

JHS

Revija za zdravstvene vede
Journal of Health Sciences

Vol. 2 • No. 2 • 2015



REVIJA ZA ZDRAVSTVENE VEDE
Journal of Health Sciences

Izdajatelj *Publisher*

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto *Faculty of Health Sciences Novo mesto*

Glavni in odgovorni urednik *Editor-in-Chief*

Bojana Filej

Uredniški odbor *Editorial Board*

Barbara Davis, ZDA

Božena Gorzkowicz, Poljska

Goran Kozina, Hrvaška

Oscar R. de Miranda, Nizozemska

Jasmina Starc, Slovenija

Nevenka Kregar Velikonja, Slovenija

Tehnični urednik *Technical Editor*

Bojan Nose

Tajniška dela *Secretary*

Brigita Jugovič

Jezikovni pregled *Slovene-Language Editor*

Melanija Frankovič

Jezikovni pregled angleških besedil *English-Language Editor*

Katja Krobe

Naslov uredništva *Address of the Editorial Office*

JHS - Revija za zdravstvene vede, Na Loko 2, SI-8000 Novo mesto, Slovenija

Spletna stran revije *Website of the Journal*

<http://www.jhs.si>

Elektronski naslov *E-mail*

urednistvo@jhs.si, editorial.office@jhs.si

Naklada *Circulation*

200

Tisk *Printed by*

Tiskarna Cicero Begunje, d.o.o.

ISSN 2350-3610

VSEBINA CONTENTS

<i>Dr. Suzana Kraljić</i> Mednarodnopravne aktivnosti na področju okužb, povezanih z zdravstvom International Legal Activities in the Area of Healthcare-Associated Infections	3
<i>Dr. Karmen Erjavec</i> Spletni shujševalni dnevniki o debelosti Online Weight-Loss Diaries on Obesity	18
<i>Marija Zobec, Rosanda Rašković Malnaršič, dr. Suzana Mlinar</i> Odnos študentov do umetne prekinitve nosečnosti: vloga socialno-demografskih dejavnikov Attitude of Students towards Abortion: the Role of Sociodemographic Factors	32
<i>Mirko Brglez, mag. Boris Miha Kaučič, Ivanka Limonšek</i> Ovire v komunikaciji pri obravnavi oseb z motnjami v duševnem razvoju Communication Barriers when Treating People with Mental Disabilities	46
<i>Aljaž Kren, mag. Marko Iršič</i> Sposobnost zaposlenih za prepoznavanje in reševanje konfliktov v enotah nujne medicinske pomoči v jugovzhodni Sloveniji Employees' Ability to Identify and Resolve Conflicts in Emergency Medical Service in Southeast Slovenia	61

Mednarodnopravne aktivnosti na področju okužb, povezanih z zdravstvom

Znanstveni članek

UDK 616-022.1:614.2

KLJUČNE BESEDE: okužbe, zdravstvo, varnost, pacienti, zdravstveni delavci, Svetovna zdravstvena organizacija, Evropska unija, Zakon o nalezljivih boleznih

POVZETEK - Skrb za preprečevanje in odpravljanje okužb, povezanih z zdravstvom, je danes predmet številnih razprav, projektov in raziskav na mednarodni in nacionalni ravni, zato je bilo sprejetih že mnogo priporočil, smernic, listin idr. Največ pravnih dokumentov, ki posegajo na to področje, je bilo do sedaj pripravljenih v Evropski uniji. Gre namreč za uresničevanje pravice pacientov do varnosti oziroma varne oskrbe. Aktivnosti pa se izvajajo tudi pod okriljem Organizacije združenih narodov in Sveta Evrope. Slovenija se zaveda pomembnosti pravne ureditve na tem področju, zato v zadnjih letih tudi pri nas opažamo porast aktivnosti, ki se nanašajo tako na pravne vidike kakor tudi na dejanske možnosti preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvom.

Scientific article

UDC 616-022.1:614.2

KEY WORDS: infections, healthcare, safety, patients, healthcare workers, World Health Organization, European Union, Contagious Diseases Act

ABSTRACT - Today, caring for prevention and elimination of healthcare-associated infections is the subject of many discussions, projects and research at international and national levels. Consequently, many recommendations, guidelines, charters, etc. have already been adopted. The majority of activities in the field of legal regulation of issues relating to healthcare-associated infections has so far been implemented in the European Union, adopting a series of legal documents which deal with the healthcare-associated infections. Primarily, it is an implementation of patients' rights for the security and safety of care. In addition, the activities have also been carried out under the United Nations organisation and the Council of Europe. Slovenia is well aware of the importance of regulation regarding the healthcare-associated infections. Therefore, during the recent years the increasing numbers of activities relating both, to the legal aspects, as well as the actual activities regarding prevention of the healthcare-associated infections, can be observed in Slovenia.

1 Uvod

Prepoznavnost in osveščenost glede okužb, povezanih z zdravstvom (OPZ), sta se v zadnjih letih naglo povečevali. Izhajajoč iz statističnih podatkov, umre samo v Združenih državah Amerike (ZDA) letno okrog 80.000 ljudi zaradi OPZ, medtem ko se v Evropski uniji (EU) povprečno 3,2 milijona pacientov letno okuži z OPZ (Council of the European Union, 2014). Zaradi tega so OPZ prepoznane na mednarodni kakor tudi na nacionalni ravni kot težave, katerim sodobno (globalno, regionalno in nacionalno) zdravstvo posveča vedno več pozornosti. OPZ imajo namreč lahko resne negativne posledice za pacienta, svojce, zdravstvene (so)delavce, zdravstveno institucijo in ne nazadnje tudi za nacionalni zdravstveni sistem. Razvoj medicine in drugih povezanih znanosti (npr. mikrobiologije) je vplival tudi na prepoznavnost OPZ in nevarnosti, ki jih seboj prinašajo. Razvoj pa je prinesel tudi znanje o možnosti njihovega preprečevanja, obvladovanja in nadziranja. Varna oskrba pacientov predstavlja eno

izmed temeljnih načel sodobne medicine in zdravstvene oskrbe tudi v slovenskem Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP). V 4. odstavku 11. člena ZPacP je namreč določeno, da je varna zdravstvena oskrba tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi z zdravljenjem in okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev. S tem se pacientu zagotavlja izvajanje zdravstvene oskrbe, pri kateri lahko predvideva, da se bodo izvedli vsi ukrepi in standardi za preprečevanje morebitne škode, torej tudi glede OPZ.

Ker OPZ ni mogoče popolnoma preprečiti, gre za toliko bolj pomembno področje, ki terja ustrezne pravne smernice in ureditev, da bo pacientom omogočeno uresničevanje zagotovljenih pravic, za katere so odgovorni zdravstveni (so)delavci, zdravstvene institucije in nacionalni zdravstveni sistemi. Pacienti se namreč na njih obračajo, ko imajo težave z zdravjem, eno najbolj cenjenih človekovih vrednot. Zato mora pravo zagotoviti spoštovanje in uresničevanje človekovih in pacientovih pravic na eni strani, na drugi pa se ne sme prezreti tudi položaja (predvsem) zdravstvenih delavcev in sodelavcev, ki so temeljni strokovni udeleženci v tem razmerju in ki jim pacienti zaupajo odločanje o svojem zdravju. Zato ni nič presenetljivega, da je varnost pacientov v povezavi z OPZ zelo dinamično zdravstveno in pravno področje, ki je v zadnjih letih deležno velike pozornosti pomembnih mednarodnih in nacionalnih pravnih akterjev.

2 Splošno o okužbah, povezanih z zdravstvom

Začetnik OPZ je Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), ki je dokazal povezanost puerperalne sepse in velike smrtnosti žensk v porodnišnicah. Ugotovil je, da je le-ta posledica slabih higienskih pogojev, v katerih so opravljali porode. Čeprav ni poznal povzročitelja, je Semmelweis ugotovil razloge visoke smrtnosti, zato je izdelal konkretni načrt za njeno preprečevanje (Kuzman, 2013, str. 8). Ko je odredil dezinfekcijo rok študentov, se je smrtnost porodnic zmanjšala z 12 % na 1 % (Šarić, Buljubašić, Žunić, Orlandini in Vardo, 2013, str. 31; Dragaš in Škerl, 2004, str. 23). Prizadevanje za odkritje povzročitelja ga je močno izčrpalo, saj so ga mnogi zaradi tega napadali in zasmehovali. Zato je duševno zbolel. Umrl je na Dunaju zaradi piemije in sepse, torej bolezni, zoper katero se je boril (Brumec, 2008, str. 81-82). Nekaj let kasneje je kirurg Lister ugotovil, da je visoka smrtnost operiranih pacientov posledica infekcij. V kirurgijo je uvedel antiseptične postopke, ki so bistveno vplivali na zmanjšanje infekcij kirurških ran in postoperativne smrtnosti pacientov (Kuzman, 2013, str. 9). Odredil je obvezno umivanje rok pred operacijo v raztopini karbolne kisline, na rane je dajal povoje, namočene v to raztopino, z njo pa je tudi škropil prostor, kjer so operirali (Šarić et al., 2013, str. 31; Brumec, 2008, str. 78; Seidler, 1993, str. 176). Leta 1890 je profesor Bergmann uvedel metodo aseptičnega dela, pri čemer se instrumenti sterilizirajo, pacientova koža pa se dezinficira (Šarić et al., 2013, str. 31).

Sprva se je uporabljal izraz bolnišnične okužbe (ang. hospital acquired infections ali kratko HAI), ki ga zasledimo tudi v našem »Zakonu o nalezljivih boleznih« (ZNB), ki OPZ ureja pod izrazom bolnišnične okužbe v III. poglavju z naslovom »Prepreče-

vanje in obvladovanje bolnišničnih okužb (členi 43 – 45 ZNB). Ker se okužbe lahko pojavijo tudi v zdravstvenih ustanovah, ki niso bolnišnice (npr. socialnozdravstveni zavodi, zdravilišča idr.), se je danes uveljavil izraz okužbe, povezane z zdravstvom (OPZ) (ang. healthcare-associated infections ali HCAI) (Kuzman, 2013, str. 8), ki ga uporablja tudi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) v svoji definiciji: »Okužba v zdravstveni oskrbi je okužba, ki jo pridobi pacient v postopku zdravstvene oskrbe v objektu zdravstvenega varstva in ki ni bila prisotna ali v inkubaciji v času sprejetja. To vključuje tudi okužbe, ki so bile pridobljene v bolnišnici, a so se pojavile po odpustu, kakor tudi poklicne okužbe med zdravstvenim osebjem« (WHO, 2009). OPZ nastopi po 48 urah ali kasneje po sprejetju v bolnišnico. Pojavijo se lahko tudi po odpustu iz bolnišnice (npr. okužba kirurške rane 30 dni po kirurškem posegu; pri vsadkih pa se lahko okužba pojavi tudi v 12 mesecih po operativnem posegu) (Kramar, 2013, str. 33; Kuzman, 2013, str. 8).

