove samoocene znanja in usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih.

Tabela 27: Preverjanje hipoteze 1 – korelacijska tabela

Vprašanje/faktor	Statistične mere	Vprašanje	Vprašanje
		B13 Kakšna je vaša najvišja stopnja izobrazbe na področju zdravstvene nege?	B9 Koliko ste stari?
A2 Ocenite svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu od 1 do 5.	Spearmanova korelacija	0,025	0,324
	p (2-stransko)	0,742	<0,001
	n	173	172
Samoocena znanja za delo/usposabljanje ($\alpha=0,784$)	Spearmanova korelacija	-0,130	0,271
	p (2-stransko)	0,056	<0,001
	n	217	216

Legenda: α – koeficient Cronbach alfa, p – statistična značilnost, n – število respondentov.

Na osnovi predstavljenih rezultatov smo **H1 delno potrdili, delno zavrnilo**.

Respondente smo glede na stopnjo izobrazbe razdelili v tri skupine (tabela 12) in z enosmerno analizo variance – ANOVA ugotavljali ali med tremi izobrazbenimi skupinami respondentov obstajajo statistično značilne razlike pri stopnji njihove samoocene znanja in usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu.

Tabela 28: Samoocena usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu glede na stopnjo izobrazbe respondentov – ANOVA

Vprašanje/faktor	Izobrazbena skupina	n	PV	SD	SN	F	p
A2 Ocenite svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu od 1 do 5.	Srednja šola na področju ZN	20	3,80	0,695	0,155	2,154	0,119
	Višja ali visoka šola na področju ZN	127	3,92	0,768	0,068		
	Izobrazba, ki je višja kot visoka šola na področju ZN	26	4,23	0,815	0,159		
	Skupaj	173	3,95	0,772	0,058		

Legenda: ZN – zdravstvena nega, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SN – standardna napaka, F – primerjava razpršenosti ali F test, p – statistična značilnost.

Respondenti s srednjo šolo na področju zdravstvene nege so svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih v povprečju ocenili najnižje (PV=3,80), tisti, ki so imeli izobrazbo višjo kot je visoka šola na področju zdravstvene nege, pa najvišje (PV=4,23) (tabela 28). Statistično pomembnih razlik pri tem ($p=0,119$) in tudi pri samooceni znanja za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu, kar smo ugotavljali s faktorjem "Samoocena znanja za delo/usposabljanje" ($p=0,389$), pa nismo dokazali (tabela 29).

Tabela 29: Samoocena znanja za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu glede na stopnjo izobrazbe respondentov – ANOVA

Faktor	Izobrazbena skupina	n	PV	SD	SNPV	F	p
Samoocena znanja za delo/usposabljanje ($\alpha=0,784$)	Srednja šola na področju ZN	27	4,17	0,509	0,098	0,948	0,389
	Višja ali visoka šola na področju ZN	162	4,08	0,657	0,052		
	Izobrazba, ki je višja kot visoka šola na področju ZN	33	4,35	0,565	0,098		
	Skupaj	222	4,13	0,633	0,042		

Legenda: ZN – zdravstvena nega, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SNPV – standardna napaka povprečne vrednosti, F – primerjava razpršenosti ali F test, p – statistična značilnost.

Tabela 30: Samoocena praktičnega znanja za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu glede na stopnjo izobrazbe respondentov – ANOVA

Vprašanje	Izobrazbena skupina	n	PV	SD	SN	F	p
D4 Za usposabljanje novo zaposlenih imam dovolj praktičnega znanja.	Srednja šola na področju ZN	27	4,11	0,697	0,134	3,667	0,027
	Višja ali visoka šola na področju ZN	161	3,98	0,829	0,065		
	Izobrazba, ki je višja kot visoka šola na področju ZN	33	4,39	0,658	0,114		
	Skupaj	221	4,06	0,800	0,053		

Legenda: ZN – zdravstvena nega, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SN – standardna napaka, F – primerjava razpršenosti ali F test, p – statistična značilnost.

Statistično pomembno razliko smo zaznali le pri enem izmed vprašanj, ki tvorijo ta faktor in sicer pri vprašanju o praktičnem znanju za usposabljanje novo zaposlenih ($p=0,027$). Slednje prikazujemo v tabeli 30. Rezultat Bonferroni testa (tabela 31) je pokazal, da je bilo strinjanje z ustreznim praktičnim znanjem za usposabljanje novo zaposlenih v povprečju statistično značilno ($p=0,023$) višje pri respondentih, ki so imeli izobrazbo

višjo kot visoka šola na področju zdravstvene nege (PV=4,35) kot pri respondentih z višjo ali visoko šolo na področju zdravstvene nege (PV=4,08).

Tabela 31: Samoocena praktičnega znanja za usposabljanje novo zaposlenih glede na stopnjo izobrazbe respondentov – Bonferroni test

Odvisna spremenljivka	Izobrazbena skupina	Izobrazbena skupina	PR	SN	p
D4 Za usposabljanje novo zaposlenih imam dovolj praktičnega znanja.	1	2	0,123	0,164	1,000
		3	-0,282	0,205	0,510
	2	1	-0,123	0,164	1,000
		3	-0,406	0,151	0,023
	3	1	0,282	0,205	0,510
		2	0,406	0,151	0,023

Legenda: izobrazbena skupina 1 – respondenti s srednjo šolo na področju ZN, izobrazbena skupina 2 – respondenti z višjo ali visoko šolo na področju ZN, izobrazbena skupina 3 – respondenti z izobrazbo, ki je višja kot visoka šola na področju ZN, PR – povprečna razlika, SN – standardna napaka, p – statistična značilnost.

H2 – Bolje ko zaposleni v operacijski zdravstveni negi ocenjujejo vlogo organizacije pri učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu, višja je njihova stopnja samoocene usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu.

Tabela 32: Preverjanje hipoteze 2 – korelacijska tabela

Faktor	Statistične mere	Vprašanje
		A2 Ocenite svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu od 1 do 5.
Celostni pristop organizacije pri usposabljanju novo zaposlenih ($\alpha=0,925$)	Spearmanova korelacija	0,151
	p (2-stransko)	0,055
	n	161

Legenda: α – koeficient Cronbach alfa, p – statistična značilnost, n – število respondentov.

Hipotezo 2 smo preverjali z vprašanjem "Ocenite svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu" in s faktorjem "Celostni pristop organizacije pri usposabljanju novo zaposlenih". Zanimala nas je povezanost med spremenljivkami, med katerimi sta bili tudi ordinalni spremenljivki, zato smo hipotezo preverjali s Spearmanovim koeficientom korelacije. Rezultati korelacijske analize prikazani v tabeli 32 so pokazali, da faktor "Celostni pristop organizacije pri usposabljanju novo zaposlenih" s samooceno usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem

mestu ni bil statistično značilno povezan ($p=0,055$, $\rho=0,151$).

Na osnovi predstavljenega rezultata smo **H2 zavrnil**.

H3 – Nižja ko je stopnja zadovoljstva zaposlenih v operacijski zdravstveni negi pri delu, bolj je odklonilen njihov odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu.

Pri hipotezi 3 nas je zanimala povezanost med razmernostnimi spremenljivkami, zato smo jo hoteli preverjati s Pearsonovim koeficientom korelacije. Povedano podrobneje, smo hipotezo 3 želeli preverjati s faktorji, ki bi se oblikovali v podsklopu G "Zadovoljstvo pri delu" in podsklopu C "Splošni odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu". A vrednost koeficienta Cronbach alfa za skupno zanesljivost podsklopa C ($\alpha=0,517$) je pokazala na njegovo slabo zanesljivost in tako ga v faktorski analizi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali. Zaradi slabe zanesljivosti merskega instrumenta v podsklopu C **H3 nismo mogli preverjati**.

H4 – Višja ko je stopnja obremenjenosti zaposlenih v operacijski zdravstveni negi na delovnem mestu, bolj je odklonilen njihov odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu.

Pri hipotezi 4 nas je zanimala povezanost med razmernostnimi spremenljivkami, zato smo jo hoteli preverjati s Pearsonovim koeficientom korelacije. Navedeno natančneje, smo si hipotezo 4 prizadevali preverjati s faktorji, ki bi se oblikovali v podsklopu H "Obremenjenost na delovnem mestu" in podsklopu C "Splošni odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu". A vrednost koeficienta Cronbach alfa za skupno zanesljivost podsklopa C ($\alpha=0,517$) je pokazala na njegovo slabo zanesljivost in posledično ga v faktorski analizi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali. Zaradi slabe zanesljivosti merskega instrumenta v podsklopu C **H4 nismo mogli preverjati**.

H5 – Višja ko je stopnja izobrazbe in starost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, višja je stopnja njihovega strinjanja s specifičnimi zahtevami, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v operacijski zdravstveni negi.

Hipotezo 5 smo preverjali z vprašanjema "Kakšna je vaša najvišja stopnja izobrazbe na področju zdravstvene nege?" in "Koliko ste stari?" ter s faktorjem "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi". Zanimala nas je povezanost med spremenljivkami, med katerimi sta bili tudi ordinalni spremenljivki, zato smo hipotezo preverjali s Spearmanovim koeficientom korelacije. Rezultati korelacijske analize (tabela 33) so pokazali, da stopnja izobrazbe respondentov s faktorjem "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi" ni bila statistično značilno povezana ($p=0,901$, $\rho=0,009$), je bila pa z njim statistično značilno povezana starost respondentov ($p=0,012$, $\rho=0,170$). Povezanost je bila neznatna in pozitivna, torej višja ko je bila starost respondentov, višja je bila stopnja njihovega strinjanja s specifičnimi zahtevami, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v operacijski zdravstveni negi.

Tabela 33: Preverjanje hipoteze 5 – korelacijska tabela

Faktor	Statistične mere	Vprašanje	
		B13 Kakšna je vaša najvišja stopnja izobrazbe na področju zdravstvene nege?	B9 Koliko ste stari?
Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi ($\alpha=0,925$)	Spearmanova korelacija	0,009	0,170
	p (2-stransko)	0,901	0,012
	n	216	215

Legenda: α – koeficient Cronbach alfa, p – statistična značilnost, n – število respondentov.

Na osnovi predstavljenega rezultata smo **H5 delno potrdili, delno zavrnilo**.

Respondente smo glede na stopnjo izobrazbe razdelili v tri skupine (tabela 12) in z enosmerno analizo variance – ANOVA ugotavljali ali med tremi izobrazbenimi skupinami respondentov obstajajo statistično značilne razlike pri stopnji njihovega strinjanja s specifičnimi zahtevami, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v operacijski zdravstveni negi, kar smo ugotavljali s faktorjem "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi" (tabela 34). Statistično pomembnih razlik pri tem nismo dokazali ($p=0,455$), zaznali smo jo le v primeru enega vprašanja, ki tudi tvori ta faktor, in sicer pri vprašanju o spretnosti komuniciranja ($p=0,032$) (tabela 35).

Tabela 34: Razlike med izobrazbenimi skupinami respondentov o stališčih o specifičnih zahtevah, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v tej dejavnosti – ANOVA

Faktor	Izobrazbena skupina	n	PV	SD	SNPV	F	p
Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi ($\alpha=0,925$)	Srednja šola na področju ZN	25	4,38	0,451	0,090	0,791	0,455
	Višja ali visoka šola na področju ZN	160	4,50	0,511	0,040		
	Izobrazba, ki je višja kot visoka šola na področju ZN	34	4,46	0,410	0,070		
	Skupaj	219	4,48	0,490	0,033		

Legenda: ZN – zdravstvena nega, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SNPV – standardna napaka povprečne vrednosti, F – primerjava razpršenosti ali F test, p – statistična značilnost.

Tabela 35: Stališča o spretnostih komuniciranja zaposlenih v operacijski zdravstveni negi glede na stopnjo izobrazbe respondentov

Vprašanje	Izobrazbena skupina	n	PV	SD	SN	F	p
I8 Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo imeti razvite spretnosti komuniciranja.	Srednja šola na področju ZN	25	3,92	0,909	0,181	3,488	0,032
	Višja ali visoka šola na področju ZN	160	4,23	0,649	0,051		
	Izobrazba, ki je višja kot visoka šola na področju ZN	34	4,38	0,603	0,103		
	Skupaj	219	4,22	0,684	0,046		

Legenda: ZN – zdravstvena nega, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SN – standardna napaka, F – primerjava razpršenosti ali F test, p – statistična značilnost.

Tabela 36: Stališča o spretnostih komuniciranja zaposlenih v operacijski zdravstveni negi glede na stopnjo izobrazbe respondentov – Bonferroni test

Odvisna spremenljivka	Izobrazbena skupina	Izobrazbena skupina	PR	SN	p
I8 Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo imeti razvite spretnosti komuniciranja.	1	2	-0,317	0,145	0,090
		3	-0,462	0,178	0,030
	2	1	0,317	0,145	0,090
		3	-0,144	0,127	0,774
	3	1	0,462	0,178	0,030
		2	0,144	0,127	0,774

Legenda: izobrazbena skupina 1 – respondenti s srednjo šolo na področju ZN, izobrazbena skupina 2 – respondenti z višjo ali visoko šolo na področju ZN, izobrazbena skupina 3 – respondenti z izobrazbo, ki je višja kot visoka šola na področju ZN, PR – povprečna razlika, SN – standardna napaka, p – statistična značilnost.