Če izhajamo iz definicije SZO, mora biti preprečevanje in širjenje OPZ ena izmed temeljnih skrbi in dolžnosti zdravstvenih delavcev, zdravstvenih sodelavcev in drugega osebja v bolnišnicah, socialnozdravstvenih zavodih, zdravstvenih domovih, zdraviliških in drugod, kjer se nudi zdravstvena oskrba (Petač, 2011, str. 42). Ugotavljamo, da se OPZ pojavljajo v vseh zdravstvenih institucijah in se jim ni možno popolnoma izogniti oziroma jih preprečiti. Zaradi tega se zdi, da so OPZ skrit, medsektorski problem, ki ga še ni popolnoma rešila nobena institucija ali država (WHO, *The Burden*, str. 3). Njihov domet je namreč zelo širok, saj imajo lahko negativne posledice za pacienta, svojce, zdravstveno osebje, zdravstveno ustanovo, pa tudi za celotni nacionalni zdravstveni sistem. Negativne posledice, s katerimi se pacient sooča, so lahko: dodatno začasno poslabšanje zdravja, daljša hospitalizacija, jemanje dodatnih zdravil in opravljanje dodatnih posegov, trajne posledice fizičnega, duševnega ali socialnega zdravja in celo smrt (Petač, 2011, str. 42; Kramar, 2013, str. 33; Pittet and Donaldson, 2006, str. 5). V razmerju do zdravstvene ustanove pa se kažejo predvsem negativni ekonomski učinki, in sicer: podaljšanje ležalne dobe; povečanje stroškov zdravljenja (npr. dodatne preiskave, zdravila, posegi, terapije itd.); podaljšanje čakalnih dob (OECD, 2004; Petač, 2011, str. 42). Dodatni stroški zdravstvenega varstva in izgube zaradi zmanjšanja produktivnosti naj bi znašali v EU celo 1,5 milijarde evrov (Sporočilo Komisije Evropskemu parlamentu in Svetu 2011, str. 2; Portsmouth, 2007). Negativni ekonomski učinki lahko prizadenejo tudi pacientove svojce (npr. dodatna fizična, psihična in ekonomska obremenitev, izguba bližnje osebe idr.) (Kraljić, 2015).

Ker se lahko OPZ prenesejo npr. s stikom, neposredno in posredno (z rokami zdravstvenih delavcev, s kontaminiranimi instrumenti in aparati, zdravili ...) ali aerogeno (po zraku, s kapljicami, prahom, vlažilci) (Šumak, 2006, str. 41), jih je nemogoče popolnoma nadzirati in se jim s tem absolutno izogniti (Wenzel, 2007, str. 486). Vendar je kljub temu treba slediti postavljenim mednarodnim in nacionalnim standardom, ki predpisujejo ukrepe za preprečevanje okužb v zdravstveni oskrbi.

Ker se lahko z OPZ okužijo tudi zdravstveni delavci oziroma sodelavci, je treba poskrbeti tudi za ustrezne delovne pogoje. Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Pravilnik o preventivnih pregledih) seveda velja tudi za zdravstvene

delavce. Ti pregledi so, izhajajoč iz besedila pravilnika, namenjeni primarno delavcu in varovanju njegovega življenja, zdravja in njegove delovne zmožnosti, preprečevanju nezgod in poškodb pri delu, poklicnih bolezni, bolezni v zvezi z delom in preprečevanju invalidnosti. S preventivnimi zdravstvenimi pregledi delavcev se ugotavlja delavčevo zdravje in zmožnost za opravljanje določenega dela v delovnem okolju (2. člen Pravilnika o preventivnih pregledih). Vendar se lahko s temi pregledi posredno varuje tudi pacienta, saj ugotovitev obstoja delavčeve bolezni vpliva na to, da se npr. zdravstvenega delavca, ki ima določeno bolezen (npr. AIDS) ne bo vključevalo v delo, kjer obstaja nevarnost prenosa te bolezni na pacienta. Ker so zdravstveni delavci pri svojem delu izpostavljeni mnogim nevarnostim, je bilo v Evropskem poročilu o konkurenčnosti za leto 2004 navedeno, da je eden izmed pomembnih razlogov, zakaj v Evropi prihaja do vedno večjega pomanjkanja zdravstvenih delavcev, prav gotovo tudi tvegana poklicna varnost, ki je na delovnem mestu nenehno prisotna (Evropski parlament, 2006, str. 7). Vsako leto se namreč 1 milijon zdravstvenih delavcev poškoduje pri uporabi igel, zato obstaja velika potencialna nevarnost, da se pri tem tudi okužijo (Health First Europe, str. 6).

3 Mednarodne aktivnosti na področju okužb, poveznih z zdravstvom

Kot že omenjeno, so OPZ danes tema, ki je deležna široke pozornosti tudi pri ključnih mednarodnopravnih akterjih na področju zdravstva (npr. SZO, Svet Evrope, Evropska unija), saj je preprečevanje OPZ prepoznano kot eden od temeljnih stebrov pri zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. V nadaljevanju bodo prikazane mednarodnopravne aktivnosti na področju OPZ.

3.1 Svetovna zdravstvena organizacija

Leta 2004 je nastalo Svetovno združenje za varnost pacientov (ang. World Alliance for Patient Safety (WAPS)), katerega osnovni cilj je znižanje različnih zdravstvenih in socialnih posledic nevarne zdravstvene oskrbe (World Alliance for Patient Safety, n.d.). Delo WAPS je zasnovano na »Resoluciji o kakovostni oskrbi: varnost pacientov« (ang. Quality of care: patient safety WHA 55.18), ki je bila sprejeta leta 2002 na 55. Svetovni zdravstveni skupščini (ang. World Health Assembly). Države članice so pozvali, naj si prizadevajo razviti globalne norme, standarde in smernice za zagotavljanje kakovostne oskrbe in varnosti pacientov. Oblikujejo naj tudi definicije in merila za poročanje o negativnih dogodkih v zdravstveni oskrbi. Vse skupaj pa naj se izvaja s ciljem zmanjšanja nevarnosti za paciente. Posebno pozornost naj države članice namenijo varnosti medicinskih pripomočkov in varni klinični praksi. Spodbujajo naj se tudi raziskave o rizičnih faktorjih, učinkovitosti zaščitnih intervencij, pa tudi o stroških, povezanih s povzročeno škodo in zaščito (Quality of Care, 2002).

Prav tako je SZO oktobra 2005, da bi izboljšala varnost pacientov, začela promovirati preventivne ukrepe v zvezi z OPZ, kar je bil tudi glavni cilj v WAPS-ovem prvem globalnem izzivu za varnost pacientov (ang. First Global Patient Safety Chal-

lenge) z naslovom »Čista oskrba je varna oskrba« (ang. Clean Care is Safer Care). Izdane so bile »Smernice SZO o higieni v zdravstveni oskrbi« (ang. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care). Higiena rok je bila tako postavljena kot temeljni kamen zdravstvene oskrbe in glavni cilj kampanje »Pet minut za higieno rok« (ang. Five Moments for Hand Hygiene).

Nadaljnja pomembna dejavnost SZO je bila usmerjena v pripravo »Mednarodne klasifikacije za varnost pacientov« (ang. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1), katere prva verzija je bila izdana leta 2009. V gradivu so med dejavniki, ki pomenijo nevarnost za pacienta, izrecno omenjene tudi OPZ. Zanimivo je, da Mednarodna klasifikacija za varnost pacientov (2009) definira bolnišnične okužbe kot okužbe, ki niso bile prisotne niti v inkubaciji v času pacientovega sprejetja, in se običajno pojavijo po več kot treh nočeh od pacientovega sprejetja v bolnišnico. Prav tako pa definira nozokominalne okužbe kot okužbe, ki se pridobijo med prejetjem oskrbe ali storitev v zdravstveni organizaciji.

3.2 Dejavnosti Organizacije združenih narodov

Organizacija združenih narodov (OZN) je leta 1948 sprejela »Splošno deklaracijo človekovih pravic« (SDČP), ki sama po sebi ni zavezujoč pravni akt. V svojem 25. členu posega na področje zdravstvene oskrbe, torej tudi na področje OPZ. Omenjeni člen vsakomur zagotavlja pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blaginjo. Obolenost zaradi OPZ lahko namreč pacientu in njegovim najbližjim povzroči velike zdravstvene, socialne in ekonomske posledice, kar pa mu seveda ne zagotavlja zdravja in blaginje. Navedeno je še toliko pomembnejše, saj OPZ nastanejo zaradi okoliščin, neodvisnih od pacientove volje (Kraljić, 2015).

SDČP je bila podlaga za sprejetje »Mednarodnega pakta o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah« (MPESKP). Čeprav MPESKP izrecno ne omenja OPZ, pa vsekakor ne moremo prezreti njegovega 12. člena. Po omenjenem členu morajo države pogodbenice priznati vsakomur pravico do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja. Ukrepi, s katerimi naj bi se to doseglo (tudi na področju OPZ), morajo (med ostalim) obsegati tudi ukrepe za izboljšanje vseh oblik higiene okolja, ukrepe za preprečevanje in zdravljenje epidemičnih, endemičnih, poklicnih in drugih bolezni ter nadzor nad njimi in ukrepe za ustvarjanje razmer, v katerih bi bila vsem obolelim zagotovljena pomoč zdravstvene službe. Kljub splošnosti 12. člena MPESKP lahko apliciramo njegovo vsebino tudi na področje OPZ.

3.3 Prizadevanja Sveta Evrope

Pod okriljem Sveta Evrope je bila leta 1961 sprejeta Evropska socialna listina (ESL), ki jo je Slovenija ratificirala leta 1999. ESL določa, da imajo vsi delavci pravico do varnih in zdravih delovnih pogojev (3. člen), kar je še posebej pomembno, saj so zdravstveni delavci pri svojem delu izpostavljeni velikemu tveganju za različne okužbe. Da bi se zagotovila pravica do zdravih in varnih delovnih pogojev zdravstvenih delavcev, se pogodbenice zavezujejo, da se bo oblikovala, izvajala in občasno pregledala skladnost državne politike na področju varnosti, zdravja pri delu in delovnega

okolja. Temeljni cilj te politike je izboljšanje varnosti in zdravja pri delu ter preprečevanje nezgod in poškodb, ki izhajajo iz dela, so z njim povezane ali povzročene, zlasti pa zmanjševanje nevarnosti, ki izvirajo iz posebnosti delovnega okolja (1. točka 3. člena). Zdravstveni delavci se pri svojem delu srečujejo z nevarnostmi, ki izvirajo iz posebnosti njihovega delovnega okolja. Prihajajo v stik z različnimi okužbami, ki se lahko prenesejo od pacientov, svojcev, kontaminiranih stvari, ki jih uporabljajo pri svojem delu, lahko pa se okužbe prenašajo tudi po zraku, vodi ... Zato si je treba tako na nacionalni kot tudi na ravni posamezne zdravstvene institucije prizadevati, da se zagotovi čim večja varnost za zdravstvene delavce, tudi z vidika preprečevanja in odpravljanja OPZ. Posebno vlogo pri tem ima sprejemanje varnostnih in zdravstvenih predpisov, katerih uveljavljanje se mora nadzorovati. V 11. členu ESL pa je določeno, da ima vsak pravico izrabiti vse možnosti, ki mu omogočijo uživanje najvišjega dosegljivega zdravstvenega standarda. Preprečevanje OPZ je vsekakor eden izmed temeljnih predpogojev za doseganje najvišjega zdravstvenega standarda.

Slovenija je leta 1998 ratificirala tudi »Konvencijo o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine« (Oviedska konvencija), h kateri je bil leta 2005 sprejet Dodatni protokol o presaditvi človeških organov in tkiv, ki v 6. členu določa: »Vsi strokovnjaki, vključeni v presaditev organov ali tkiv, sprejmejo vse razumne ukrepe, da bi čim bolj zmanjšali nevarnost prenosa kakršne koli bolezni na prejemnika in da bi se izognili vsakemu dejanju, ki bi lahko škodilo ustreznosti organa ali tkiva za presaditev.« Tako tudi Oviedska konvencija v 25. členu nalaga zdravstvenim delavcem, da sprejmejo ukrepe, s katerimi naj se izognejo vsakemu dejanju, ki bi lahko škodilo ustreznosti organa ali tkiva za presaditev. Pri tem naj izhajajo iz medicinskih standardov. Če pacient zaradi postopka presaditve utрпи neupravičeno škodo, pa ima pod pogoji in na način, ki ga določa zakon, pravico do pravične odškodnine.

Odbor ministrov Sveta Evrope je leta 2006 sprejel »Priporočilo (2006)7 Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu« (Priporočilo (2006)7). Eden izmed njegovih temeljnih ciljev je postavitve varnosti pacientov kot prednostne naloge vsakega vodstva in menedžmenta zdravstvene institucije. Zagotoviti moramo kakovost in varnost na najvišji ravni zdravstvenega sistema ter prenos v usmeritve in politično podporo javnega zdravja in varnosti pacientov. Temu ustrezno je treba zagotoviti tudi obvezno in nadzorovano obvladovanje tveganja v zdravstvenih ustanovah (Priporočilo (2006)7). Med tveganja, ki jih je treba vsekakor nadzorovati, da bi se zagotovila varnost pacientov, nedvomno spadajo tudi OPZ. Priporočilo (2006)7 pa pomeni nadaljevanje in nadgradnjo »Priporočila (97)17 Odbora ministrov o razvoju in vpeljavi sistemov za izboljšanje kakovosti v zdravstvu«, s katerim se je položil temelj zagotavljanju kakovosti. Uspešno preprečevanje in obvladovanje OPZ je vsekakor dober pokazatelj, da se uspešno zagotavlja kakovost in s tem tudi varnost za pacienta. Kakovostna in varna zdravstvena oskrba pa sta temeljni pravici, ki ju zagotavlja ZPacP v svojem 11. členu.

3.4 Aktivnosti Evropske unije

Evropska unija (EU) je prav gotovo do danes izvedla največ aktivnosti na področju pravne ureditve okužb v zdravstveni oskrbi. Sprejeti so bili različni zavezujoči in nezavezujoči pravni dokumenti. Slednji pa kljub svoji načeloma nezavezujoči naravi kažejo velik vpliv na nacionalne ureditve, saj so nekatere države sprejele nacionalne pravne akte, ki se izrecno nanašajo na OPZ. Tako je Anglija že leta 2006 sprejela »Health Act: code for the prevention and control of the healthcare - associated infections«, s katerim so bila določena temeljna pravila, ki jih morajo upoštevati vse zdravstvene organizacije pri preprečevanju in nadziranju OPZ (Porthmouth, 2007).

Pravna podlaga izhaja že iz 6. člena »Pogodbe o Evropski uniji« (PEU), ki določa, da je EU pristojna za izvajanje ukrepov za podporo, uskladitev ali dopolnitev ukrepov držav članic (med ostalim) tudi na področju varovanja in izboljšanja človekovega zdravja. Izboljšanje varnosti pacienta in s tem preprečevanja OPZ pa vsekakor je ukrep, s katerim se lahko bistveno prispeva k varovanju oz. izboljšanju varnosti človekovega zdravja. Čeprav je zdravje predmet mnogih členov, je treba posebej poudariti, da je javnemu zdravju namenjen 168. člen PEU. Že v njegovem 1. odstavku je navedeno, da je treba zagotavljati visoko raven varovanja zdravja ljudi. V nadaljevanju pa, da je dejavnost EU, ki dopolnjuje nacionalne politike, usmerjena k izboljševanju javnega zdravja, preprečevanju telesnih in duševnih obolenj in bolezni ter odpravljanju vzrokov, ki ogrožajo zdravje ljudi. Ta dejavnost zajema obvladovanje močno razširjenih težkih bolezni s spodbujanjem raziskovanja njihovih vzrokov, prenosa in preprečevanja, pa tudi obveščanje o zdravju in zdravstveni vzgoji, hkrati zajema tudi nadzor nad veliko čezmejno ogroženostjo zdravja, zgodnje obveščanje o taki ogroženosti in boj proti njej. Če to navežemo na OPZ, pomeni, da med ukrepe, s katerimi se zagotavlja varnost ljudi – pacientov, vsekakor spadajo tudi ukrepi za preprečevanje in odpravljanje OPZ, saj se s tem uresničuje oz. zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi. Ker so OPZ po statistikah med vodilnimi razlogi za smrtnost, je odkrivanje, preprečevanje in zdravljenje OPZ izredno pomembna dejavnost. Tudi po 35. členu PEU ima vsakdo pravico do preventivnega zdravstvenega varstva in do zdravniške oskrbe v skladu s pogoji, ki jih določajo nacionalne zakonodaje in običaji. Pri izvajanju vseh politik in dejavnosti EU se zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi. Torej tudi ta člen države članice EU obvezuje, da zdravstveno oskrbo zagotavljajo v skladu z nacionalno zakonodajo in običaji na visoki ravni. Za doseg tega cilja ima EU na voljo več oblik pravnih dokumentov:

- uredba - je pravno zavezujoč akt, ki se v celoti uporablja v državah EU (npr. Uredba (ES) št. 851/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 21. 4. 2004 o ustanovitvi Evropskega centra za preprečevanje in obvladovanje bolezni);
- direktiva - je zakonodajni akt z določenim ciljem, ki ga morajo doseči države EU, vendar dopušča državam članicam možnost izbire pri načinu uresničevanja; vsaka država sprejme svoj predpis za uveljavitev določb iz direktive (npr. Direktiva Sveta 2010/32/EU o izvajanju okvirnega sporazuma o preprečevanju poškodb z ostrimi pripomočki v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju, ki sta ga sklenila HOSPEEM in EPSU);

- sklep - je zavezujoč za tistega, na katerega je naslovljen (npr. na državo EU ali posamezno podjetje) in se uporablja neposredno;
- priporočilo - ni zavezujoče; z njim se lahko izrazi mnenje in predlagajo določeni ukrepi, ne da bi se naslovníkom vsiljevala zakonska obveznost (npr. Priporočilo Sveta z dne 9. 6. 2009 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo (Priporočilo Sveta 2009));
- mnenje - je nezavezujoča izjava, ki naslovníkom ne nalaga nikakršnih zakonskih obveznosti; mnenje lahko izdajo vse glavne institucije EU: Evropska komisija, Svet EU, Evropski parlament, Odbor regij in Evropski ekonomsko-socialni odbor (Toebes, Hartlev, Hendriks and Rothmar Herrmann, 2012).

»Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov« (LDVP) iz leta 2005 poudarja, da morajo imeti pacienti dostop do visokokakovostne zdravstvene oskrbe, kar je temeljna človekova pravica, ki je priznana in cenjena v EU, njenih institucijah in pri državljanih EU. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo vložen ves trud v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnikov vseh zdravstvenih storitev (Luksemburška deklaracija, 2005). Po LDVP (2005) je zdravstvena dejavnost področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi osnovne bolezni, ampak so posledica procesa zdravljenja, in lahko pripeljejo do smrti, hudih okvar, zapletov in bolnikovega trpljenja. Zato je treba zmanjšati število in posledice neželenih dogodkov, med katerimi so zagotovo tudi OPZ. Zdravstvena dejavnost mora biti načrtovana tako, da preprečuje napake in neželene dogodke oz. zagotavlja odpravo hudih napak in deluje skladno z varnostnimi postopki. Škoda, ki nastane zaradi neodgovornega ravnanja zdravstvenih delavcev, predstavlja veliko breme za celotno družbo. Zato varna obravnava pacientov predstavlja potencialno povečanje prihrankov v zdravstveni dejavnosti (nižji stroški obravnave pacienta in nižji stroški, povezani s pritožbami in odškodninami), hkrati pa se lahko poveča tudi kakovost njihovega življenja (Luksemburška deklaracija, 2005).