Rezultat Bonferroni testa (tabela 36) je pokazal, da je strinjanje s tem, da morajo zaposleni v operacijski zdravstveni negi imeti razvite spretnosti komuniciranja, bilo v povprečju

statistično značilno ($p=0,030$) nižje pri respondentih s srednjo šolo na področju zdravstvene nege ($PV=3,92$) kot pri respondentih, ki so imeli izobrazbo, ki je bila višja kot visoka šola na področju zdravstvene nege ($PV=4,38$).

Tabela 37: Preverjanje hipoteze 6 – t-test

Faktor	Tip bolnišnice	n	PV	SD	SNPV	t	p
Samoocena znanja za delo/usposabljanje ($\alpha=0,784$)	UKC	126	4,18	0,596	0,053	1,857	0,065
	Splošna oziroma SB	94	4,06	0,681	0,070		
	Skupaj	220	4,13	0,634	0,042		
Celostni pristop organizacije pri usposabljanju novo zaposlenih ($\alpha=0,925$)	UKC	126	2,75	0,869	0,077	0,179	0,155
	Splošna oziroma SB	90	2,96	0,750	0,079		
	Skupaj	216	2,84	0,825	0,056		
Splošno zadovoljstvo pri delu ($\alpha=0,833$)	UKC	126	3,29	0,858	0,076	-2,044	0,042
	Splošna oziroma SB	90	3,53	0,661	0,070		
	Skupaj	216	3,39	0,789	0,053		
Dodatne zadolžitve in izzivi ($\alpha=0,735$)	UKC	126	2,89	0,960	0,086	0,937	0,186
	Splošna oziroma SB	90	3,10	0,963	0,102		
	Skupaj	216	2,98	0,964	0,065		
Prenos znanj kot obremenitev posameznika ($\alpha=0,761$)	UKC	126	3,64	0,746	0,066	2,084	0,038
	Splošna oziroma SB	90	3,42	0,817	0,086		
	Skupaj	216	3,55	0,781	0,053		
Odnos novo zaposlenih do delovnega okolja ($\alpha=0,871$)	UKC	126	3,75	0,716	0,064	0,129	0,889
	Splošna oziroma SB	90	3,72	0,599	0,063		
	Skupaj	216	3,74	0,668	0,045		
Osebnosti lastnosti novo zaposlenih ($\alpha=0,849$)	UKC	126	3,15	0,756	0,067	0,319	0,182
	Splošna oziroma SB	91	3,28	0,674	0,071		
	Skupaj	217	3,20	0,723	0,049		
Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi ($\alpha=0,925$)	UKC	126	4,46	0,514	0,046	0,245	0,419
	Splošna oziroma SB	91	4,50	0,457	0,048		
	Skupaj	217	4,48	0,490	0,033		

Legenda: α – koeficient Cronbach alfa, UKC – univerzitetni klinični center, SB – specialna bolnišnica, n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SNPV – standardna napaka povprečne vrednosti, t – t-test, p – statistična značilnost.

H6 – Obstajajo statistično pomembne razlike zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v različnih tipih bolnišnic pri stopnji njihove samoocene znanja in pri stališčih o vlogi organizacije pri učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu,

zadovoljstva pri delu, obremenjenosti na delovnem mestu, odnosa novo zaposlenih in specifičnih zahtevah, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v tej dejavnosti.

Hipotezo 6 smo preverjali z vprašanjem "V kateri organizaciji ste zaposleni?" in s faktorji "Samoocena znanja za delo/usposabljanje", "Celostni pristop organizacije pri usposabljanju novo zaposlenih", "Splošno zadovoljstvo pri delu", "Dodatne zadalžitve in izzivi", "Prenos znanj kot obremenitev posameznika", "Odnos novo zaposlenih do delovnega okolja", "Osebne lastnosti novo zaposlenih" in "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi". Preverjali smo, ali se v stališčih med seboj v povprečju statistično pomembno razlikujeta dve neodvisni skupini, zato smo za preverjanje hipoteze uporabili t-test. Med vprašanimi iz različnih tipov bolnišnic smo ugotovili statistično pomembne razlike pri stališčih o dveh faktorjih, in sicer respondenti iz obeh UKC so se statistično značilno manj strinjali s faktorjem "Splošno zadovoljstvo pri delu" (PV=3,29, p=0,042) in statistično značilno bolj strinjali s faktorjem "Prenos znanja kot obremenitev posameznika" (PV=3,64, p=0,038) kot vprašani iz drugih bolnišnic (PV=3,53; PV=3,42).

Na osnovi predstavljenega rezultata smo **H6 delno potrdili, delno zavrnilo**.

H7 – Glede na generacijsko pripadnost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi obstajajo statistično pomembne razlike pri stopnji njihove samoocene znanja in pri stališčih o vlogi organizacije pri učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu, zadovoljstvu pri delu, obremenjenosti na delovnem mestu, odnosu novo zaposlenih in specifičnih zahtevah, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v tej dejavnosti.

Hipotezo 7 smo preverjali z vprašanjem "Koliko ste stari?" in s faktorji "Samoocena znanja za delo/usposabljanje", "Celostni pristop organizacije pri usposabljanju novo zaposlenih", "Splošno zadovoljstvo pri delu", "Dodatne zadalžitve in izzivi", "Prenos znanj kot obremenitev posameznika", "Odnos novo zaposlenih do delovnega okolja", "Osebne lastnosti novo zaposlenih" in "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi". Preverjali smo, ali se povprečno v stališčih medsebojno statistično pomembno razlikujejo tri neodvisne skupine, zato smo za preverjanje hipoteze uporabili

enosmerno analizo variance – ANOVA.

Tabela 38: Preverjanje hipoteze 7 – ANOVA

Faktor	Generacija	n	PV	SD	SNPV	F	p
Samoocena znanja za delo/usposabljanje ($\alpha=0,784$)	BB	45	4,43	0,553	0,082	7,416	0,001
	X	115	4,14	0,618	0,058		
	Y	61	3,90	0,633	0,081		
	Skupaj	221	4,13	0,634	0,043		
Celostni pristop organizacije pri usposabljanju novo zaposlenih ($\alpha=0,925$)	BB	44	2,93	0,855	0,129	0,396	0,674
	X	114	2,86	0,858	0,080		
	Y	59	2,77	0,745	0,097		
	Skupaj	217	2,85	0,827	0,056		
Splošno zadovoljstvo pri delu ($\alpha=0,833$)	BB	44	3,65	0,711	0,107	4,631	0,011
	X	114	3,39	0,803	0,075		
	Y	59	3,23	0,779	0,101		
	Skupaj	217	3,40	0,788	0,053		
Dodatne zadolžitve in izzivi ($\alpha=0,735$)	BB	44	2,78	0,996	0,150	2,426	0,091
	X	114	3,08	0,955	0,089		
	Y	59	2,92	0,948	0,123		
	Skupaj	217	2,98	0,964	0,065		
Prenos znanj kot obremenitev posameznika ($\alpha=0,761$)	BB	44	3,55	0,813	0,123	1,860	0,158
	X	114	3,63	0,759	0,071		
	Y	59	3,39	0,788	0,103		
	Skupaj	217	3,55	0,782	0,053		
Odnos novo zaposlenih do delovnega okolja ($\alpha=0,871$)	BB	44	3,78	0,692	0,104	0,218	0,804
	X	114	3,72	0,692	0,065		
	Y	59	3,76	0,606	0,079		
	Skupaj	217	3,74	0,667	0,045		
Osebnosti lastnosti novo zaposlenih ($\alpha=0,849$)	BB	44	3,36	0,650	0,098	2,177	0,116
	X	113	3,14	0,734	0,069		
	Y	61	3,23	0,742	0,095		
	Skupaj	218	3,21	0,722	0,049		
Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi ($\alpha=0,925$)	BB	44	4,55	0,416	0,063	3,366	0,036
	X	113	4,53	0,485	0,046		
	Y	61	4,34	0,525	0,067		
	Skupaj	218	4,48	0,490	0,033		

Legenda: α – koeficient Cronbach alfa, "BB" – "baby boomers" – respondenti stari med 54 in 63 leti oziroma rojeni med leti 1946 in 1964, "x" – respondenti stari med 38 in 53 leti oziroma rojeni med leti 1965 in 1980, "y" – respondenti stari med 27 in 37 leti oziroma rojeni med leti 1981 in 2000 (oziroma 1990 ali 1991 v naši raziskavi), n – število respondentov, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija, SNPV – standardna napaka povprečne vrednosti, F – primerjava razpršenosti ali F test, p – statistična značilnost.

Med vprašanimi v različnih generacijah smo našli statistično pomembne razlike le pri stališčih o "Samooceni znanja za delo/usposabljanje" ($p=0,001$), "Splošnem zadovoljstvu pri delu" ($p=0,011$) in "Specifičnih zahtevah za delo v operacijski zdravstveni negi" ($p=0,036$) (tabela 38). Rezultat Bonferroni testa (tabela 39) je razkril, da je bilo strinjanje s faktorjem "Samoocena znanja za delo/usposabljanje" v povprečju statistično značilno ($p<0,001$) višje pri generaciji "baby boomers" ($PV=4,43$) kot pri generaciji "y" ($PV=3,90$)

in da je bilo tudi strinjanje s faktorjem "Splošno zadovoljstvo pri delu" v povprečju statistično značilno ($p=0,009$) višje pri generaciji "baby boomers" ($PV=3,65$) kot pri generaciji "y" ($PV=3,23$). Omenimo še mejno vrednost ($p=0,053$), ki bi lahko nakazovala, da je bilo strinjanje s faktorjem "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi" v povprečju statistično značilno višje pri generaciji "x" ($PV=4,53$) kot pri generaciji "y" ($PV=4,34$).

Na osnovi predstavljenega rezultata smo **H7 delno potrdili, delno zavrnili**.

Tabela 39: Strinjanje s faktorji glede na generacijsko pripadnost – Bonferroni test

Odvisna spremenljivka	Generacija	Generacija	PR	SN	p
Samoocena znanja za delo/usposabljanje ($\alpha=0,784$)	BB	X	0,386	0,173	0,080
		Y	0,740	0,193	<0,001
	X	BB	-0,386	0,173	0,080
		Y	0,355	0,156	0,071
	Y	BB	-0,740	0,193	<0,001
		X	-0,355	0,156	0,071
Splošno zadovoljstvo pri delu ($\alpha=0,833$)	BB	X	0,394	0,175	0,077
		Y	0,592	0,197	0,009
	X	BB	-0,394	0,175	0,077
		Y	0,199	0,158	0,631
	Y	BB	-0,592	0,197	0,009
		X	-0,199	0,158	0,631
Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi ($\alpha=0,925$)	BB	X	0,034	0,176	1,000
		Y	0,413	0,196	0,109
	X	BB	-0,034	0,176	1,000
		Y	0,379	0,158	0,053
	Y	BB	-0,413	0,196	0,109
		X	-0,379	0,158	0,053

Legenda: α – koeficient Cronbach alfa, "BB" – "baby boomers" – respondenti stari med 54 in 63 leti oziroma rojeni med leti 1946 in 1964, "x" – respondenti stari med 38 in 53 leti oziroma rojeni med leti 1965 in 1980, "y" – respondenti stari med 27 in 37 leti oziroma rojeni med leti 1981 in 2000 (oziroma 1990 ali 1991 v naši raziskavi).

3.5 RAZPRAVA

V magistrskem delu smo želeli ugotoviti odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih in z rezultati omogočiti razvoj enotne strategije usposabljanja novo zaposlenih na tem specialnem področju zdravstvene nege. V

hipotezah smo predpostavili, da je odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih povezan s stopnjo izobrazbe, starostjo, z vlogo organizacije, zadovoljstvom pri delu in obremenjenostjo na delovnem mestu. Zanimala nas je tudi razlika v vsebinskem dojetanju omenjenih konstruktov med tremi generacijami ter med različnima tipoma bolnišnic, torej med obema UKC in splošnimi oziroma specialnimi bolnišnicami.

V naši raziskavi smo ugotovili, da so zaposleni v operacijski zdravstveni negi v dvanajstih slovenskih bolnišnicah do usposabljanja novo zaposlenih v povprečju izkazali pozitiven odnos, skoraj v celoti so se tudi strinjali, da morajo posredovati svoje znanje. Obligacijo zdravstvenih delavcev do mentorstva nezkušenim sodelavcem sicer opredeljuje tudi Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi (2014), to poslanstvo v svojih priporočilih pojasnjuje tudi stanovska organizacija AORN (AORN (The Association of periOperative Registered Nurses), 2015). Oblak in Skela Savič (2017b, p. 203) pravita, da je "delo v operacijski zdravstveni negi specifično tudi zaradi stalne medsebojne odvisnosti in vzajemnega delovanja vsaj dveh strokovnjakov in morda prav to zavedanje vzpostavlja pozitiven odnos do usposabljanja novo zaposlenih". Vprašani v naši raziskavi so v povprečju sicer menili, da so za usposabljanje novo zaposlenih dovolj usposobljeni. Ne glede na tip bolnišnice, kjer so zaposleni, na leta delovne dobe na tem delovnem mestu oziroma na pripadnost generacijskim skupinam, so svojo usposobljenost ocenili visoko. Pri tem naj omenimo, da so bile povprečne vrednosti na Likertovi 5-stopenjski lestvici stališč najvišje pri generaciji "baby boomers" in najnižje pri generaciji "y". Pripadniki generacije "baby boomers" so se v povprečju najvišje ocenili tudi pri usposobljenosti za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi (vprašanje "Ocenite svojo usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi"). Opisane razlike v stališčih med tremi generacijami so bile prepoznane tudi kot statistično značilne. Meretoja, et al. (2014) in Stevanin, et al. (2018) so pri merjenju kompetenc v presečni raziskavi na Finskem in sistematičnem pregledu literature o generacijskih značilnostih zaposlenih v zdravstveni negi ugotovili, da se je generacija "baby boomers" ocenila kot bolj kompetentna ter z večjo avtonomijo in nadzorom nad prakso kot generaciji "x" in "y". Stevanin, et al. (2018) so pojasnili tudi, da je "baby boomers" generacija prikazala drugačen odnos do dela in druge dejavnike, ki vplivajo na dobro počutje in zadovoljstvo pri delu, nižjo stopnjo

doživljanja stresa in izgorelosti, večjo nagnjenost k zamenjavi delovnega mesta in drugačne dejavnike, ki so jih zadrževali na istem delovnem mestu, kot ostali dve generaciji. Zaradi nekaterih vmesnih rezultatov v naši raziskavi smo v sedmi hipotezi tudi mi dodatno primerjali stališča teh treh generacij glede oblikovanih faktorjev. Med vprašanimi v različnih generacijah smo našli statistično pomembne razlike pri stališčih v faktorjih "Samoocena znanja za delo/usposabljanje", "Splošno zadovoljstvo pri delu" in "Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi". Med tremi generacijami, ki smo jih obravnavali v magistrskem delu so bile statistično značilne razlike nedvomno opažene med najstarejšo in najmlajšo generacijo, pri čemer se je generacija "baby boomers" s faktorji statistično značilno bolj strinjala kot generacija "y".

V prvi hipotezi smo se spraševali ali je stopnja izobrazbe in starost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi povezana s stopnjo njihove samoocene znanja in usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih. Respondenti s srednjo šolo na področju zdravstvene nege so svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih v povprečju ocenili najnižje, na drugi strani so se respondenti, ki so imeli izobrazbo višjo kot je visoka šola na področju zdravstvene nege, za to dejanje med tremi skupinami čutili najbolj usposobljeni. A statistično pomembnih razlik pri tem, in tudi pri samooceni znanja za usposabljanje novo zaposlenih, nismo dokazali. Statistično pomembno razliko smo zaznali le pri enem izmed vprašanj, ki tvorijo faktor "Samoocena znanja za delo/usposabljanje", torej faktor, ki smo ga uporabili za preverjanje te prve hipoteze in sicer pri vprašanju o praktičnem znanju za usposabljanje novo zaposlenih. Vprašani iz skupine z najvišjo stopnjo izobrazbe, torej z izobrazbo višjo kot je visoka šola na področju zdravstvene nege, so svoje praktično znanje za usposabljanje novo zaposlenih ocenili višje kot vprašani v skupini z najnižjo stopnjo izobrazbe, torej s srednjo šolo na področju zdravstvene nege, ti pa presenetljivo višje kot vprašani iz srednje skupine po stopnji izobrazbe, torej z višjo ali visoko šolo na področju zdravstvene nege. Opisano nas je nekoliko presenetilo, saj bi glede na številne teorije na tem področju, med skupinami z različno stopnjo izobrazbe bilo pričakovano prepoznati razlike. Tako so recimo Gillespie, et al. (2011) v raziskavi med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi v Avstraliji razkrili, da so zaposleni v operacijski zdravstveni negi z dodatno ali celo akademsko izobrazbo bolj usposobljeni prepoznati subtilne primere, izvajati napredno klinično

presojo, reševati probleme in kritično razmišljati pri situacijskem zavedanju med operativnimi posegi. Smo pa pri preverjanju prve hipoteze odkrili statistično značilno povezanost med starostjo respondentov in samooceno usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih in faktorjem "Samoocena znanja za delo/usposabljanje". Povezanost je bila v obeh primerih pozitivna, torej z višanjem starosti se je povečevala tudi samoocena usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih in strinjanje z omenjenim faktorjem, a opozoriti moramo, da je bila povezanost šibka. Predvidevamo lahko, da so starejši in s tem velikokrat bolj izkušeni zaposleni bolj usposobljeni in se zaradi uporabe svojih preteklih izkušenj z velikim občutkom za kompetenco bolje prilagodijo različnim situacijam (Karami, et al., 2017).

Respondenti v naši raziskavi so imeli do znanja in izobraževanja pozitiven odnos. Pri oceni znanja za delo na svojem strokovnem področju so se namreč v povprečju ocenili relativno visoko, iz njihovih odgovorov smo lahko razbrali tudi, da je pri tem bila stopnja njihovega praktičnega znanja nekoliko višja od teoretičnega. Vprašani se niso mogli opredeliti ali so imeli za usposabljanje novo zaposlenih dovolj znanja iz pedagoško-andragoških vsebin. Njihov pomislek ni presenetil, saj so se večinoma udeleževali izobraževanj iz vsebin operacijske zdravstvene nege, etike ter kakovosti in varnosti v zdravstveni negi, izobraževanja iz področja mentorstva in raziskovanja v zdravstveni negi pa so bila redka. Respondenti v naši raziskavi so bili prepričani tudi, da bi za usposabljanje novo zaposlenih potrebovali dodatno izobraževanje. Pri tem so se zaposleni v obeh UKC na 5-stopenjski Likertovi lestvici stališč statistično značilno v večji meri opredelili z višjo stopnjo strinjanja kot zaposleni v drugih bolnišnicah. Jasno je, da se kompleksnost zdravstvene obravnave v obeh UKC razlikuje že med njima, kaj šele od tiste v drugih bolnišnicah, kar se odraža tudi pri zahtevnosti izvajanih storitev in postopkov ter s tem povezanimi kompleksnejšimi nalogami, ki jih morajo zaposleni obvladati. Naše razmišljanje utemeljujejo tudi odgovori respondentov pri nekaterih drugih vprašanjih. Odkrili smo namreč tudi statistično značilne razlike v stališčih zaposlenih v različnih tipih bolnišnic pri oceni usposobljenosti za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi – zaposleni v obeh UKC so svojo usposobljenost za opravljanje dela statistično značilno ocenili višje kot zaposleni v drugih bolnišnicah. Prav tako smo statistično značilne razlike zaznali pri oceni usposobljenosti novo zaposlenega

za samostojno opravljanje dela. Natančneje, respondenti iz obeh UKC so usposobljenost novo zaposlenega za samostojno opravljanje dela po enem letu ocenili v manjšem deležu kot respondenti iz drugih bolnišnic, nasprotno pa je večji delež respondentov iz obeh UKC menil, da je novo zaposleni dobro usposobljen za samostojno opravljanje dela šele po treh letih v nasprotju z respondenti iz drugih bolnišnic. Oba UKC sta kot terciarni bolnišnici vsaka na svojem geografskem področju države vodilni strokovni, pedagoški in znanstveni ustanovi slovenskega zdravstva ter sta zaradi kompleksnejših primerov obravnav in drugega tudi dodatno financirani. Morda bi kazalo znanje ter izkušnje, ki jih potrebujejo za uspešno izvajanje kompleksnih delovnih nalog zaposleni v operacijski zdravstveni negi v teh dveh centrih, drugače klasificirati in vrednotiti.

Respondenti v naši raziskavi se večinoma niso mogli izjasniti glede vprašanja o opredelitvi njihovih kompetenc. Delovna skupina za izobraževanje pri EORNA je leta 2009 definirala pet sklopov kompetenc za zaposlene v operacijski zdravstveni negi (EORNA (European Operating Room Nurses Association), 2009), ki bi jih morali še podrobneje opredeliti, kljub temu pa bi lahko koristile kot smernice za opredelitev kompetenc zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v slovenskem prostoru. Udeleženci naše raziskave, kakor tudi vprašani v raziskavi v operacijski zdravstveni negi v UKC Ljubljana (Oblak & Skela Savič, 2017b), so menili, da je zelo pomembna postavitev kriterijev za izbor primernih kandidatov za zaposlitev v tej specifični dejavnosti. Vsebinsko gledano so se vprašani v naši raziskavi na 5-stopenjski Likertovi lestvici stališč v povprečju pozitivno opredelili tudi do enakosti teh kriterijev v vseh slovenskih bolnišnicah in prav tako do usposabljanja novo zaposlenih v vseh slovenskih bolnišnicah po enotnem programu. Strinjanje v obeh primerih je bilo statistično značilno višje pri zaposlenih v obeh UKC. Brdnik (2013) je v raziskavi v petih slovenskih bolnišnicah ugotovil, da se zaposleni v operacijski zdravstveni negi niso uvajali po strukturiranem programu, saj ga v večini bolnišnic niso imeli. Inch (2013) ob tem razlaga, da učenje ob pacientih ni etično, ter da je prihodnost izobraževanja za kritične situacije, ki jih v kliničnem okolju redko srečamo jasno načrtovana: učenje bo moralo potekati s pomočjo simulatorja v simulacijskih centrih. Whelan, et al. (2016) pojasnjujejo, da lahko skupaj z uporabo teoretičnega modela Bennerjeve (1984) simulacijsko usposabljanje zaposlenim v operacijski zdravstveni negi daje možnost razvijanja večjih kompetenc in priložnost

hitreje identificirati situacije, ki bi lahko vodile k ogrožanju varnosti pacienta. Tudi sodelujoči v naši raziskavi so se strinjali, da bi predhodno usposabljanje novo zaposlenih v simulacijskem centru skrajšalo čas usposabljanja na delovnem mestu, zato se porajajo predlogi o razvoju in implementaciji sistematičnega tovrstnega načina izobraževanja. Seveda bi pri tem nujno upoštevali tudi vsebine, ki obravnavajo načela timskega dela (Weaver, et al., 2014).

V drugi hipotezi smo ugotavljali, ali obstaja povezava med oceno vloge organizacije pri učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih in stopnjo samoocene usposobljenosti za usposabljanje novo zaposlenih. Veljavnost dela instrumenta, ki je merila vlogo organizacije je bila odlična (tabela 1), in tudi faktor, ki se je izoblikoval v faktorski analizi je imel odlično zanesljivost (tabela 8), zato smo pričakovali, da bomo povezanost med spremenljivkami prepoznali, a statistično značilne povezanosti nismo dokazali. Izsledke naše raziskave lahko primerjamo z dognanji Karami, et al. (2017), ki so v raziskavi med zaposlenimi v zdravstveni negi v dveh učnih bolnišnicah v Iranu ugotovili, da med dojemanjem kompetenc in vloge organizacije ni bilo ustrezne povezanosti. Mi dodajamo, da operacijske dvorane vsaj navidezno delujejo kot izolirani prostori, zato morda zaposleni v tej dejavnosti čutijo močnejšo pripadnost do svoje skupnosti kot do krovne organizacije, kar bi pa znalo vplivati na njihova stališča o merjenem konstrukt. V povprečju so odgovori udeležencev v naši raziskavi pojasnili, da vloga organizacije pri učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih ni bila jasno določena. Respondenti so bili pri vprašanjih o njihovi odgovornosti, odgovornosti novo zaposlenih in ciljih pri njihovem usposabljanju v povprečju neodločeni, verjetno zato, ker za usposabljanje novo zaposlenih večinoma niso prejeli natančnih navodil. Ugotovimo, da so v kliničnem učnem okolju nujne organizacijske in sistemske spremembe. V kvalitativni raziskavi med 35 zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi, ki so sodelovali v transplantacijski dejavnosti v splošnih in učnih bolnišnicah v Avstraliji, so vprašani povedali, da jim organizacija ni nudila možnosti za profesionalni razvoj, prav tako ne programov za formalno izobraževanje s katerimi bi lahko pridobili strokovno znanje in spretnosti za sodelovanje pri kirurških posegih (Smith, et al., 2015). Pri opisani raziskavi je bil uporabljen kvalitativni dizajn in je zato ne primerjamo z izsledki naše raziskave, prikazujemo jo zgolj zaradi njenega konteksta. Isto velja tudi za vse druge v razpravi omenjene raziskave s

kvalitativnim dizajnom. Oblak in Skela Savič (2017a) razmišljata, da se odgovorni v vrhnjem in srednjem managementu bolnišnic morda premalo zavedajo, da je usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu kompleksen proces, ki lahko ob premišljenem izvajanju omogoči večjo učinkovitost in s tem doseganje ciljev zdravstvene ustanove. S poznavanjem kadrovskega managementa, pri tem opozarjamo na poglobljena znanja iz managementa v zdravstvu, in implementiranjem strateških organizacijskih ukrepov bi se lahko izognili prevečkrat priročnemu in neprestanemu izgovarjanju na kadrovsko podhranjenost. Našemu razmišljanju se pridružujejo tudi Karami, et al. (2017), ki razlagajo, da je pri doseganju ciljev zdravstvenega sistema pomembno, da imajo zaposleni poleg strokovnega znanja, moči in sposobnosti razvito tudi visoko stopnjo organizacijske pripadnosti ter pripravljenosti, da postanejo vključeni v dejavnosti, ki presega njihove vnaprej določene dolžnosti. Nujno je ustvariti ustrezno organizacijsko podporo, ki bo z zagotavljanjem finančnih in tudi ustreznih človeških virov omogočala profesionalno rast, občutek profesionalne avtonomije in zadovoljstvo zaposlenih (Karami, et al., 2017). Isti avtorji dodajajo, da je vse to možno doseči s skrbno načrtovanim razvojem izobraževalnih programov, ki bi jih vodili usposobljeni izvajalci zdravstvene nege, pri tem pa imeli učinkovito politično in strokovno podporo. Smith, et al. (2015) zaključujejo, da je za svoje znanje odgovoren vsak posameznik, vendar je pri pridobivanju specialnih znanj nujna tudi podpora organizacije oziroma kliničnega okolja.