Leta 2009 je bilo sprejeto že omenjeno Priporočilo Sveta 2009, ki države članice poziva, naj sprejmejo in na ustrezni ravni izvajajo strategijo za preprečevanje in obvladovanje OPZ. Ta strategija bi morala zajemati ukrepe za preprečevanje in obvladovanje OPZ na nacionalni in/ali regionalni ravni ter na ravni zdravstvenih zavodov, sisteme nadzora, izobraževanje in usposabljanje delavcev v zdravstvu, obveščanje pacientov ter raziskave (Poročilo Com, 2012, 658 final, str. 3). Izhajajoč iz Priporočila Sveta 2009 morajo države članice zagotoviti dosledno poročanje o okužbah, povezanih z zdravstveno oskrbo. Tako naj bi ukrepi, ki jih predvideva Priporočilo Sveta 2009, pripomogli k vsaj 20 % znižanju OPZ v EU (Health First Europe, str. 7). Znižanje OPZ za 10 % bi privarčevalo 150 milijonov evrov na leto, zato sta OPZ prevencija in nadzor nad OPZ visoko stroškovno učinkoviti (Health First Europe, str. 7). Pri enem hospitaliziranem pacientu od dvajsetih, tj. pri 4,1 milijona pacientov letno v EU, se pojavijo OPZ, zaradi njih pa vsako leto umre 37.000 pacientov (Priporočilo Sveta o varnosti pacientov, 2009).

Z Uredbo (ES) št. 851/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 21. 4. 2004 o ustanovitvi Evropskega centra za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ang. Eu-

ropean Center for Disease Prevention and Control (ECDC) (Uredba 851/2004)) je bil ustanovljen ECDC, katerega temeljni cilj je ugotavljanje, ocena in obveščanje o prisotnih in nastajajočih nevarnostih nalezljivih bolezni za zdravje ljudi (3. člen Uredbe 851/2004). ECDC je oblikoval mrežo za spremljanje OPZ (t. i. HAI-Net). ECDC nadalje spodbuja izobraževanje in usposabljanje zdravstvenega osebja o varnosti pacientov in OPZ. Izdal je tudi tehnični dokument »Ključne pristojnosti strokovnjakov za obvladovanje okužb in bolnišnično higieno v Evropski uniji«, katerega cilj je povečanje števila ustrezno usposobljenega osebja na področju zdravstvenega in še posebej specializiranega osebja za obvladovanje OPZ (Svet Evropske unije, 2014).

Glede definicije pojma nalezljivih bolezni pa Uredba 851/2004 v 3(d). členu napotuje na Sklep št. 1082/2013/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 22. 10. 2013 o resnih čezmejnih nevarnostih za zdravje in o razveljavitvi Odločbe št. 2119/98/ES (Sklep 1082). Sklep 1082 krepí okvir zdravstvene varnosti v EU glede načrtovanja pripravljenosti, ocene tveganj, obvladovanja tveganj in usklajevanja ukrepov, vključno z vidiki komuniciranja o tveganjih. Njegove določbe se uporabljajo tudi za OPZ, kar izhaja iz člena 2(1)(a)(ii) in 2(2) Sklepa 1082. Ustanovila se je t. i. mreža epidemiološkega spremljanja (vključno z OPZ), ki jo upravlja in usklajuje ECDC. Sklep 1082 prav tako določa, da se vzpostavi tudi t. i. sistem zgodnjega obveščanja in odzivanja, ki na ravni EU hitro objavlja opozorila o resnih čezmejnih nevarnostih za zdravje. S tem sistemom se zagotavlja stalna komunikacija: opozarjanje, ocenjevanje tveganja za javno zdravje in določanje ukrepov, potrebnih za varovanje javnega zdravja (člen 8(1) Sklepa 1082).

Namen Direktive Sveta 2010/32/EU z dne 10. 5. 2010 o izvajanju okvirnega sporazuma o preprečevanju poškodb z ostrimi pripomočki v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju, ki sta ga sklenila HOSPEEM in EPSU (Direktiva 2010/32/EU) je povečati varnost delavcev v bolnišnicah in zdravstvenem sektorju. V Okvirnem sporazumu, ki je priložen Direktivi 2010/32/EU, je v 2. točki preambule izrecno zapisano, da sta zdravje in varnost delavcev izredno pomembna in sta tesno povezana tudi z zdravjem bolnikov. Zdravje in varnost delavcev je predpogoj za kakovost zdravstvene oskrbe. Zato je dolžnost delodajalcev, da (med ostalim) omogočijo čim bolj varno delovno okolje, da preprečijo poškodbe delavcev, ki jih povzročijo ostri medicinski pripomočki (vključno z injekcijskimi iglami), in da zaščitijo delavce, ki so izpostavljeni tveganju (Klavzula 1 Okvirnega sporazuma iz Direktive 2010/32/EU). Z varnostjo zdravstvenih delavcev se je ukvarjala že Direktiva Sveta 89/391/EGS z dne 12. 6. 1989 o uvedbi ukrepov za spodbujanje izboljšav varnosti in zdravja delavcev pri delu (tudi t. i. Okvirna direktiva), ki navaja ukrepe, s katerimi se spodbuja izboljšanje varnosti in zdravja zdravstvenih delavcev pri njihovem delu.

Direktiva Sveta 93/42/EGS o medicinskih pripomočkih je že leta 1993 v svoji 8.1. točki države članice opozorila, da morajo biti pripomočki in proizvodni postopki načrtovani tako, da je odstranjena ali kar najbolj zmanjšana nevarnost okužbe pacienta, uporabnika in tretjih oseb. Načrt mora omogočati preprosto delo in, če je to potrebno, med uporabo kar najmanjšo kontaminacijo pripomočka s strani pacienta in obratno. S takšnim ravnanjem se lahko vpliva tudi na preprečevanje in omejevanje OPZ.

Povprečno 10 % delavcev v EU je zaposlenih v sektorju zdravstva in dobrega počutja. S tem je ta sektor eden od največjih zaposlitvenih sektorjev v Evropi. Število poškodb, povezanih z delom v tem sektorju, je za 30 % višje od povprečja v drugih sektorjih. Visoko na seznamu nevarnosti so okužbe. Da bi zdravstvenim delavcem zagotovili dodatno varnost, je bilo leta 2006 sprejeto Priporočilo z dne 6. 7. 2006 o zaščiti evropskih zdravstvenih delavcev pred krvno prenosljivimi infekcijami, ki jih povzročajo injekcijske igle - 2006/2015(INI) (Priporočilo o zaščiti zdravstvenih delavcev).

Direktiva 2011/24/ES o čezmejnem zdravstvenem varstvu sicer ne omenja OPZ, omenja pa varnost pacientov kot ključni element zdravstva, zato je treba zagotoviti, da bodo pacienti prejeli zdravstveno oskrbo v skladu z varnostnimi in kakovostnimi standardi in smernicami.

4 Zaključek

OPZ so prepoznane kot pomemben dejavnik, ki je eden izmed temeljnih pokazateljev varne in kakovostne oskrbe, ki je prioriteta vsake zdravstvene institucije in tudi pacienta, kot uporabnika zdravstvenih storitev. V zadnjih letih so bile izvedene mnoge mednarodne aktivnosti s strani različnih mednarodnih akterjev, katerih cilj je, da se opozori na OPZ in da se spodbujajo aktivnosti za preprečevanje, obvladovanje in nadzorovanje OPZ. Zato je treba zagotoviti ustrezne sisteme obveščanja vseh akterjev v sistemu zdravljenja, še posebej pa zdravstvene delavce in paciente. Pomembno je izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev, še posebej, če izhajamo iz dejstva, da je OPZ praktično nemogoče popolnoma preprečiti oz. se jim popolnoma izogniti. Zato je še toliko bolj pomembno sledenje in upoštevanje postavljenih standardov glede preprečevanja OPZ, kar mora zaradi tega predstavljati trajnostno strategijo vsake institucije in dolžnost vsakega zdravstvenega delavca, da stori vse, da pri pacientu prepreči OPZ. Hkrati pa morajo delodajalci tudi zdravstvenim delavcem zagotoviti varno delovno okolje. Ustrezni ukrepi bodo torej povečali varnost in kakovost zdravstvene oskrbe.

Suzana Kraljić, PhD

International Legal Activities in the Area of Healthcare-Associated Infections

Despite the first beginnings in the field of healthcare-associated infections, reaching back to the 19th century, the meaning of the discovery by the field's pioneers (e.g. Semmelweis, Lister, Bergmann, and others) had been denied for a long time. Only in recent years the awareness and visibility of healthcare-associated infections has essentially increased. Attention was risen by the concerning statistical data showing

that only in the United States of America there are annually 80.000 deceased patients due to the infections in connection to healthcare, whereas in the European Union 3,2 million patients annually suffer from the healthcare-associated infections. The mentioned and similar statistical data quickly increased the awareness of the necessity of providing secure and qualitative healthcare, on the international, as well as on the national levels. The quality and safety of patients are the key factors in the treatment process and the desired aim of the healthcare services institutions, as well as of the patients - users of healthcare services. The qualitative and the secure healthcare are both defined as fundamental rights provided by the Patients' Rights Act in its article 11. Due to this, infections connected to healthcare today are named as a relevant factor in healthcare and attract a lot of attention through various legal documents of binding or facultative nature, adopted by several internationally relevant actors, like the World Health Organisation, United Nations Organisation, the Council of Europe and the European Union. First, the term hospital acquired infections was used and also taken over by the Slovenian Contagious Diseases Act from 2006. But, as infections may also occur inside those health institutions that are not hospitals (e.g. social health institutions, spa resorts, etc.), a wider term is used today, i.e. healthcare-associated infections. The latter was also used by the World Health Organization when providing the definition of the term. They are defined as infections acquired by a patient during the process of treatment in a healthcare institution, which were not present or in the incubation period in the time of entering the facility. This also includes infections acquired in a hospital that appeared after the release, as well as infections among the healthcare personnel. The healthcare-associated infections may also appear in another healthcare institution (e.g. social health institutions, spa resorts and elsewhere, where healthcare is conducted). From the mentioned it can be concluded that the range of healthcare-associated infections may be extraordinarily wide, as they might affect patients, healthcare personnel, relatives, healthcare institution, and last but not the least, the whole national healthcare system. As healthcare-associated infections may be spread by contact, direct and indirect (hands of healthcare personnel, contaminated instruments, medications etc.) or aerogenous (through the air; by drops, dust, moisturizers), they cannot be completely prevented or avoided.