V tretji hipotezi smo želeli raziskati morebitno povezavo med zadovoljstvom pri delu in odnosom do usposabljanja novo zaposlenih. Oblak in Skela Savič (2017a) sta v raziskavi med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi v UKC Ljubljana splošno zadovoljstvo pri delu namreč prepoznali kot dejavnik, ki je bil povezan z njihovim pozitivnim odnosom do usposabljanja novo zaposlenih. A del merskega instrumenta v naši raziskavi, s katerim smo želeli preverjati povezanost med spremenljivkama je imel slabo zanesljivost in posledično te hipoteze nismo mogli preverjati. Zadovoljstvo pri delu v naši raziskavi ni bilo nedvomno opredeljeno. Smo pa pri preverjanju šeste hipoteze, s katero smo hoteli raziskati statistično pomembne razlike glede vsebinskega dožemanja tega in še nekaterih ostalih konstruktov naše raziskave med respondenti zaposlenimi v obeh tipih bolnišnic, ugotovili statistično značilne razlike, in sicer pri stališčih v faktorju "*Splošno zadovoljstvo pri delu*". Zaposleni v obeh UKC so se z omenjenim faktorjem statistično značilno manj

strinjali kot njihovi kolegi iz splošnih oziroma specialnih bolnišnic. Tudi Eskola, et al. (2016) so v presečni raziskavi pri raziskovanju kulture na delovnem mestu med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi na Finskem ugotovili, da je bilo zadovoljstvo pri delu med zaposlenimi v učnih bolnišnicah nižje kot pri tistih zaposlenih v splošnih bolnišnicah, pri tem so avtorji mislili predvsem na zagotavljanje materialnih virov in na izvajanje k posamezniku usmerjenega managementa. Tudi Wakim (2014) ter Zhou in Gong (2015) so v raziskavah med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi zaznali obremenjenost z delovnimi nalogami, pri tem pa so Gillespie, et al. (2010) še pojasnili, da so bili v manjših operativnih enotah v splošnih bolnišnicah zaposleni v operacijski zdravstveni negi bolj seznanjeni z omejitvami ter prednostmi članov multidisciplinarnega tima, prav tako so bili zaradi večinoma elektivnih in nekompleksnih operativnih posegov bolj izurjeni pri opravljanju svojega dela. V fenomenološki raziskavi, ki sta jo naredila Ingvarsdottir in Halldorsdottir (2018) so zaposleni v operacijski zdravstveni negi v pogovoru o delovnih pogojih v operacijskih dvoranah izpostavili pritisk, številne zahteve, predvsem zahteve po učinkovitosti, kadrovske primanjkljaje, paciente s težkimi boleznimi in številne motnje v delovnem okolju. Iz pripovedovanja intervjuvanih v isti raziskavi je bilo možno razbrati tudi, da premajhno število in pomanjkanje dovolj usposobljenih zaposlenih lahko ogrozi varnost pacientov, izpostavljeno je bilo namreč tudi neprestano balansiranje med varnostnimi vprašanji in zahtevami po učinkovitosti oziroma časovni izkoriščenosti prostora v operacijskih dvoranah. Robida (2013) pripominja, da v procesu učenja ni pomembno samo osvajanje tehničnih veščin, ampak tudi pridobivanje znanj o varnosti pacientov. Tudi Bunkenborg, et al. (2013) in Groves, et al. (2014) v svojih raziskavah ugotavljajo, da številne delovne zahteve lahko negativno vplivajo na varnost pacientov.

V četrti hipotezi smo želeli raziskati možno povezavo med obremenjenostjo na delovnem mestu in odnosom do usposabljanja novo zaposlenih. Hipotezo bi preverjali z že omenjenim delom merskega instrumenta, a je imel slabo zanesljivost in tako tudi te hipoteze nismo mogli preverjati. Smo pa pri preverjanju šeste hipoteze ugotovili statistično značilne razlike med respondenti iz obeh UKC in splošnih oziroma specialnih bolnišnic pri stališčih v faktorju "*Prenos znanj kot obremenitev posameznika*". Zaposleni v obeh UKC so se z omenjenim faktorjem statistično značilno strinjali bolj kot vprašani

v drugih bolnišnicah. Morda lahko pri tem potegnemo vzporednico z rezultati raziskave Eskole, et al. (2017), ki so pokazali, da so zaposleni v operacijski zdravstveni negi v splošnih bolnišnicah stres, ki so ga povezovali z obremenjenostjo na delovnem mestu, ocenili nižje kot njihovi kolegi v učnih bolnišnicah. Na splošno obremenjenost na delovnem mestu v naši raziskavi ni bila čisto jasno določena. Respondenti so v povprečju menili, da zaradi opravljanja svojih delovnih obveznosti novo zaposlenim niso mogli nameniti toliko časa, kot bi ga le-ti potrebovali, usposabljanje med operativnim posegom jim je v povprečju predstavljalo dodatno obremenitev, čeprav v povprečju ni motilo samega poteka dela. Blomberg, et al. (2015) so v intervjujih med 15 zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi na Švedskem odkrili, da je eden izmed glavnih ciljev organizacije, da bi skrajšali čas potekanja operativnih posegov in obenem tudi skrajšali čas bivanja bolnikov v operacijskih dvoranah. Delo v kompleksnih in včasih tudi kaotičnih okoljih, kar operacijske dvorane nedvomno so, povečuje stres in izgorevanje strokovnjakov, pri tem pa zmanjšuje verjetnost optimalne zdravstvene obravnave v številnih dimenzijah (Dyess, et al., 2017). Sodelovanje z neznanimi člani tima se pomembno razlikuje od relativno stabilnega timskega dela, ki se razvije na podlagi skupnega znanja in izkušenj pridobljenega v daljših obdobjih tesnega sodelovanja (Bezemer, et al., 2015). Razumljivo je, da stres v operacijskih dvoranah, ki je lahko povezan s tehničnimi problemi, pacientom, personalnimi problemi, komunikacijo, prekinitvami oziroma z motnjami in ukvarjanjem s študenti (Arora, et al., 2010; Hull, et al., 2011), vpliva tudi na uspešnost operativnega posega in varnost pacienta.

V peti hipotezi smo se spraševali, ali je stopnja izobrazbe in starost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi povezana s stopnjo njihovega strinjanja s specifičnimi zahtevami, ki bi jih morali izpolnjevati zaposleni za delo v tej dejavnosti. Ne glede na izobrazbeno skupino respondentov, so se ti v povprečju z vsemi vprašanji faktorja za preverjanje te pete hipoteze "*Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi*", delno ali popolnoma strinjali. Statistično pomembnih razlik pri stališčih o tem konstrukt v povezavi s stopnjo izobrazbe nismo potrdili, našli jih nismo niti med zaposlenimi v različnih tipih bolnišnic. Demografija v naši raziskavi kaže na heterogeno izobrazbeno strukturo, čeprav je kompleksnost delovnih opravil in odgovornost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi homogena. Pri delu v operacijski dvorani glede na stopnjo

izobrazbe namreč ni zaznati prav nobene formalne delitve nalog in odgovornosti, lahko pa opisano razpoznamo kot neformalno. Kriterij za neformalno odgovornost ni stopnja izobrazbe, ampak zgolj delovne izkušnje v operacijski zdravstveni negi, ki so v veliki meri povezane tudi s starostjo in usposobljenostjo na tem delovnem mestu. O pomanjkanju vsebin iz operacijske zdravstvene nege v času formalnega študija smo v magistrskem delu že razpravljali. Res je tudi, da je večine za praktično usposabljanje novo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi formalno težko oziroma nemogoče pridobiti, saj so izrazito prevladujoče tehnične narave, čeprav ne moremo prezreti ne tehničnih veščin, ki jih je možno osvojiti ob institucionaliziranem izobraževanju in smo o njih v magistrskem delu tudi že govorili. Spretnost komuniciranja pa je zagotovo ena izmed bistvenjših ne tehničnih veščin. Statistično pomembno razliko v povezavi s stopnjo izobrazbe smo namreč zaznali le pri enem od vprašanj, ki tvorijo faktor "*Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi*", in sicer pri vprašanju o spretnosti komuniciranja. Strinjanje s tem, da morajo zaposleni v operacijski zdravstveni negi imeti razvite spretnosti komuniciranja je bilo v povprečju statistično značilno nižje pri respondentih s srednjo šolo na področju zdravstvene nege kot pri respondentih, ki so imeli izobrazbo, ki je bila višja kot visoka šola na področju zdravstvene nege. Kocbek (2013) je v raziskavi v petih slovenskih bolnišnicah med 74 zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi ugotovila, da so tisti zaposleni, ki so imeli več priložnosti za komunikacijo s sodelavci o zdravstveno negovalnih postopkih izvedenih pri pacientih, odnose v delovnem okolju ocenili boljše, kot tisti zaposleni, ki s sodelavci o tem niso razpravljali toliko. So pa rezultati korelacijske analize pokazali, da je bila s faktorjem "*Specifične zahteve za delo v operacijski zdravstveni negi*" statistično značilno povezana starost respondentov. Povezanost je bila pozitivna, torej z višanjem starosti se je povečevalo tudi strinjanje z omenjenim faktorjem, vendar moramo pripomniti, da je bila korelacija zgolj neznatna. Na statistično pomembne razlike v strinjanju s tem faktorjem med tremi generacijami smo opozorili že na začetku razprave.

V povprečju so vprašani v naši raziskavi menili, da so novo zaposleni upoštevali navodila za delo v operacijski zdravstveni negi, imeli do zaposlenih in opreme v tej dejavnosti spoštljiv odnos ter so bili motivirani za pridobivanje novih znanj in izkušenj ter odgovorni do dela. Glede samoiniciativnosti in samokritičnosti novo zaposlenih v operacijski

zdravstveni negi so bili vprašani v naši raziskavi neopredeljeni. Oblak in Skela Savič (2017b, p. 204) ugotavljata, da se bo za "prepoznavanje in razumevanje specifičnih potreb in pričakovanj, ki jih ima generacija "y" verjetno potrebno izobraziti ter nato izkoristiti prednosti, ki jih ta generacija ima". Le z razvojem in implementacijo učinkovitih strategij poučevanja tako na fakultetah in v kliničnih okoljih se bo mogoče prilagoditi tudi zahtevam večgeneracijskih skupin študentov (Stevanin, et al., 2018).

Z večino vprašanj, s katerimi smo raziskovali mnenje o specifičnih zahtevah za delo v operacijski zdravstveni negi, so se respondenti v povprečju popolnoma strinjali. Rečemo lahko torej, da morajo imeti zaposleni v operacijski zdravstveni negi razvite spretnosti komuniciranja ter biti sposobni kritičnega mišljenja, sodelovanja v timu, opravljanja več nalog hkrati in obvladovanja neobičajnih situacij. Tudi Noonan (2011) pojasnjuje, da je kritično razmišljanje in klinično odločanje bistvena sestavina znanja in spretnosti, ki bi jih morali pri usposabljanju pridobiti zaposleni v operacijski zdravstveni negi. Zaposleni v tej specifični zdravstveni dejavnosti morajo biti tudi fleksibilni in sposobni empatije, dela v stresnih situacijah in učenja iz napak. Bilik (2017) pravi, da pacientu operativni poseg predstavlja stresno atmosfero, zaposleni v operacijski zdravstveni negi pa morajo delovati v multidisciplinarnem timu, kjer pojav življenjsko nevarnih situacij, ki zahtevajo hitre odločitve, ni tako redek.