As mentioned, healthcare-associated infections may be acquired also by healthcare personnel, and therefore several documents (for example in the European Union) imply that that healthcare personnel has to be provided with secure working conditions as well. As it is a very dynamic field, it is necessary to provide regular trainings of the personnel. Namely, at work they are exposed to various professional risks, which may be one of the relevant reasons why in the European Union there is a lack of healthcare personnel. Besides this, the fields of healthcare and well-being are the areas facing the highest number of accidents at work in the European Union. Due to this fact, in order to provide the safety of healthcare personnel various legal documents were adopted. As the healthcare personnel and patients are in a co-relation regarding the hygiene and safety, and the latter two have a high relevance, in the recent years, different activities were carried out by international actors with a key role in the field of human health (for the patients, as well as for the healthcare staff members). Under

the auspices of the World Health Organisation, the World Alliance for Patient Safety was established with the basic goal to lower the numerous health and social consequences of an insecure healthcare in 2004. The states shall strive for development of global norms, standards and directives, in order to provide a qualitative care and safety of patients and to create a reporting system on negative events in healthcare. In 2005, the World Health Organisation published the WHO Guidelines on Hand Hygiene in the Health Care, defining hand hygiene as fundamental stone of healthcare and the main goal of the campaign "Five moments for hand hygiene". In the same way, the World Health Organisation adopted the International Classification for Patient Safety that also contains a definition of hospital acquired infections or nosocomial infections, respectively.

In its international documents, the United Nations Organisation indirectly interferes in the field of healthcare-associated infections, in a way that it motivates the contracting states to recognise the right to the maximum reachable standard of physical and mental health for everyone, for example, the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Measures to reach this (also in the field of healthcare-associated infections) have to (inter alia) also encompass the measures of improvement of all forms of environmental hygiene, measures for the prevention and treatment of epidemic, endemic, professional and other diseases and the control of them, as well as measures for the creation of conditions, where help by the health service in case of illness will be provided for all.

The Council of Europe adopted the European Social Charter determining that all employees have a right to safe and healthy working conditions, which is especially important, as health personnel is exposed to an enormous risk of various infections that may be acquired in doing their job. The Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine also imposes to health personnel to take measures for avoiding any actions potentially harmful to the patient.

The largest activity is clearly shown by the European Union that adopted different binding, as well as facultative legal acts (for example, regulations, directives, recommendations, decisions etc.). Surely, the most important are the provisions of Articles 6, 35 and 168 of the Treaty on European Union determining the necessity of the priority task of providing a safe and qualitative healthcare. In 2009, the Council Recommendation on Patient Safety was adopted, including the prevention and control of healthcare-associated infections, and addressing the member states to adopt and implement a strategy for prevention and mastering of infections connected to healthcare. Besides that, the member states have to provide for a thorough reporting on infections connected to healthcare. In this way, the measures foreseen by the Council Recommendation contributed to a decrease of infections connected to healthcare in European Union of 20% at least, and thus saved 150 millions of Euros annually. Regulation (EC) No. 851/2004 of the European Parliament and of the Council on 21 April 2004, established the European Centre for Disease Prevention and Control, and then formed a network for following infections connected to healthcare (so called

HAI-Net). The European Union also adopted a range of directives, the primary goal of which is the increase of safety of the patients, as well as of the healthcare personnel (for example, Directive 2010/32/EU - prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector on 10 May 2010 implemented the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU). Also the Luxembourg Declaration on Patient Safety - Making it happen! in 2005 contributed to providing a safe patient care. It defined that patients need to have access to a qualitatively high healthcare as a fundamental human right, recognised and respected in the European Union, by its institutions and by the citizens. In line with this fact, patients have the right to expect that all efforts will be put into providing their safety as users of all healthcare services. If any damage occurs, it may represent a huge burden for the patients, as well as for the whole society. Due to this, we have to invest in processes ensuring safety and qualitative care of patients, and the safe working environment for healthcare personnel. One of these important steps was surely taken by the Decision No. 1082/2013/EU of the European Parliament and the Council on 22 October 2013, about serious cross-border threats to health, and by the Decision No. 2119/98/EC establishing the Early Warning and Response System on the level of the European Union about serious cross-border threats to health. This system enables the Commission and the competent authorities to be responsible for permanent communication for the purposes of alerting, assessing public health risks and determining the measures that may be required to protect public health at the national level.

LITERATURA

1. Brumec, V. (2008). *Kratka zgodovina medicine*. Maribor: Založba Pivec.
2. Council of the European Union (2014). Council conclusions on patient safety and quality of care, including the prevention and control of healthcare associated infections and antimicrobial resistance, Employment, Social policy, Health and Consumer affairs Council meeting, Brussels, 1. 12. 2014. Pridobljeno dne 25. 10. 2015 s svetovnega spleta: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/145976.pdf.
3. Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta 2011/24/ES z dne 9. 3. 2011 o čezmejnem zdravstvenem varstvu. Uradni list Republike Slovenije, št. 88/45.
4. Direktiva Sveta 93/42/EGS z dne 14. 6. 1993 o medicinskih pripomočkih. Uradni list Republike Slovenije, št. 169.
5. Dragaš, A. Z. and Škerl, M. (2004). *Higiena in obvladovanje okužb*. Izbrana poglavja. Ljubljana: ZRC SAZU.
6. Evropska socialna listina (1999). Uradni list Republike Slovenije-MP, št. 7.
7. Evropski parlament - Odbor za zaposlovanje in socialne zadeve. Osnutek poročila s priporočili Komisiji o zaščiti evropskih zdravstvenih delavcev pred krvno prenosljivimi infekcijami, ki jih povzročajo injekcijske igle (2006/2015(INI)). Poročevalec: Stephen Hughes. Pridobljeno dne 24. 10. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2006-0137+0+DOC+XML+V0//SL>.
8. Health First Europe. EU Policy Recommendations on Increased Patient Safety and the Prevention of Healthcare Associated Infections. Pridobljeno dne 20. 10. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.healthfirsteurope.org/uploads/Modules/Newsroom/hfe-hcai-paper-08022012-print-quality-2.pdf>.

9. Konvencija o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (1998). Uradni list Republike Slovenije, št. 17.
10. Kraljić, S. (2015). Okužbe, povezane z zdravstvom, v luči pravne ureditve. V: Valenčič G. (ur.). Večkratno odporni organizmi – okužbe povezane z zdravstvom: zbornik predavanj. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, str. 42-54.
11. Kramar, H. (2013). Bolnišnične okužbe. V: Pivač S. et al. (ur.). Izbrane intervencije zdravstvene nege – teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene nege. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 32-38.
12. Kuzman, I. (2013). Bolniške infekcije: vjeran pratitelj zdravstvene skrbi. V: Šimić, L. (ur.). Prevenција i kontrola bolničkih infekcija. Zbornik radova sa 1. simpozija s međunarodnim sudjelovanjem. Mostar: Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru, str. 8-14.
13. Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov. Pridobljeno dne 21. 10. 2015 s svetovnega spleta: http://www.eu2005.lu/en/actualites/documents_travail/2005/04/06Patientsafety/Luxembourg_Declaration_on_Patient_Safety_05042005-1.pdf.
14. Mednarodni pakt o ekonomski, socialnih in kulturnih pravicah (1992). Uradni list Republike Slovenije, št. 9.
15. OECD (2004). OECD Health Technical Papers No. 18: Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries - DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)18 z dne 28. 10. 2004. Pridobljeno dne 26. 10. 2015 s svetovnega spleta: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/ELSA/WD/HTP\(2004\)18&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)18&docLanguage=En).
16. Petač, H. (2011). Bolnišnične okužbe – vse pogostejše okužbe z bakterijo *Clostridium difficile* tudi v Sloveniji. Utrip, 19, št. 6, str. 42-43.
17. Pittet, D. and Donaldson, L. (2006). Challenging the world: patient safety and health care-associated infection. International Journal for Quality in Health Care, 18, No. 1, pp. 4–8.
18. Poročilo Komisije Svetu - Drugo poročilo Komisije Svetu o izvajanju Priporočila Sveta 2009/C 151/01 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, COM(2014) 371 z dne 19. 6. 2014. Pridobljeno dne 26. 10. 2015 s svetovnega spleta: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_sl.pdf.
19. Poročilo Komisije Svetu na podlagi poročil držav članic o izvajanju Priporočila Sveta (2009/C 151/01) o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, COM(2012) 658 final z dne 13. 11. 2012. Pridobljeno dne 21. 10. 2015 s svetovnega spleta: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_sl.pdf.
20. Portsmouth, J. (2007). Infection control and the Law : Legal and ethical obligations. British Journal of Infection Control, 8, No. 2, pp. 14-19.
21. Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev. Uradni list Republike Slovenije, št. 87/2002; 29/2003; 124/2006; 43/2011.
22. Priporočilo Komisije o zaščiti evropskih zdravstvenih delavcev pred krvno prenosljivimi infekcijami, ki jih povzročajo injekcijske igle(2006/2015(INI)). Pridobljeno dne. 24. 10. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2006-0218+0+DOC+XML+V0//SL>.
23. Priporočilo Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu (2006). Pridobljeno dne 24. 10. 2015 s svetovnega spleta : http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/VARNOST/SE-Varnost_Pacientov_2007.pdf.
24. Priporočilo Sveta z dne 9. 6. 2009 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo. OJ C 151/1 z dne 3. 7. 2009.
25. Quality of care: patient safety WHA55.18 z dne 18. 5. 2002. Pridobljeno dne 21. 10. 2015 s svetovnega spleta: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/ewha5518.pdf?ua=1.
26. Seidler, E. (1993). Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
27. Sklep št. 1082/2013/EU o resnih čezmejnih nevarnostih za zdravje in o razveljavitvi Odločbe št. 2119/98/ES. Uradni list Evropske unije, 293/1.

28. Splošna deklaracija človekovih pravic. Pridobljeno dne 24. 10. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-clovekovih-pravic/>.
29. Svet Evropske unije (2014). Osnutek sklepov Sveta o varnosti pacientov in kakovosti oskrbe, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, in protimikrobne odpornosti z dne 14. 11. 2014. Pridobljeno dne 25. 10. 2015 s svetovnega spleta: <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15441-2014-INIT/sl/pdf>.
30. Šarić, M., Buljubašić, A., Žunić, Lj., Orlandini, R. and Vardo, A. (2013). Mjere za sprječavanje i suzbijanje širenja bolničkih infekcija s osvrtno na pravnu regulativu u Republici Hrvatskoj. V: Šimić, L. (ur.). *Prevenција i kontrola bolničkih infekcija. Zbornik radova sa 1. simpozija s međunarodnim sudjelovanjem*. Mostar: Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru, str. 30-41.
31. Šumak, I. (2006). *Zdravstvena nega infekcijskega bolnika*. Maribor: Založba Pivec.
32. Toebes, B., Hartlev, M., Hendriks, A. and Rothmar Herrmann, J. (2012). *Health and Human Rights in Europe*. Cambridge – Antwerp – Potland: Intersentia.
33. Wenzel, F. (2007). *Handbuch des Fachanwalts – Medizinrecht*. Koln: Luchterhand.
34. WHO (2009). *More than Words - Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1, Final Technical Report January 2009*. Pridobljeno dne 21. 10. 2015 s svetovnega spleta: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
35. WHO. *The Burden of Health Care Associated Infections Worldwide, A Summary*. Pridobljeno dne 20. 10. 2015 s svetovnega spleta: http://www.who.int/gpsc/country_work/summary_20100430_en.pdf.
36. World Alliance for Patient Safety. Pridobljeno dne 21. 10. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>.
37. *Zakon o nalezljivih boleznih* (2006). Uradni list Republike Slovenije, št. 33UPB1.
38. *Zakon o pacientovih pravicah* (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 15.

Spletni shujševalni dnevniki o debelosti

Znanstveni članek

UDK 613.25:004.738.5

KLJUČNE BESEDE: debelost, hujšanje, spletni dnevniki, zdravje, diskurz

POVZETEK - Debelosti je v današnjem času namenjeno veliko javne, medijske in akademske pozornosti. Internet je postal ključni vir informacij in nasvetov o hujšanju. V zadnjih letih je popularen spletni dnevnik o hujšanju, objavljen v spletnih novinarskih medijih, blogih in forumih. Kljub njegovi popularnosti je bilo na tem področju izvedenih malo raziskav. Zato smo skušali v članku ugotoviti, kako slovenski spletni shujševalni dnevniki reprezentirajo debelost. Izvedena je bila kritična diskurzivna analiza (analiza strategij, makropropozicij in ključnih besed) štirih spletnih shujševalnih dnevnikov. Raziskava je pokazala, da so spletni shujševalni dnevniki reprezentirali debelost v okviru dominantnega diskurza o debelosti: posameznik je primarno odgovoren za svoj življenjski slog; neaktivnost in slaba prehrana pa sta ključna krivca za debelost. Tako imenovani »debeli ljudje« so bili reprezentirani v okviru moralnega (debeli ljudje so »leni«) in čustvenega (debeli ljudje so »nesrečni«) diskurza ter stereotipno reprezentirani kot »nezdravi«.

Scientific article

UDC 613.25:004.738.5

KEY WORDS: obesity, weight loss, online diaries, health, discourse

ABSTRACT - In recent years, obesity has received a lot of public, media and academic attention. The internet has become a key source of weight-loss information and advice. In recent years, weight-loss online diaries, published in online news media, blogs or forums have become very popular; yet there has been little research on investigating these diaries. We tried to find out how Slovenian weight-loss online diaries represent obesity. A critical discourse analysis (an analysis of strategies, macro-proposition and key words) of four Slovenian weight-loss online diaries was conducted. Research has shown that weight-loss online diaries represented obesity in the framework of the dominant obesity discourse: the individual is primarily responsible for their lifestyle; obesity is caused by inactivity and poor diet. The so-called "obese people" have been represented within the moral (obese people are "lazy") and emotional (obese people are "unhappy") discourses and stereotyped as being "unhealthy".

1 Uvod

Debelosti je v zadnjem času namenjeno veliko javne, medijske in akademske pozornosti. O »epidemiji debelosti« govori epidemiološka, fiziološka in medicinska literatura, njen učinek pa so v javnosti okrepili mediji, izobraževalne, (javno)zdravstvene in športne institucije (Gard and Wright, 2005). Svetovna zdravstvena organizacija je debelost označila kot kronično bolezen, za katero je značilno čezmerno kopičenje maščevja v telesu (WHO, 2000). Za omejitev »globalne epidemije debelosti« je predlagala številne ukrepe (WHO, 2004, 2006).

Številni avtorji na področju družboslovja in biomedicine kritizirajo izpostavljanje debelosti kot globalnega epidemičnega problema in ključnega dejavnika tveganja za razvoj različnih bolezni. Nasprotujejo uporabi termina »epidemija« debelosti (Campos, Saguy, Ernsberger, Oliver and Gaesser, 2006; Gard and Wright, 2005), njeni uvrstitvi med boleznimi (Oliver, 2006) oz. imenovanju debelosti kot ključnega povzročitelja različnih bolezni (Gaesser, 2003; Mark, 2005) in celo smrti (Farrell, Braun, Barlow,

Cheng and Blair, 2002; Flegal, Graubard, Williamson and Gail, 2005; Mark, 2005). Opozarjajo, da je debelost diskurzivno konstruirana tako, da je krivda pripisana žrtvi, ki je dodatno družbeno stigmatizirana (Gard and Wright, 2005; Gilman, 2008; Rail, Holmes and Murray, 2010; Wright and Harwood, 2009). Rail in sod. opozarjajo (2010, str. 260), da v družbi vlada »panika« pred debelostjo, ker kritični prispevki ne dobijo medijske in širše javne pozornosti. Zaradi družbene panike so se razvili različni programi za hujšanje, ki so v glavnem dolgoročno neučinkoviti (Tsai and Wadden, 2005).

Nova informacijska in komunikacijska tehnologija je ponudila dodatne možnosti za hujšanje. Internet je postal ključni vir nasvetov in informacij o hujšanju, ponuja pa tudi številna brezplačna shujševalna orodja, npr. števec kalorij in računanje indeksa telesne mase (Leggat-Cook and Chamberlain, 2012). Spodbudil je razvoj spletnih skupnosti in forumov o hujšanju (Hwang, Ottenbacher, Green, Cannon-Diehl, Richardson, Bernstam and Thomas, 2010). V zadnjih letih je tudi zelo popularen spletni dnevnik o hujšanju (Leggat-Cook and Chamberlain, 2012), objavljen v različnih spletnih straneh, kot so spletni novičarski mediji, blogi in forumi. Kljub popularnosti spletnih shujševalnih dnevnikov, je bilo na tem področju izvedeno malo raziskav (Leggat-Cook and Chamberlain, 2012). Zato bomo skušali v članku ugotoviti, kako slovenski spletni shujševalni dnevniki prikazujejo debelost. Analizirali bomo štiri slovenske spletne shujševalne dnevnike, ki so bili objavljeni na spletnih novičarskih medijih, blogih in forumih med 1. januarjem 2014 in 15. julijem 2015. Članek temelji na poststrukturalističnem sociološkem pristopu, ki debelost razume kot družbeni konstrukt, katerega opredelitev in pomen sta časovno spremenljiva. Ta trdi, da debelost ni znanstveno dejstvo ali statično stanje telesa, ampak je opredeljena s spremenljivimi in družbeno določenimi regulacijskimi normami (Rail in et al., 2010).

2 Teoretsko ogrodje

2.1 Spletni dnevniki

Spletni dnevniki so v zadnjih letih postali dobro poznani in priljubljeni. Razumemo jih lahko kot nadaljevanje dolge tradicije samoreprezentacijskega pisanja, ki je z novo informacijsko tehnologijo dobilo tudi novo obliko in funkcijo. Po Serfatyju (2004) so spletni dnevniki, objavljeni na različnih spletnih straneh, kot so novičarski mediji, blogi in forumi, napisani po kronološkem vrstnem redu, v ospredje postavljajo avtorjeve misli in čustva ter anekdote iz vsakdanjega življenja. Čeprav še vedno v glavnem temeljijo na zapisanem besedilu, jih vedno več vključuje tudi slike in video posnetke. Njihova ključna značilnost je tudi odprt konec. Nezaključenost zgodbe posameznega dnevnika bralca pritegne k branju njegovega nadaljevanja. Po Serfatyju (2004) je samorefleksivnost naslednja ključna značilnost spletnega dnevnika, ki se kaže v komentarjih o internetu in lastnem pisanju dnevnika. Avtorji skušajo z razpravo nagovoriti in razviti spletno skupnost, ki bi jih podpirala in motivirala, ter ozavestiti lastno delovanje. Zaradi osebnega in čustvenega pristopa so spletni dnevniki razumljeni kot manj resen oz. pomemben diskurzivni prostor in so zato pogosto deležni kri-

tike, da ne obravnavajo relevantnih zadev, kot so politika, gospodarstvo in tehnologija (Karlsson, 2007). Vendar Lopezova (2009) opozarja, da so spletni dnevniki družbeno pomembni, ker razkrivajo diskurzivno konstrukcijo družbeno relevantnega fenomena, v našem primeru debelosti in hujšanja.

2.2 Blogi za hujšanje

Leggat-Cook in Chamberlain (2012) sta v analizi desetih ameriških blogov o hujšanju ugotovila, da je blogosfera o hujšanju pomembna arena poročanja, pripovedovanja in interaktivnega razpravljanja o debelosti in hujšanju. Blogerji običajno pišejo o dnevniških uspehih in porazih, porabi kalorij in telesnih dejavnostih ter objavljajo fotografije svojih spreminjajočih se teles. Blogi o hujšanju so napisani s posebnimi nameni: dokumentirati napredek, dobiti podporo drugih in motivirati druge. Številni blogerji skušajo predvsem ustvariti skupnost, ki bi jih spodbujala pri hujšanju. Z objavo dnevnikov se dodatno zavežejo, da bodo sledili svojemu shujševalnemu načrtu. Leggat-Cook in Chamberlain (2012) sta tudi ugotovila, da avtorji spletnega shujševalnega dnevnika, objavljenega v obliki bloga, konstruirajo sebe predvsem kot osebe, ki skušajo shujšati. Za blogerje hujšanja je reprezentacija telesa ključna. Zato nekateri objavljajo fotografije, ki delujejo kot nekakšna vizualna spoved. Blogerji uporabljajo tudi različne strategije akumulacije, da bi ustvarili avtentičnost svojega pisanja: objavljajo pred-in-po fotografije, predstavljajo načrt prehranjevanja in telesnih dejavnosti, redno poročajo o teži in oblikujejo svoj slog pisanja. Blogerji skušajo pritegniti občinstvo z objavo zasebnih informacij, obenem pa se zavedajo, da so blogi javni prostor. Leggat-Cook in Chamberlain (2012) trdita, da blogerji razkrivajo tudi svojo zasebnost, da bi na ta način pritegnili občinstvo.