3.5.1 Izzivi za nadaljnje raziskave

Raziskava spodbudi k odkrivanju stališč odgovornih v vrhnjem in srednjem managementu bolnišnic do usposabljanja novo zaposlenih in ponuja priložnosti za izvedbo izboljšav v posameznih bolnišnicah. Pokaže tudi na pomen raziskovanja stališč novo zaposlenih do njihovega usposabljanja v operacijski zdravstveni negi in odnosa zaposlenih v tej zdravstveni panogi do svojih kompetenc. Pri bodočem raziskovanju bi kazalo nameniti pozornost tudi razlikam med generacijami in upoštevati zlasti mikrogeneracijo uvrščeno med generacijama "x" in "y", tipu bolnišnice respondentov in posledično razlikam v kompleksnosti in intenziteti delovnih opravil. Pri odkrivanju novih dognanj bi bilo smiselno uporabiti reprezentativni vzorec, saj bi le tako lahko posploševali, sistemsko uredili in definirali podiplomsko izobraževanje na tem področju

v Sloveniji in ga znanstveno obravnavali.

3.5.2 Omejitve raziskave

Omejitev smo zaznali že pri opredelitvi vzorca. Natančneje bi morali razjasniti kriterije za sodelovanje v naši raziskavi, opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi tudi v veliki in ne samo v mali operativi, obseg kompetenc zaposlenih v tem delovnem okolju je občutno manjši. Zaradi širokega obsega specialnih področjih v operacijski zdravstveni negi vidimo omejitve naše raziskave tudi v težko opredeljivi razmejitvi med aktom usposabljanja novo zaposlenega in usposabljanja zaposlenega v operacijski zdravstveni negi, ki je specializiran na drugem operativnem področju.

Kot naslednjo omejitev smo opazili isti pomen različnih terminov. Da bi v skupino zaposlenih na tem področju zdravstvene nege z enim terminom lahko zajeli oba spola, smo v magistrskem delu uporabljali termin "zaposleni v operacijski zdravstveni negi" in ne splošno pogovorno uporabljenega termina "operacijska medicinska sestra". Nekaj zmede je možno zaznati tudi pri terminih "perioperativna zdravstvena nega" in "operacijska zdravstvena nega". V magistrskem delu smo uporabljali termin "operacijska zdravstvena nega", pri tem pa mislili na izvajanje zdravstvene nege in vse negovalne postopke opravljene pred, med in po operativnem posegu.

Tudi pridobivanje soglasij bolnišnic k raziskovanju smo prepoznali kot omejitev. Nekatere bolnišnice niso želele biti imenovane in/ali niso dovolile objav rezultatov v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven nje. S takšnimi odločitvami so jasno pokazale na stanje njihove organizacijske kulture in lastno negotovost. Menimo tudi, da je v nekaterih bolnišnicah proces pridobivanja soglasij za raziskovanje preveč odvisen od angažiranosti in razumevanja posameznikov, ki nastopajo kot partnerji v tem odnosu. Zato kot izziv in doprinos k znanosti Zbornici – Zvezi predlagamo, da kot delovno in strokovno telo na področju zdravstvene nege, poizkusi, ali pa pristojnim deležnikom vsaj predlaga sistemsko ureditev teh anomalij na nacionalnem področju.

Pri interpretaciji nekaterih rezultatov naše raziskave (obligacija za posredovanje znanja,

usposobljenost za usposabljanje idr.) moramo biti previdni, saj gre morda za fenomen odgovarjanja na socialno zaželen način, torej prikazovanje vedenja, ki ustreza trenutnim družbenim normam in standardom (Paulhus, 2017). Tovrstno odgovarjanje bi bilo mogoče zmanjšati z ustreznim oblikovanjem vprašanj.

Priporočljiva velikost vzorca za eksploratorno faktorsko analizo je vsaj 300 (Tabanick & Fidel, 2013), zato kot omejitev omenimo še število respondentov ($n=225$). A na drugi strani ista avtorja menita, da v primeru, ko ima več faktorjev utež večjo kot 0,80 (v naši raziskavi je bilo takih pet od osmih), zadostuje tudi manjši vzorec ($n \leq 150$). O nizkih vrednostih Spearmanovega koeficienta korelacije pa smo v razpravi že diskutirali.

In ne nazadnje, omejitev pri našem delu smo opazili tudi pri zajemu podatkov. Namreč, v različnih tipih bolnišnic smo podatke zajemali z istim merskim instrumentom. Oblikovali sta se dve homogeni skupini, torej skupina iz obeh UKC in skupina iz splošnih oziroma specialnih bolnišnic. Morda bi kazalo raziskovanje izvesti v dveh ali celo več homogenih skupinah, a pri tem bi se zaradi manjših raziskovalnih enot verjetno pojavilo vprašanje zagotavljanja anonimnosti. Zanesljivost instrumenta smo preverjali tudi z eksploratorno faktorsko analizo, v katero smo vključili podsklope, ki so imeli vrednost koeficienta Cronbach alfa za skupno zanesljivost podsklopa 0,60 ali več. Tako podsklopa C "Splošni odnos do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu" zaradi slabe zanesljivosti ($\alpha=0,517$) v faktorski analizi in pri preverjanju hipotez nismo uporabljali. Posledično nismo mogli preverjati tretje hipoteze, v kateri smo želeli razjasniti ali obstaja povezava med zadovoljstvom pri delu in odnosom do usposabljanja novo zaposlenih ter četrte hipoteze, s katero smo želeli razjasniti ali obstaja povezava med obremenjenostjo na delovnem mestu in odnosom do usposabljanja novo zaposlenih. Tudi v podsklopu E "Trenutno stanje usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi" smo zaznali slabo zanesljivost ($\alpha=0,557$) in ga v faktorski analizi nismo uporabljali. Že pri načrtovanju preverjanja hipotez pa jih s tem podsklopom nismo nameravali preverjati. Smo pa oba podsklopa uporabili pri prikazu opisne statistike. Obseg in kompleksnost delovnih zadolžitvev idr. je med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi med različnimi tipi bolnišnic v Sloveniji precej drugačen in to se je verjetno demonstriralo tudi skozi nižje vrednosti koeficienta Cronbach alfa v določenih

podsklopih. Validiranega merskega instrumenta za potrebe našega raziskovanja v literaturi nismo uspeli zaslediti, zato smo vprašalnik razvili sami. Zanesljivost merskega instrumenta smo preliminarno preverjali v pilotnem raziskovalnem projektu, za namen magistrskega dela smo v njem dopolnili podsklope, kjer je bila vrednost Cronbach alfa nižja, dodali podsklop vprašanj o trenutnem stanju usposabljanja novo zaposlenih in specifičnih zahtevah za delo v operacijski zdravstveni negi. Opisane verzije vprašalnika nismo dodatno pilotno preverjali. Pri interpretiranju rezultatov je postalo jasno, da bi ga morali pred uporabo v magistrskem delu testirati vsaj še v enem pilotnem projektu v več različnih bolnišnicah. Naš merski instrument je meril konstrukte, ki bi naj bili pri raziskovanju našega krovnega raziskovalnega vprašanja sicer povezani, a kljub temu so to samostojni konstrukti, ki bi jih v prihodnosti kazalo neodvisno raziskati. Povedano drugače, v naši raziskavi smo odnos do usposabljanja novo zaposlenih raziskovali skozi konstrukt zadovoljstva pri delu, obremenjenosti na delovnem mestu idr. Obogateni z izkušnjami in znanjem, ki smo jih pri raziskovanju pridobili, razmišljamo, da bi morali podrobneje raziskati sam konstrukt splošnega odnosa do usposabljanja novo zaposlenih. Precej verjetno torej je, da smo konstrukte pri razvoju našega vprašalnika obravnavali preveč površinsko in v preveliki meri generalizirali vprašanja, ki merijo splošne konstrukte v zdravstveni negi ter pri tem bili premalo pozorni na specifičnost v kontekstu operacijske zdravstvene nege. In ne nazadnje, za razvoj takšnega kompleksnega merskega instrumenta je potrebno sistematično, dolgoročno raziskovanje ter pri tem apliciranje različnih metod in poglobljenega znanja iz raznovrstnih vsebin. Tako nismo stvarno pričakovali, da bi bil lahko razvoj vprašalnika za namen našega raziskovanja le del magistrskega dela, zagotovo bi njegov razvoj zadostoval kriterijem za neodvisno temo v magistrskem delu. Naše razmišljanje lahko podkrepimo z raziskovanjem literature o razvijanju in testiranju samo nekaterih izmed številnih merskih instrumentov, ki se uporabljajo za merjenje različnih konstruktov tudi v operacijski zdravstveni negi, pri tem mislimo na instrumenta za merjenje tehničnih veščin (Sevdalis, et al., 2009) in samoocenjevanje dojemanja kompetenc zaposlenih v operacijski zdravstveni negi (Gillespie, et al., 2012) ter na instrument za merjenje intenzitete dela v operacijskih dvoranah (Rauta, et al., 2017) idr. Vsekakor pa merski instrument, ki smo ga uporabljali v našem magistrskem delu, vidimo kot temelj in vreden potencial za njegovo nadaljnje razvijanje, saj so bili rezultati v večini podsklopov vprašalnika veljavni in adekvatni.

4 ZAKLJUČEK

V magistrskem delu smo želeli določiti stališča zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih in do specifičnih zahtev, ki bi jih morali za delo v operacijski zdravstveni negi zaposleni izpolnjevati ter opredeliti ovire, ki proces usposabljanja novo zaposlenih v tej dejavnosti otežujejo. Med tremi generacijami in respondenti v različnih tipih bolnišnic so pri nekaterih stališčih sicer obstajale statistično pomembne razlike, a v glavnem lahko rečemo, da zaposleni v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih gotovo vzpostavljajo pozitiven odnos. Za delo na svojem strokovnem področju in usposabljanje novo zaposlenih imajo zaposleni v tej dejavnosti dovolj praktičnega in teoretičnega znanja, jim pa primanjkuje znanje iz andragoško-pedagoških vsebin. Postavitev kriterijev za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi, se zdi respondentom izredno pomembna, menijo tudi, da bi kriteriji morali biti enotni v vseh slovenskih bolnišnicah ter domnevajo, da bi predhodno usposabljanje novo zaposlenih v simulacijskem centru skrajšalo čas usposabljanja na delovnem mestu. Pri usposabljanju novo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi organizacija ni bila prepoznana kot podporni element, saj cilji in kriteriji za merjenje učinkovitosti ter odgovornost vseh udeleženi v omenjenem procesu niso bili natančno definirani, pa tudi posredovanje povratnih informacij se je izkazalo za nezadovoljivo. Usposabljanje novo zaposlenih med samim operativnim posegom vprašanim v naši raziskavi predstavlja dodatno obremenitev, čeprav novo zaposleni upoštevajo navodila za delo ter imajo do zaposlenih in opreme v operacijskih dvoranah spoštljiv odnos. Zaposleni v operacijski zdravstveni negi bi morali imeti razvite spretnosti komuniciranja ter biti sposobni kritičnega mišljenja, sodelovanja v timu, opravljanja več nalog hkrati in obvladovanja neobičajnih situacij. Prav tako bi morali biti fleksibilni in sposobni empatije, dela v stresnih situacijah in učenja iz napak.

Predlagane rešitve, ki jih lahko apliciramo v klinično okolje operacijske zdravstvene nege so:

- izobraževanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi s področja andragoško-pedagoških vsebin in usposabljanja novo zaposlenih,
- v izobraževanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi je treba vključiti tudi

- teme iz mentorstva, raziskovanja idr.,
- usposabljanje novo zaposlenih v simulacijskem centru,
 - vzpostavitev delovne skupine za postavitev kriterijev za izbor kandidatov primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi – kriteriji pri izboru članov skupine naj bodo delovne izkušnje, delovanje v kliničnem okolju, izobrazba in pridobljena napredna znanja ter tudi regijska zastopanost,
 - postavitev natančnih navodil za proces usposabljanja novo zaposlenih,
 - natančna opredelitev znanja, veščin in spretnosti, ki bi jih morali obvladati zaposleni v operacijski zdravstveni negi – od osnov operacijske zdravstvene nege do ozko specifičnih aktivnosti znotraj posameznih kirurških področij,
 - postavitev ciljev in kriterijev za merjenje učinkovitosti pri procesu usposabljanja novo zaposlenih,
 - natančna opredelitev odgovornosti vseh udeleženi v procesu usposabljanja,
 - posredovanje povratne informacije vsem udeleženi v procesu usposabljanja,
 - z navodili, odgovornostjo, s cilji in kriteriji za merjenje učinkovitosti in povratno informacijo pri procesu usposabljanja novo zaposlenih morajo biti seznanjeni vsi zaposleni v operacijski zdravstveni negi,
 - zaposlene v operacijski zdravstveni negi, ki usposabljujejo novo zaposlene, naj bi razbremenili istočasne aktivne vloge v delovnem procesu,
 - ob neposrednem usposabljanju novo zaposlenih med operativnim posegom je treba ekipo izvajalcev operacijski zdravstveni negi številčno okrepiti, pri tem pa tudi upoštevati njihovo starost in sposobnost za usposabljanje novo zaposlenih,
 - razvoj delovnega mesta inštruktorja v operacijski zdravstveni negi – mislimo na strokovnjake iz prakse, torej na tiste zaposlene, ki zdravstveno nego v tej specifični dejavnosti dejansko opravljajo ob pacientu v operacijski dvorani; pri tem je bistveno, da bi bili ti strokovnjaki pri opravljanju svojega poslanstva eksplicitno v vlogi inštruktorja, ne pa kot eksistencialni del operativnega tima.

Zaključimo z mislijo, da bi več zaposlenih na vseh nivojih v managementu zdravstvene nege moralo spoznati in razumeti, da kakovostno usposabljanje zaposlenih lahko povečuje klinično avtonomijo zdravstvene nege in doprinese k njenemu optimalnemu izvajanju.

5 LITERATURA

Abraham, J., 2011. Innovative perioperative role improves patient and organisational outcomes in minimal invasive surgery. *Journal of Perioperative Practice*, 21(5), pp. 158-164.

AORN (The Association of periOperative Registered Nurses), 2015. *AORN position statement on responsibility for mentoring*. [pdf] AORN. Available at: https://www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/position-statements/posstat_mentoring.pdf [Accessed 26 August 2018].

Arora, S., Hull, L., Sevdalis, N., Tierney, T., Nestel, D., Woloshynowych, M., Darzi, A. & Kneebone, R., 2010. Factors compromising safety in surgery: stressful events in the operating room. *American Journal of Surgery*, 199(1), pp. 60-65.

Battie, R.N., 2013. Perioperative nursing and education: what the IOM future of nursing report tell us. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 98(3), pp. 249-259.

Beausaert, S., Mien, S., Didier, F. & Wim, G., 2013. Effect of using a personal development plan on learning and development. *Journal of Workplace Learning*, 25(3), pp. 145-158.

Benner, P., 1984. *From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo-Park: Addison-Wesley.

Bernik, M., 2017. Strateško planiranje kadrov. In: M. Bernik, ed. *Kadrovski management v sodobni organizaciji*. [pdf] Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede. Available at: <http://press.um.si/index.php/ump/catalog/book/282> [Accessed 15 June 2018].

Berta, W., Virani, T., Bajnok, I., Edwards, N. & Rowan, M., 2014. Understanding whole

systems change in health care: insights into system level diffusion from nursing service delivery innovations – a multiple case study. *Evidence and Policy*, 10(3), pp. 313-336.

Bezemer, J., Korkiakangas, T., Weldon, S.M., Kress, G. & Kneebone, R., 2015. Unsettled teamwork: communication and learning in the operating theatres of an urban hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), pp. 361-372.

Bilik, Ö., 2017. In which part of operating rooms is ethic? It is where the nurses are. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 4(2), pp. 224-230.

Bindon, S.L., 2017. Professional development strategies to enhance nurses' knowledge and maintain safe practice. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 106(2), pp. 99-110.

Blomberg, A.C., Bisholt, B. & Lindwall, L., 2015. Making the invisible visible – operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), pp. 361-368.

Bratton, J. & Gold, J., 2017. *Human resource management: theory and practice*. 6th ed. United Kingdom: Palgrave MacMillan.

Brdnik, B., 2013. *Izobraževanje operacijskih medicinskih sester: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Brown, L.S., Belgard, D., Washington, N. & Grueso, S., 2018. Operating room nurse residency and specialty educators: paramount in the success of novice nurse retention. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(5), pp. 20-25.

Buchelt, B.I., Frączkiewicz-Wronka, A. & Kaminska, R., 2017. Key determinants of human resource management in hospitals: stakeholder perspective. *Engineering Management in Production and Services*, 9(2), pp. 105-115.

Bunkenborg, G., Samuelson, K., Akesson, J. & Poulsen, I., 2013. Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), pp. 1466-1477.

Cogin, J.A., Ng, J.L. & Lee, I., 2016. Controlling healthcare professionals: how human resource management influences job attitudes and operational efficiency. *Human Resources for Health*, 14(1). doi: 10.1186/s12960-016-0149-0

Comrey, A.L. & Lee, H.B., 2016. *A first course in factor analysis*. 2nd ed. United Kingdom, Hove: Taylor & Francis Ltd.

Dermol, V., 2010. *Usposabljanja zaposlenih ter njihov vpliv na organizacijsko učenje in uspešnost v slovenskih storitvenih podjetjih: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Devellis, R.F., 2013. *Scale development: theory and applications*. 4th ed. United States, Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.

Dyess, S., Sherman, R.O. & Opalinski, A., 2017. Structured coaching programs to develop staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(8), pp. 373-378.

Edlund, M., Lindwall, L., von Post, I. & Lindström, U.Å., 2013. Concept determination of human dignity. *Nursing Ethics*, 20(8), pp. 851-860.

Eljiz, K., Greenfield, D., Molineux, J. & Sloan, T., 2018. How to improve healthcare? Identify, nurture and embed individuals and teams with »deep smarts«. *Journal of Health, Organization and Management*, 32(1), pp. 135-143.

EORNA (European Operating Room Nurses Association), 2009. *EORNA framework for perioperative nurse competencies* [pdf] EORNA. Available at: <https://www.eorna.eu/attachment/283394/> [Accessed 29 July 2018].

EORNA (European Operating Room Nurses Association), 2012. *Common core curriculum for perioperative nursing (second edition - 2012)*. [pdf] EORNA. Available at: <https://www.eorna.eu/attachment/283394/> [Accessed 29 July 2018].

Eskola, S., Roos, M., McCormack, B., Slater, P., Hahtela, N. & Suominen, T., 2016. Workplace culture among operating room nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(6), pp. 725-734.

Espinoza, P., Galaz Letelier, L.K., Cunill Leppe, M.D., Yercic Bravo, M., Ferdinand, C. & Ferrer Lagunas, L., 2016. The healthcare team's perception of the role of the perioperative nurse: a qualitative study. *Journal of Perioperative Practice*, 26(9), pp. 189-195.

Evans, J.M., Brown, A. & Baker, G.R., 2017. Organizational knowledge and capabilities in healthcare: deconstructing and integrating diverse perspectives. *SAGE Open Medicine*, 5. doi:10.1177/2050312117712655

Fatemejhad, M. & Kolahjoei, A.A., 2013. Effect of short-term in-service training on organizational performance from the viewpoints of experts of companies affiliated with Jihad agriculture of Khuzestan Province, Iran. *International Journal of Economy, Management and Social Sciences*, 2(12), pp. 1008-1012.

Fennimore, L. & Wolf, G., 2011. Nurse manager leadership development: leveraging the evidence and system-level support. *Journal of Nursing Administration*, 41(5), pp. 204-210.

Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Longbotton, P. & Wallis, M., 2010. The impact of organizational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), pp. 732-741.

Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Werder, H., 2011. Education and experience make a difference: results of a predictor study. *Association of periOperative Registered*

Nurses Journal, 94(1), pp. 78-90.

Gillespie, B.M., Harbeck, E.B., Falk Brynhildsen, K., Ulrica Nilsson, U. & Jaensson, M., 2018. Perceptions of perioperative nursing competence: a cross-country comparison. *BMC Nursing*, 17, 12. doi:10.1186/s12912-018-0284-0

Gillespie, B.M., Polit, D., Hamlin, L. & Chaboyer, W., 2012. Developing a model of competence in the operating theatre: psychometric validation of the perceived perioperative competence scale-revised. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), pp. 90-101.

Groves, P.S, Finfgeld Connett, D. & Wakefield, B.J., 2014. It's always something: hospital nurses managing risk. *Clinical Nursing Research*, 23(3), pp. 296-313.

Haggard, D.L., Dougherty, T.W., Turban, D.B. & Wilbanks, J.E., 2011. Who is a mentor? A review of evolving definitions and implications for research. *Journal of Management*, 37(1), pp. 280-304.

Harvey, M., Moeller, M. & McPhail, R., 2017. Mentoring female global managers: a social comparison perspective. *South Asian Journal of Human Resources Management*, 4(1), pp. 21-41.

Harvey, P., 2012. Role of the mentor in the theatre setting. *Journal of Perioperative Practice*, 22(7), pp. 232-236.

Hendricks, J.M. & Cope, V.C., 2013. Generational diversity: what nurse managers need to know. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), pp. 717-725.

Herd, H.A. & Rieben, M.A., 2014. Establishing the surgical nurse liaison role to improve patient and family member communication. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 99(5), pp. 594-599.

Hull, L., Arora, S., Kassab, E., Kneebone, R. & Sevdalis, N., 2011. Assessment of stress and teamwork in the operating room: an exploratory study. *American Journal of Surgery*, 201(1), pp. 24-30.

Hyde, P., Sparrow, P., Boaden, R. & Harris, C., 2013. High performance HRM: NHS employee perspectives. *Journal of Health Organisation and Management*, 27(3), pp. 296-311.

Inch, J., 2013. Perioperative simulation learning and post-registration development. *British Journal Of Nursing*, 22(20), pp. 1166-1172.

Ingvarsdottir, E. & Halldorsdottir, S., 2018. Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), pp. 951-960.

Jacobs, S., 2018. An analysis of the evolution of mentorship in nursing. *International Journal of Mentoring and Coaching in Education*, 7(2), pp. 155-176.

Kalischuk, R.G., Vandenberg, H. & Awosoga, O., 2013. Nursing preceptors speak out: an empirical study. *Journal of Professional Nursing*, 29(1), pp. 30-38.

Kang, E., Massey, D. & Gillespie, B.M., 2015. Factors that influence the non-technical skills performance of scrub nurses: a prospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), pp. 2846-2857.

Karami, A., Farokhzadian, J. & Foroughameri, G., 2017. Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? *PLoS ONE*, 12(11), e0187863. doi: 10.1371/journal.pone.0187863

Khan, R.A.G., Khan, F.A. & Khan, M.A., 2011. Impact of training and development on organizational performance. *Global Journal of Management and Business Research*, 11(7), pp. 63-68.

Knowles, M.S., Holton, E.F. & Swanson, R.A., 2015. *The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development*. 8th ed. New York: Routledge.

Kocbek, N., 2013. *Zadovoljstvo operacijskih medicinskih sester in varnost pacienta: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 52/14.

Kolb, D.A., 1984. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Kotnik, M., Petrica, L. & Erjavšek, Z., 2010. Vloga mentorja v zdravstveni negi na Onkološkem inštitutu Ljubljana. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(4), pp. 239-244.

Kowalski, T., Loretto, W. & Redman, T., 2015. Special issue of international journal of human resource management: well-being and HRM in the changing workplace. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(1), pp. 123-126.

Kulaš, F., 2013. *Zadovoljstvo kliničnih mentorjev v zdravstveni organizaciji s kliničnim usposabljanjem študentov zdravstvene nege: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.

Laihonen, H., 2012. Knowledge structures of a health ecosystem. *Journal of Health Organization and Management*, 26(4-5), pp. 542-558.

Leach, L.S., Myrtle, R.C. & Weaver, F.A., 2011. Surgical teams: role perspectives and role dynamics in the operating room. *Health Services Management Research*, 24(2), pp. 81-90.

Leggat, S.G., Bartram, T. & Stanton, P., 2011. High performance work systems: the gap between policy and practice in health care reform. *Journal of Health Organization and*

Management, 25(3), pp. 281-297.

Lejeune, C., Mercuri, D., Beusaert, S. & Raemdonck, I., 2016. Personal development plans supporting employee learning and perceived performance: the moderating role of self-directedness. *Human Resource Development International*, 19(4), pp. 307-328.

Lengnick Hall, C.A., Beck, T.E. & Lengnick Hall, M.L., 2011. Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management. *Human Resource Management Review*, 21(3), pp. 243-255.

Marsh, V., 2015. Mentoring the novice OR nurse. *Association of perioperative Registered Nurses Journal*, 102(2), pp. 12-13.

Martin, K.K., 2011. Meeting the challenge of perioperative education. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 94(4), pp. 377-384.

McCulloch, P., Rathbone, J. & Catchpole, K., 2011. Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. *British Journal of Surgery*, 98(4), pp. 469-479.

Melincavage, S.M., 2011. Student nurses experience of anxiety in the clinical setting. *Nurse Education Today*, 31(8), pp. 785-789.

Meretoja, R., 2012. Skills for the future. *Nursing Standard*, 27(9), p. 69.

Meretoja, R., Numminen, O., Isoaho, H. & Leino Kilpi, H., 2014. Nurse competence between three generational nurse cohorts: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), pp. 350-358.

Mitchell, L., Flynn, F., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K. & Youngson, G., 2011. Thinking ahead of the surgeon: an interview study to identify scrub nurses non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), pp. 818-828.

Monahan, J.C., 2015. A student nurse experience of an intervention that addresses the perioperative nursing shortage. *Journal of Perioperative Practice*, 25(11), pp. 230-234.

Morin, K.H., 2014. Nursing education: the past, present and future. *Journal of Health Specialties*, 2(4), pp. 136-141.

Morris, L.V., 2017. Reverse mentoring: untapped resource in the academy? *Innovative Higher Education*, 42(4), pp. 285-287.

Mostafavi, H., Aghlmand, S., Zandiyan, H., Alipoori Sakha, M., Bayati, M. & Mostafavi, S., 2015. Inequitable distribution of specialists and hospital beds in West Azerbaijan province. *Journal of Payavard Salamat*, 9(1), pp. 55-66.

Murphy, W.M., 2012. Reverse mentoring at work: fostering cross-generational learning and developing millennial leaders. *Human Resource Management*, 51(4), pp. 549-574.

Myllärniemi, J., Laihonen, H., Karppinen, H. & Seppänen, K., 2012. Knowledge management practices in healthcare services. *Measuring Business Excellence*, 16(4), pp. 54-65.