2.3 Družbena konstrukcija debelosti

Rail in sod. (2010) trdijo, da današnji dominantni diskurz o debelosti ponuja mehanistični pogled na telo in se osredotoča na odnos med telesno nedejavnostjo, slabim prehranjevanjem, debelostjo in zdravjem. Dominantni diskurz debelost označuje z moralnim in ekonomskim diskurzom. Debeli ljudje so označeni kot leni, brez discipline in predragi za zdravstveni sistem, zato jih je treba strokovno obravnavati in nadzorovati (beri: disciplinirati) (Monaghan, 2008). Moralni diskurz konstruira debelost kot značajsko napako posameznika, ki ni sposoben nadzorovati svojega telesa. Osredotoča se na posameznika in zanemarja družbeno-ekonomske in okoljske dejavnike, ki vplivajo na zdravje in spodbujajo neenako distribucijo zdravstvenih virov (Rail et al., 2010).

Harwood (2009) je nadgradil Foucaultev koncept »bio-oblasti« (1978, 1979) in uvedel koncept »bio-pedagogike«, ki nam pomaga razumeti normalizacijsko prakso nadzora in regulacije telesa, da bi zmanjšali ali odpravili debelost pri posameznikih oz. zaščitili populacijo pred debelostjo. Bio-pedagogika z moralnim diskurzom pritiska na osebo, da se konstantno opazuje in samo-nadzoruje (Rail et al., 2010). Dominanten diskurz o debelosti je skladen z neo-liberalno ideologijo, ki temelji na individualizmu, saj razume posameznika kot primarno odgovornega za svoj življenjski

slog, kot da ga ekonomski in drugi dejavniki ne bi omejevali (Gard and Wright, 2005). Temelji na ideji, da se debeli ljudje ne znajo samonadzorovati in upoštevati določenih tehnik samodiscipliniranja, saj le suho telo nakazuje nadzor, krepost in dobroto posameznika (Rich and Evans, 2005). Tako Svetovna zdravstvena organizacija (2006) predlaga številne metode in tehnike za omejitev debelosti, vključno s svetovanjem, nadzorom in ocenjevanjem. Bio-pedagogiko spodbujajo različne kulturne prakse in institucije, kot so popularni mediji (Burrows and Wright, 2004) in šole (Wright and Burrows, 2006). Rail in sod. (2010) opozarjajo, da dominanten diskurz o debelosti temelji na politični moči, saj uvaja, spodbuja, nadzoruje in organizira partikularne sile družbene moči. Po njihovem mnenju je ključna tudi uporaba ideje o debelosti kot o epidemičnem problemu, saj ta omogoča mobilizacijo, prerazporeditev virov, uporabo taktike nadzora in regulacije. Diskurzivni učinek dominantnega diskurza o debelosti in bio-pedagogike se kaže v proizvodnji »resnice« o debelosti kot neideološkem in znanstveno dokazanem dejstvu, v katerega se ne dvomi. To zdravnikom omogoča, da lahko ljudi, ki imajo indeks telesne mase 30 kg/m^2 in več, »zdravijo«. Glede na popularnost spletnih strani, se postavlja vprašanja, kako spletni shujševalni dnevniki reprezentirajo debelost.

3 Metodologija

Z iskanjem po ključnih spletnih iskalnikih (Google.com, Yahoo.com, Najdi.si, Bing.com) in uporabo ključnih besed, kot so »dnevnik«, »hujšanje«, »izguba teže«, »debelost«, smo identificirali štiri spletne dnevnike o hujšanju v obdobju med 1. januarjem 2014 in 15. julijem 2015 v slovenskih spletnih novinarskih medijih (1), blogih (2) in na forumih (1). Dodatna kriterija sta bila neomejena dostopnost oz. javni značaj objavljenega dnevnika in kontinuiteta objavljanja. Ker smo želeli dobiti osebne refleksije, smo izločili »prehranske dnevnike«, »dietne dnevnike«, »dnevnike prehranjevanja«, »dnevnike zaužite hrane«, »dnevnike zdrave prehrane«, »kalorijske dnevnike« ipd., v katerih so avtorji v glavnem samo navajali dnevno zaužite obroke in/ali vnos kalorij brez osebne refleksije. Ker avtorji spletnih dnevnikov o hujšanju pišejo o različnih zadevah, smo v raziskavi preučevali le teme, ki so neposredno povezane z debelostjo in hujšanjem.

Začetni proces brskanja in branja spletnih dnevnikov je bil uporaben, saj smo na ta način pridobili splošno razumevanje spletnega diskurza o debelosti. Za analizo smo prebrali gradivo in izvedli kritično diskurzivno analizo, ki je uporabna za razkrivanje elementov diskurza (Fairclough, 1995). Da bi karseda celovito analizirali dnevnike, smo v analizi uporabili makro in mikro analizo. Najprej smo skušali ugotoviti, kakšne strategije, razumljene kot bolj ali manj natančne in namerne načrte diskurzivnih praks, privzete z namenom, da bi dosegli določen družbeni, politični, psihološki ali jezikovni cilj (Wodak, 2003), so uporabili avtorji spletnih shujševalnih dnevnikov, ko so reprezentirali debelost. Da bi ugotovili, kakšne makropomene so avtorji spletnih dnevnikov pripisali debelosti, smo uporabili analizo makropropozicij, to je makrosemantično

analizo, ki vključuje celovite pomene in omogoča prepoznavanje najpomembnejših informacij določenega diskurza (Van Dijk, 1988). Kritična diskurzivna analiza vključuje tudi analizo ključnih besed, ki konstituirajo določen diskurz, saj je »analiza ključnih besed ali analiza ‚lokalnih‘ pomenov na ravni besed najbolj uporabna za razkritje ideologij in diskurzov« (Van Dijk, 1980, str. 78). Z analizo ključnih besed smo želeli ugotoviti, kako so avtorji poimenovali in označili tako imenovane »debele ljudi«.

4 Rezultati

4.1 Strategije

Smešenje debelosti

Ena od ključnih strategij reprezentacije debelosti je bilo smešenje. To strategijo so nekateri avtorji uporabljali, ko so opisovali svojo staro identiteto, konstruirano v glavnem s prvinami debelosti (jaz = debel), in svoje prehranjevalne navade ter odstopanja od zastavljenega shujševalnega načrta. Z uporabo humorja so se avtorji na igriv, lahkoten in privlačen način norčevali iz samega sebe kot debele osebe. Na ta način so skušali pritegniti bralce k branju ter doseči njihovo naklonjenost in solidarnost, saj, kot sta ugotovila Janes and Olson (2000) v eksperimentalni študiji, samoposmeh pri občinstvu v glavnem sproža pozitivno mnenje in spodbuja solidarnost do avtorja. S smešenjem samega sebe so avtorji skušali vzpostaviti distanco do »starega«, tj. debelega sebe, in pridobiti motivacijo za hujšanje. Čeprav so avtorji smešili sebe in se niso neposredno norčevali iz drugih debelih oseb, so skozi prezentacijo sebe kot predstavnikov debelih ljudi posredno smešili tudi druge debele osebe.

Tipičen je bil primer Večerovega novinarja Denisa Živca, ki je na *vecer.com* pisal dnevnik o hujšanju. V prvem dnevniku se je humorno posmehoval iz svojega vedenja in iskanja opravičil zanj. Pri tem se je norčeval iz lastnega neznanja, npr. iz ideje, da imajo jagode po naravi negativne kalorije. Uporabljal je tudi ironijo, katere tipična lastnost je dvopomenskost: pravi pomen je v nasprotju z dobesednim pomenom besed. Tako je v povedi »Moj uspeh ne pozna meja« skušal poudariti »neuspeh«. Spodnji primer kaže, kako se je avtor na humoren način norčeval iz svojega inovativnega iskanja opravičil za prenašanje:

Ne spomnim se točno, kako mi je uspelo pristati na najvišji teži v življenju, a vem, da je bilo slastno. [...] Moja pritlehna strast so vedra gumijastih bonbonov, tako polna E-jev, da žarijo v temi. Keksi, čokolade in čipsi vseh mogočih okusov. [...] In moj uspeh ne pozna meja. Sploh pri iskanju opravičil, zakaj je moje početje smiselno. Ko mi je zdravnik rekel, naj uživam več sadja, je moja prva izbira bil jagodni sladoledni šejk. Zaradi presenetljivo sadnega okusa, po moji teoriji, telo razlike skoraj ne zazna, ker pa imajo jagode po naravi negativne kalorije, ob enem z uživanjem šejka vsakič tudi malo shujšate (17. 2. 2015).

Javno obljubljanje discipliniranja telesa

Skupna značilnost vseh analiziranih spletnih dnevnikov je bila avtorjevo obljubljanje, da bo discipliniral svoje telo. Ker so avtorji pisali v spletnem dnevniku brez omejitve dostopa, gre za javne obljube o lastnem discipliniranju. Avtorji so torej javno obljubljali, da bodo disciplinirali svoje telo, tj. ga podvrgli strožjemu načinu prehranjevanja in težjim ali različnim telesnim dejavnostim. Obljubo so običajno zapisali na začetku dnevnika (prvi do tretji dnevnik) in takrat, ko zaradi različnih vzrokov, največkrat zaradi lenobe, niso sledili vnaprej zastavljenemu načrtu hujšanja. Takrat so zaradi pomanjkanja samonadzora najprej izrazili razočaranje nad samim seboj in si nato predpisali še ostrejšo ukrepe discipliniranja. Na ta način so konstruirali pomen, da je debelost treba omejiti oz. premagati in to z discipliniranjem telesa. Vsako odstopanje od shujševalnega načrta zahteva kazen z uvedbo ostrejšega discipliniranja. Pisanje o potrebi po lastnem discipliniranju telesa v javnem spletnem dnevniku implicira normalnost samonadzora in samodiscipliniranja telesa. Tudi kaznovanje zaradi odstopanja od načrta hujšanja na ta način postane samoumevno. Tipičen primer je blog Maje Kepic o hujšanju, ki ga je objavljala v letu 2014. Spodnji primer kaže, kako je avtorica kaznovala samo sebe, ker ni telovadila en dan:

A na tole današnje bluzenje vseeno ne morem biti ravno ponosna. Zato - kazen mora biti vzgojna, pravijo - objavljam sledeče: jutri ob šestih (zjutraj!), torej še pred službo, se bom narisala na fitnessu (26. 2. 2014).