Nababan, T. & Saragih, E., 2018. Designing training module to improve nursing clinical competence based on needs analysis: a developmental study. *Asian Journal of Scientific Research*, 11(3), pp. 319-328.

Nayak, T., Sahoo, C.K., Mohanty, P.K. & Sundaray, B.K., 2016. HR interventions and quality of work life of healthcare employees: an investigation. *Industrial and Commercial Training*, 48(5), pp. 234-240.

Nicholson, P., 2017. Implementing a mentoring program in the operating suite. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 24(10), p. 44.

Nobakht, S., Shirdel, A., Molavi-Taleghani, Y., Doustmohammadi, M.M. &

Sheikhbardsiri, H., 2018. Human resources for health: a narrative review of adequacy and distribution of clinical and nonclinical human resources in hospitals of Iran. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(3), pp. 560-572.

Noonan, P., 2011. Using concept map in perioperative education. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 94(5), pp. 369-478.

Novak, A. & Založnik, A., 2015. Zadovoljstvo diplomiranih medicinskih sester s kliničnim mentorstvom v Splošni bolnišnici Jesenice. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *8. mednarodna znanstvena konferenca: Zdravstvene stroke in njihov odziv na zdravstvene potrebe družbe: na dokazih podprto in usklajeno delovanje: zbornik predavanj z recenzijo. Bled, 11.-12. junij 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 265-273.

Oblak, T., 2017. *Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu: raziskovalni projekt visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Oblak, T. & Skela Savič, B., 2017a. Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *10. mednarodna znanstvena konferenca: Kontinuiran razvoj zdravstvene stroke v družbi in njen prispevek k promociji zdravja: zbornik predavanj z recenzijo. Bled, 8.-9. junij 2017*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 384-391.

Oblak, T. & Skela Savič, B., 2017b. The attitude of employees in perioperative nursing to training new employees in the workplace: an example of one organization. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), pp. 190-206.

Oldenhof, L., Stoopendaal, A. & Putters, K., 2016. From boundaries to boundary work: middle managers creating inter-organizational change. *Journal of Health Organization and Management*, 30(8), pp. 1204-1220.

Pallant, J., 2016. *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. 5th ed. Australia, Sidney: Allen & Unwin.

Paulhus, 2017. *Socially desirable responding on self-reports*. [online] Available at: https://www.researchgate.net/publication/316748943_Socially_Desirable_Responding_on_Self-Reports [Accessed 26 February 2019].

Peternel, K., 2016. *Odnos kliničnih mentorjev do študentov zdravstvene nege: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Pupkiewicz, J., Kitson, A. & Perry, J., 2015. What factors within the peri-operative environment influence the training of scrub nurses? *Nurse Education in Practice*, 15(5), pp. 373-380.

Ramšak Pajk, J., 2016. Vloga mentorjev pri kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege. In: S. Pivač, B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *10. šola za klinične mentorje: Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu. Jesenice, 13. oktober 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 4-7.

Rauta, S., Salanterä, S., Vahlberg, T. & Junttila, K., 2017. Testing an instrument for assessing nursing intensity in perioperative settings. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(4), pp. 233-240.

Rebernik Milić, M., 2009. *Razvoj kadrov v operativni dejavnosti slovenskega zdravstva: diplomsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Regan, S., Laschinger, H.K. & Wong, C.A., 2016. The influence of empowerment, authentic leadership and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *Journal of Nursing Management*, 24(1), pp. 54-61.

Robida, A., 2013. Kompetence za varnost pacientov. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji*

za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje: zbornik prispevkov. Ljubljana, 31. januar 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 126-133.

Roncarolo, F., Boivin, A., Denis, J.L., Hébert, R. & Lehoux, P., 2017. What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of the international literature. *BMC Health Services Research*, 17(636). doi: 10.1186/s12913-017-2585-5

Root, S., 2011. *Perioperative orientation resources*. [pdf] Association of periOperative Registered Nurses Journal. Available at: <https://aorn.org/-/media/aorn/education/facility-solutions/periop-101/080316%20periop%20orientation%20resourcesfinal.pdf?la=en> [Accessed 5 August 2018].

Rydenfält, C., Odenrick, P. & Larsson, P.A., 2017. Organizing for teamwork in healthcare: an alternative to team training? *Journal of Health Organization and Management*, 31(3), pp. 347-362.

Sadeghifar, J., Pourreza, A., Ahmadi, B., Zeraati, H. & Arab, M., 2011. Assessment of necessary staff for hospitals of Ilam University of Medical Sciences in accordance with personnel criteria and standards of Iranian health ministry. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 19(1), pp. 24-31.

Sajjadnia, Z., Sadeghi, A., Kavosi, Z., Zamani, M. & Ravangard, R., 2015. Factors affecting the nurses' motivation for participating in the in-service training courses: a case study. *Journal of Health Management & Informatics*, 2(1), pp. 21-26.

Sevdalis, N., Undre, S., Henry, J., Sydney, E., Koutantji, M., Darzi, A. & Vincent, C.A., 2009. Development, initial reliability and validity testing of an observational tool for assessing technical skills of operating room nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), pp. 1187-1193.

Skela Savič, B., 2014. Are we aware of our responsibilities for the development of nursing

care? *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 5-11.

Skela Savič, B. & Kiger, A., 2015. Self-assessment of clinical nurse mentors as dimensions of professional development and the capability of developing ethical values at nursing students: a correlational research study. *Nurse Education Today*, 35(10), pp. 1044-1051.

Skela Savič, B. & Kydd, A., 2011. Nursing knowledge as a response to societal needs: a framework for promoting nursing as a profession. *Zdravstveni vestnik*, 50(4), pp. 286-296.

Smith, Z., Leslie, G.D. & Wynaden, D., 2015. Experiential learning not enough for organ procurement surgery: implications for perioperative nursing education. *Progress in transplantation*, 25(4), pp. 339-350.

Stevanin, S., Palese, A., Bressan, V., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kvist, T., 2018. Workplace-related generational characteristics of nurses: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), pp. 1245-1263.

Šivic, I., 2013. *Vloga kliničnega mentorja pri delu s študenti zdravstvene nege v kliničnem okolju: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S., 2013. *Using multivariate statistics: Pearson new international edition*. 6th ed. United Kingdom, Harlow: Pearson Education Limited.

Tame, S.L., 2013. The effect of continuing professional education on perioperative's nurses relationships with medical staff: findings from a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), pp. 817-827.

Tanner, C., 2010. Transforming prelicensure nursing education: preparing the new nurse to meet emerging health care needs. *Nursing Education Perspectives*, 31(6), pp. 347-353.

Tavakol, M. & Dennick, R., 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, pp. 53-55.

Taylor, M.K., 2018. Xennials: a microgeneration in the workplace. *Industrial and Commercial Training*, 50(3), pp. 136-147.

Timmins, F., McCabe, F. & McSherry, R., 2012. Research awareness: managerial challenges for the nurses in the Republic of Ireland. *Journal of Nursing Management*, 20(2), pp. 224-235.

Tippman, E., Mangematin, V. & Scott, P.S., 2013. The two faces of knowledge search: new solutions and capability development. *Organization Studies*, 34(12), pp. 1869-1901.

Treble, T.M., Heyworth, N., Clarke, N., Powell, T. & Hockey, P.M., 2014. Managing hospital doctors and their practice: what can we learn about human resource management from non-healthcare organisations? *BMC Health Services Research*, 14(566). doi: 10.1186/s12913-014-0566-5

Urbančič, N., 2015. *Operativna bolnišnična dejavnost kot učeča se organizacija: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Van De Voorde, K. & Beijer, S., 2015. The role of employee HR attributions in the relationship between high-performance work systems and employee outcomes. *Human Resource Management Journal*, 25(1), pp. 62-78.

Veingerl Čič, Ž., 2017. *Model upravljanja individualne uspešnosti zaposlenih s poudarkom na celovitih metodah razvoja zaposlenih in njegov vpliv na psihično dobro počutje v podjetjih storitvene dejavnosti: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.

Veld, M. & Alfes, K., 2017. HRM, climate and employee well-being: comparing an optimistic and critical perspective. *The International Journal of Human Resource*

Management, 28(16), pp. 2299-2318.

Vermeeren, B., Steijn, B., Tummers, L., Lankhaar, M., Poerstamper, R.J. & van Beek, S., 2014. HRM and its effect on employee, organizational and financial outcomes in health care organizations. *Human Resources for Health*, 12(35). doi: 10.1186/1478-4491-12-35

Vrhnjak, B., 2016. *Razvoj kompetenc zdravnika družinske medicine: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Wakim, N., 2014. Occupational stressors, stress perception levels, and coping styles of medical surgical RNs. A generational perspective. *Journal of Nursing Administration*, 12(44), pp. 632-639.

Waring, J.J. & Bishop, S., 2010. Water cooler learning knowledge sharing at the clinical backstage and its contribution to patient safety. *Journal of Health Organization and Management*, 24(4), pp. 325-342.

Weaver, S.J., Dy, S.M. & Rosen, M.A., 2014. Team training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), pp. 359-372.

Weeks, K.P., Weeks, M. & Long, N., 2017. Generational perceptions at work: in-group favoritism and out-group stereotypes. *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, 36(1), pp. 33-53.

Weiwei, H., Qinghua, S., Xiuzhi, G. & Shuling, P., 2017. Human resource risk identification and prevention. *Control and Systems Engineering*, 1(1), pp. 16-21.

Whelan, T., Shi, X., Yorke, S., Andony, K. & McKenzie, M.L., 2016. Knowledge and skills enhancement through perioperative nursing simulation lab training. *Canadian Operating Room Nurses Journal*, 34(2), pp. 13-30.

Willemsen McBride, T., 2010. Preceptorship planning is essential to perioperative

nursing retention: matching teaching and learning styles. *Canadian Operating Room Nurses Journal*, 28(1), pp. 10-11.

Wilson, G., 2012. Redesigning OR orientation. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 95(4), pp. 453-462.

Yanhua, C. & Watson, R., 2011. A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Education Today*, 31(8), pp. 832-836.

Zhou, H. & Gong, J.H., 2015. Relationship between occupational stress and coping strategies among operating theatre nurses in China: a questionnaire survey. *Journal of Nursing Management*, 23(1), pp. 96-106.

Železnikar, V., 2016. *Poklic in zaposlovanje operacijskih medicinskih sester: diplomsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Žerdoner, L., 2015. *Samoevalvacija dela mentorjev v kliničnem okolju zdravstvene nege: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Žmauc, T., 2012. *Ali dodiplomski študij zadovoljuje potrebe po znanju operacijskim medicinskim sestram?: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Sem Tina Oblak, diplomirana medicinska sestra, hkrati tudi študentka 2. letnika druge stopnje študija Zdravstvena nega (mag./2l.) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Ob zaključku študija pripravljam magistrsko delo z naslovom "Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih". Magistrsko delo pripravljam pod mentorstvomizr. prof. dr. Brigite Skela Savič, znan.svet.

Z magistrskim delom sem želela opredeliti stališča zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu in predstaviti nastale ovire, ki ta proces otežujejo.

Rezultati raziskovanja bodo lahko podlaga za razvoj enotne strategije pri izboljšanju učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov za delo v operacijski zdravstveni negi na nacionalnem nivoju.

Predstavljam vprašalnik, ki je razdeljen na tri sklope, vsakemu posebej so dodana navodila za izpolnjevanje. Za odgovore na vprašanja boste potrebovali približno 10 min.

Vaše odgovore bomo obravnavali kot anonimne, dobljene podatke bomo uporabili izključno za namen tega magistrskega dela.

Morebitna dodatna vprašanja pošljite na elektronski naslov: tina.oblak@kclj.si.

Za vaš cenjeni čas se zahvaljujem!

Tina Oblak

SKLOP 1 – ZNAČILNOSTI ZAPOSLOTITVE V OPERACIJSKI ZDRAVSTVENI NEGI IN DEMOGRAFSKI PODATKI**A. ZNAČILNOSTI ZAPOSLOTITVE V OPERACIJSKI ZDRAVSTVENI NEGI**

Prosimo, da obkrožite črko pred ustreznim odgovorom. Na vprašanje je možen le en odgovor.

1. Ocenite, kako pogosto usposabljate novo zaposlene na delovnem mestu.

- a) vsak dan
- b) večkrat na teden
- c) večkrat na mesec
- d) večkrat na leto
- e) novo zaposlenih na delovnem mestu ne usposabljam

Če ste na vprašanje odgovorili z e) izpustite vprašanja od 2 do 5 in nadaljujte z odgovori pri vprašanju 6.

2. Ocenite svojo usposobljenost za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu od 1 do 5.

- a) 1 – nezadostno b) 2 – zadostno c) 3 – dobro d) 4 – prav dobro e) 5 – odlično

3. Ali je med usposabljanjem novo zaposlenih na delovnem mestu vaša aktivna vloga v delovnem procesu razbremenjena?

- a) da b) ne

4. Ali za usposabljanje novo zaposlenih na delovnem mestu prejmete plačilo?

- a) da b) ne

5. Kdaj je po vaši oceni novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi dobro usposobljen za samostojno opravljanje dela?

- a) po enem letu
- b) po dveh letih
- c) po treh letih
- d) po štirih letih
- e) po petih letih

6. Ocenite svoje zadovoljstvo na delovnem mestu od 1 do 5.

- a) 1 – nezadostno b) 2 – zadostno c) 3 – dobro d) 4 – prav dobro e) 5 – odlično

7. Ocenite svojo usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi od 1 do 5.

- a) 1 – nezadostno b) 2 – zadostno c) 3 – dobro d) 4 – prav dobro e) 5 – odlično

B. DEMOGRAFSKI PODATKI

Prosimo, da obkrožite črko pred ustreznim odgovorom ali ga napišete na črto. Če ni navedeno drugače, je na vprašanje možen le en odgovor.

8. V kateri organizaciji ste zaposleni?

- a) klinični center b) splošna ali specialna bolnišnica

9. Koliko ste stari? _____

10. Koliko let znaša vaša skupna delovna doba? _____

11. Koliko let traja vaša delovna doba na sedanjem delovnem mestu? _____

12. V katerih oblikah dela sodelujete (možnih je več odgovorov)?

- a) dopoldanska izmena b) popoldanska izmena c) dežurna služba
d) pripravljenost e) dodatni operativni program f) drugo

13. Kakšna je vaša najvišja stopnja izobrazbe na področju zdravstvene nege?

- a) srednja šola na področju zdravstvene nege
b) višja šola na področju zdravstvene nege
c) visoka šola na področju zdravstvene nege
d) specializacija na področju zdravstvene nege
e) strokovni magisterij na področju zdravstvene nege

14. Če imate doseženo tudi stopnjo izobrazbe izven zdravstvene nege, jo označite (možnih je več odgovorov):

- a) strokovni magisterij iz drugih strokovnih področij
b) specializacija pred uvedbo bolonjskega procesa
c) univerzitetna izobrazba pred uvedbo bolonjskega procesa
d) znanstveni magisterij pred uvedbo bolonjskega procesa
e) znanstveni doktorat

15. Ali ste se v zadnjih petih letih (od 2012) udeležili naslednjih izobraževanj?

- | | | |
|------------------------------------------------------------|-------|-------|
| – kakovost in varnost v zdravstveni negi | a) da | b) ne |
| – raziskovanje v zdravstveni negi | a) da | b) ne |
| – etika v zdravstveni negi | a) da | b) ne |
| – vsebine iz mentorstva v zdravstveni negi | a) da | b) ne |
| – vsebine iz operacijske zdravstvene nege | a) da | b) ne |
| – druge vsebine, ki so povezane z delom v zdravstveni negi | a) da | b) ne |

16. Ali ste v zadnjih petih letih (od 2012) aktivno sodelovali pri Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ali drugem strokovnem društvu?

- a) da b) ne

SKLOP 2 – OPIS MENTORSKE VLOGE, ZNANJA, USPOSOBLJENOSTI IN STANJA USPOSABLJANJA NOVO ZAPOSLENIH V OPERACIJSKI ZDRAVSTVENI NEGI

Ocenite vaše stališče glede posamezne trditve, ki opisuje delo v operacijski zdravstveni negi iz različnih vidikov, pomembnih pri ugotavljanju odnosa zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu. Prosimo, obkrožite stopnjo strinjanja, ki velja za vas. Uporabite lestvico ocen od 1 do 5, kjer 1 pomeni "nikakor se ne strinjam", 5 pa "popolnoma se strinjam".

		1	2	3	4	5
	Trditve	Nikakor se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neopredeljen/a	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
C	SPLOŠNI ODNOS DO USPOSABLJANJA NOVO ZAPOSLENIH NA DELOVNEM MESTU V OPERACIJSKI ZDRAVSTVENI NEGI					
C1	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi moramo posredovati svoje znanje.	1	2	3	4	5
C2	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi smo usposobljeni tudi za usposabljanje novo zaposlenih.	1	2	3	4	5
C3	Novo zaposlene bi moral usposablјati samo en mentor – njihov neposredni mentor.	1	2	3	4	5
C4	Novo zaposlene bi morali usposablјati tisti zaposleni v operacijski zdravstveni negi, ki so z njimi v aktivni vlogi v delovnem procesu.	1	2	3	4	5
C5	Zaposleni, ki so eksperti na področju operacijske zdravstvene nege, so tudi eksperti pri usposabljanju novo zaposlenih.	1	2	3	4	5
C6	Svoje znanje in izkušnje z veseljem posredujem naprej.	1	2	3	4	5
C7	Pri posredovanju znanj in informacij sam postajam poklicno uspešnejši.	1	2	3	4	5
C8	Usposabljanje novo zaposlenih mi predstavlja izziv.	1	2	3	4	5
C9	Usposabljanje novo zaposlenih mi predstavlja dodatno obremenitev.	1	2	3	4	5
D	ZNANJE, IZOBRAŽEVANJE IN USPOSOBLJENOST ZA USPOSABLJANJE NOVO ZAPOSLENIH NA DELOVNEM MESTU					
D1	Za delo na svojem strokovnem področju imam dovolj praktičnega znanja.	1	2	3	4	5
D2	Za delo na svojem strokovnem področju imam dovolj teoretičnega znanja.	1	2	3	4	5
D3	Vsaj enkrat na mesec preberem strokovni ali znanstveni članek s področja zdravstvene nege.	1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
	Trditve	Nikakor se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neopredeljen/a	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
D4	Za usposabljanje novo zaposlenih imam dovolj praktičnega znanja.	1	2	3	4	5
D5	Za usposabljanje novo zaposlenih imam dovolj teoretičnega znanja.	1	2	3	4	5
D6	Teorija in praksa operacijske zdravstvene nege sta pri usposabljanju novo zaposlenih enako pomembni.	1	2	3	4	5
D7	Svoje znanje in izkušnje učinkovito prenašam na novo zaposlene.	1	2	3	4	5
D8	Za usposabljanje novo zaposlenih imam dovolj znanja iz pedagoško-andragoških vsebin.	1	2	3	4	5
D9	Za usposabljanje novo zaposlenih bi potreboval dodatno izobraževanje.	1	2	3	4	5
E	TRENTNO STANJE USPOSABLJANJA NOVO ZAPOSLENIH NA DELOVNEM MESTU V OPERACIJSKI ZDRAVSTVENI NEGI					
E1	Kompetence zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v slovenskem prostoru so jasno opredeljene.	1	2	3	4	5
E2	Postavitev kriterijev za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi, je pomembna za profesionalizacijo te dejavnosti.	1	2	3	4	5
E3	Kriteriji za izbor kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi, bi morali biti enaki v vseh slovenskih bolnišnicah.	1	2	3	4	5
E4	Izbirni postopek kandidatov, primernih za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi, bi se moral razlikovati od izbirnega postopka kandidatov za zaposlitev na drugih področjih zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
E5	V naši ustanovi se usposabljanje novo zaposlenih izvaja po enotnem programu.	1	2	3	4	5
E6	Usposabljanje novo zaposlenih bi moralo v vseh slovenskih bolnišnicah potekati po enotnem programu.	1	2	3	4	5
E7	Usposabljanje novo zaposlenih bi moralo biti prilagojeno glede na zdravstveno organizacijo.	1	2	3	4	5
E8	Pri usposabljanju novo zaposlenih je potrebno sodelovanje med kliničnim in akademskim okoljem.	1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
	Trditve	Nikakor se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neopredeljen/a	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
E9	Predhodno usposabljanje novo zaposlenih v simulacijskem centru bi skrajšalo čas usposabljanja na delovnem mestu.	1	2	3	4	5

SKLOP 3 – OPIS DEJAVNIKOV, KI VPLIVAJO NA UČINKOVITOST USPOSABLJANJA NOVO ZAPOSLENIH NA DELOVNEM MESTU

Ocenite vaše strinjanje s posamezno trditvijo, ki iz različnih vidikov opisuje dejavnike, ki vplivajo na učinkovitost usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu. Prosimo, obkrožite stopnjo strinjanja, ki velja za vas. Uporabite lestvico ocen od 1 do 5, kjer 1 pomeni "nikakor se ne strinjam", 5 pa "popolnoma se strinjam".

		1	2	3	4	5
	Trditve	Nikakor se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neopredeljen/a	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
F	VLOGA ORGANIZACIJE					
F1	Usposabljanje novo zaposlenih poteka sistematično.	1	2	3	4	5
F2	Za usposabljanje novo zaposlenih prejmem natančna navodila.	1	2	3	4	5
F3	Moja odgovornost pri usposabljanju novo zaposlenih je natančno določena.	1	2	3	4	5
F4	Odgovornost novo zaposlenih je natančno določena.	1	2	3	4	5
F5	Cilji usposabljanja novo zaposlenih so natančno določeni.	1	2	3	4	5
F6	Kriteriji za merjenje učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih so natančno določeni.	1	2	3	4	5
F7	O problemih, ki se med usposabljanjem novo zaposlenih pojavijo, razpravljamo na skupnih sestankih.	1	2	3	4	5
F8	Za usposabljanje novo zaposlenih prejmem pohvalo od vodje.	1	2	3	4	5
F9	Vedno prejmem povratno informacijo o učinkovitosti usposabljanja novo zaposlenih.	1	2	3	4	5
G	ZADOVOLJSTVO PRI DELU					
G1	Odnosi med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi so dobri.	1	2	3	4	5
G2	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi si med seboj prenašamo znanje in izkušnje.	1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
	Trditve	Nikakor se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neopredeljen/a	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
G3	Med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi vlada zaupanje.	1	2	3	4	5
G4	Obseg dela med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi je enakomerno razporejen.	1	2	3	4	5
G5	Zmogel bi opraviti še dodatne delovne zadolžitve.	1	2	3	4	5
G6	Zmogel bi opraviti še bolj kompleksne delovne izzive.	1	2	3	4	5
G7	V operacijskem okolju je vzpodbudno delovno vzdušje.	1	2	3	4	5
G8	V operacijskem okolju podpiramo ničelno toleranco do nasilja.	1	2	3	4	5
G9	Vzpodbujamo izražanje predlogov za uvajanje sprememb v operacijskem okolju.	1	2	3	4	5
H	OBREMENJENOST NA DELOVNEM MESTU					
H1	Tisti zaposleni v operacijski zdravstveni negi, ki usposablajo novo zaposlene, sočasno ne bi smeli opravljati aktivne vloge v delovnem procesu.	1	2	3	4	5
H2	Zaradi opravljanja svojih delovnih obveznosti novo zaposlenim ne morem nameniti toliko časa, kot bi ga le-ti potrebovali.	1	2	3	4	5
H3	Zaradi usposabljanja novo zaposlenih ne uspeš opravi vseh delovnih obveznosti.	1	2	3	4	5
H4	Usposabljanje novo zaposlenih mi krajša čas odmerjen za odmor.	1	2	3	4	5
H5	Pri usposabljanju novo zaposlenih med operativnim posegom čutim časovni pritisk.	1	2	3	4	5
H6	Usposabljanje novo zaposlenih med operativnim posegom mi predstavlja dodatno obremenitev.	1	2	3	4	5
H7	Usposabljanje novo zaposlenih med operativnim posegom mi predstavlja stres.	1	2	3	4	5
H8	Zaradi usposabljanja novo zaposlenih poteka delo v operacijski dvorani počasneje.	1	2	3	4	5
H9	Kljub usposabljanju novo zaposlenih delo v operacijski dvorani vedno poteka nemoteno.	1	2	3	4	5
I	ODNOS NOVO ZAPOSLENIH NA DELOVNEM MESTU IN SPECIFIČNE ZAHTEVE ZA DELO V OPERACIJSKI ZDRAVSTVENI NEGI					
I1	Novo zaposleni upoštevajo navodila za delo v operacijski zdravstveni negi.	1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
	Trditve	Nikakor se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neopredeljen/a	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
I2	Novo zaposleni imajo spoštljiv odnos do zaposlenih v operacijski zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
I3	Novo zaposleni imajo spoštljiv odnos do opreme v operacijskem okolju.	1	2	3	4	5
I4	Novo zaposleni so motivirani za pridobivanje novih znanj in izkušenj v operacijski zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
I5	Novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi so samoiniciativni.	1	2	3	4	5
I6	Novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi so samokritični do svojega znanja.	1	2	3	4	5
I7	Novo zaposleni v operacijski zdravstveni negi so odgovorni do dela.	1	2	3	4	5
I8	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo imeti razvite spretnosti komuniciranja.	1	2	3	4	5
I9	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni opravljati več nalog hkrati.	1	2	3	4	5
I10	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti fleksibilni.	1	2	3	4	5
I11	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni kritičnega mišljenja.	1	2	3	4	5
I12	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni sodelovanja v timu.	1	2	3	4	5
I13	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni empatije.	1	2	3	4	5
I14	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni delati v stresnih situacijah.	1	2	3	4	5
I15	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni obvladovanja neobičajnih situacij.	1	2	3	4	5
I16	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo biti sposobni učenja iz napak.	1	2	3	4	5
I17	Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo imeti ustrezne psihofizične lastnosti za delo.	1	2	3	4	5