Izkustveno in znanstveno svetovanje

V procesu hujšanja so avtorji spletnih dnevnikov navajali številne nasvete o tem, kako shujšati, spremeniti prehrano ter s pravilno in intenzivno telovadbo oblikovati telo. Ker so jih zapisali, kot da izhajajo iz preverjenih lastnih izkušenj in vključili znanstvene dokaze, ima bralec vtis, da jim mora nujno slediti, če želi shujšati. Tipični primer je Katarina, ki navaja nasvete o nadzorovanju teže skoraj v vsakem svojem dnevniku. Prvi primer je odstavek iz dnevnika, v katerem svetuje, kako z uporabo bombonov brez sladkorja nadzorovati željo po sladkem, v drugem primeru pa v znanstvenem diskurzu navaja način nadzorovanja vnosa hrane.

Na dieti zelo pomagajo razni bonboni brez sladkorja (ne pa brez kalorij!). Super so za posladkat in zatret željo po sladkem, obenem pa niso »škodljivi« za psiho, ker so pač sugarfree (29. 3. 2015).

... Določen imam dnevni kalorijski vnos ter razmerje beljakovin, maščob in ogljikovih hidratov, ki jih zaužijem vsak dan (=makrohranila, v nadaljevanju makroti). Poleg tega pa pazim še na vnos vlaknin, vitaminov ter mineralov. [...] Obvezno moramo paziti tudi na vlaknine, ki so pomembne za dobro prebavo in metabolizem. Dobimo jih v kompleksnih - sestavljenih ogljikovih hidratih (polnozrnati), zelenjavi, stročnicah ali pa v obliki 100 % vlaknin - indijski trpotec - psillium. Priporočen dnevni vnos vlaknin je 14 g na 1000 kcal. Ne smemo pozabiti tudi na mikrohranila - vitamini in minerali, ki jih zaužijemo v hrani, predvsem pa v prehranskih dopolnilih - za moje pojme je najpomembnejši vitamin C in pa kot nujen dodatek uporabljam še omega 3 kapsule (ribje olje). [...]

Najpomembnejše je to, da vsa hrano, ki jo zaužijemo, stehamo, saj samo tako točno spremljamo naš vnos in le tako vemo, na čem smo. Če ves čas spremljamo vnos, ga lahko prilagodimo željenim rezultatom. Za spremljanje makrotov uporabljam program MY FITNESS PAL - vsem ga priporočam, saj ima ogromno bazo vseh živil - tudi slovenskih (24. 7. 2014).

4.2 Makropropozicije

Analiza makropropozicij je pokazala, da je ključna ideja spletnih shujševalnih dnevnikov individualizacija odgovornosti za debelost, ali z drugimi besedami, da je posameznik izključno sam kriv, da je debel. Avtorji spletnih dnevnikov so torej vzroke za debelost pripisali izključno sebi. Tako je Maja Kepic pripisala krivdo za debelost posameznikom, ki jim je lažje, da so neaktivni, se pomiljujejo in samo nergajo:

Ugotovila sem, da je precej bolj udobno, če človek pomiluje sam sebe in svoje probleme, namesto da kaj ukrene in se s tem sooči. A ko se enkrat odloči za to drugo, težjo pot, je občutek res dober. Za nerganje mi preprosto zmanjkuje časa, seveda pa je tudi izguba dobrih desetih kilogramov pripomogla k temu, da se v svoji koži počutim že precej bolje kot na začetku (24. 4. 2014).

Druga ključna ideja spletnih shujševalnih dnevnikov je bila, da je vzrok za debelost v nezdravem življenjskem slogu, in sicer v slabih prehranjevalnih navadah in pomanjkanju fizične aktivnosti. Tako je 1234554321 zapisala:

Zdaj je pa res dovolj. Imam ogromno kg preveč ... Cilj: do maja shujšati 20 kg. [...] Spremeniti moram svoj nezdrav življenjski slog, odpraviti vzroke za debelost: slabe navade v prehranjevanju in telesna nedejavnost (2. 1. 2014).

Edino Katarina je poleg vedenjskih navedla tudi biološke vzroke za debelost. Njena ključna informacija je, da se je zredila zaradi hormonskih sprememb:

Decembra sem tudi prenehala z jemanjem kontracepcijskih tablet (po 6 letih neprekinjenega jemanja), kar krivim za vse pridobljene kilograme (in pa stresni hormon kortizol) (26. 5. 2015).

Zakaj imajo t. i. »debeli ljudje« po mnenju avtorjev spletnih dnevnikov slabe prehranjevalne navade? Vsi avtorji so na podlagi lastnega primera zaključili, da debeli ljudje prekomerno jedo nezdravo hrano zaradi čustvenega prenajedanja. Torej debeli ljudje jedo zaradi čustvenega stanja, nastalega zaradi različnih vzrokov, npr. izgube ljubljenih oseb, dolgčasa, stresa ter tudi veselja in druženja. Denis Živec je humorno opisal svoje čustveno prenajedanje v spletnem dnevniku z naslovom »Lepljivi prsti in luknja v srcu«:

Čustveno prenajedanje. [...] Ko gledam svoje kilograme danes, v njih vidim lepe in slabe dni. Vidim praznovanja, nepozabne večerje s prijatelji, vidim sproščene, prijetne večere, ki so sledili napornim delovnikom, potovanja, s katerih sem se vselej vrnil malce večji. Vidim tudi težke, stresne, žalostne dni. Dni, ko rešitve ni bilo na obzorju in se je hrana zdela kot prva primerna stvar, ki sem jo zatlačil v zevajočo luknjo v srcu. Takšno pač je življenje. Kot bonboniera. Včasih si preprosto vesel tega, kar te je pričakalo v njej. Včasih pa obsediš pred prazno škatlo, ter se z rvjavimi in lepljivimi prsti sekiraš o svojih napakah, ki jih tako ne moreš več popraviti (6. 3. 2015).

Zakaj so debeli ljudje po mnenju avtorjev premalo telesno dejavni? Avtorji spletnih dnevnikov menijo, da so ljudje premalo telesno dejavni, ker so leni. Vsi avtorji so v spletnem dnevniku zapisali, da so se premalo gibali, ker so bili leni. Tako je Denis Živec na koncu svojega 16. spletnega dnevnika zapisal, da se mu ne da gibati, npr. »Gibati se mi danes še ne da.« (18. 2. 2015).

4.3 Ključne besede

Analiza ključnih besed je pokazala, da so avtorji spletnih dnevnikov izrazito negativno poimenovali t. i. »debele ljudi«, čeprav so pri tem v bistvu opisali »starega« sebe. Za poimenovanje debelega človeka so uporabili besedo, ki ima izrazito negativno konotacijo in se običajno uporablja kot zmerljivka za debele otroke, tj. »bajsa«/»bajsi«. S takšnim negativnim poimenovanjem so ustvarili distanco do »starega« sebe, tj. do osebe, ki je (bila) debela, in se na ta način skušali motivirati za hujšanje. Na primer: Denis Živec je tako sebe označil že v naslovu »Bajsi s postaje Zoo« (19. 2. 2015).

Avtorji spletnih dnevnikov so predstavili debele ljudi kot zelo nezadovoljne s samim seboj. Tako je Katarina zapisala: »Bila sem zelo nesrečna, nezadovoljna in slabo sem se počutila v svojem telesu.« (24. 9. 2014); Denis Živec je napisal, da je bil »poln v nebo vpijočih kompleksov« (23. 2. 2015) in »obdan z avro sramote« (24. 2. 2015). Pisci spletnih dnevnikov so zapisali, da se je nezadovoljstvo z lastnim telesom najbolj kazalo takrat, ko so oblekli kopalke. Denis Živec je humorno zapisal, da si zaradi debelosti ni želel obleči kopalke, zato je bil na plaži raje »oblečen tako, kot da bo zdaj zdaj prišel Miklavž« (23. 2. 2015).

Ko so opisovali svojo staro identiteto, so uporabili moralni diskurz. Označili so se kot »požrešni« in »leni«, ki so najraje preživljali prosti čas na kavču pred televizorjem. Tako je Andrej M humorno označil »jaz + kavč + televizija smo po Peru Lovšinu”mi trije najboljši par” (9. 6. 2014)«. Tudi svoje prekrške so označili z moralnim diskurzom. Tako je Katarina zapisala, da je za praznike nenormalno veliko jedla in zato ima »moralnega mačka« (31. 12. 2014). 1234554321 je sebe označila kot osebo »s šibkim karakterjem« (15. 1. 2014), ker se ne more upreti hrani. Obljubili so, da nikoli več ne bodo tako debeli oz. se »tako zapustili«. Uporaba te besede konotira pomanjkanje discipline oz. nadzora nad svojo težo. Tako je Katarina zapisala »Ne bom si dovolila, da bi se še kdaj tako zapustila. Nikoli več se nočem tako počutiti, kot sem se takrat!« (24. 9. 2014).

Uporabili so tudi čustveni diskurz. Vsi so zapisali, da so označili svoje vedenje kot »čustveno prenajedanje«. Prekomerno so jedli, ker so želeli zapolniti »srčno praznino«, »srčno bolečino« in »luknjo v srcu«. Zato je ključni namen hujšanja »zapolniti praznino, ki jo čutim«, je zapisala Maja Kepic (8. 1. 2014). Tudi uporaba teh besed označuje, da debelim osebam nekaj manjka na čustveni ravni, da so nesrečni.

Ko so pisali o svojem starem življenjskem slogu ali načinu življenja, so vsi avtorji uporabljali pridevnik »nezdrav«, in ko so pisali o novem življenjskem slogu ali načinu življenja, so ga poimenovali kot »zdravega«. To implicira enačenje debelosti z nezdravjem oz. suhosti z zdravjem. Primer je že naslov bloga Maje Kepic »365 dni – 365 (nezamujenih) priložnosti za zdravo življenje«.

5 Razprava in sklep

Kako so avtorji slovenskih spletnih shujševalnih dnevnikov reprezentirali debelost? Raziskava je pokazala, da so jo reprezentirali v okviru dominantnega diskurza o debelosti: za debelost je kriv izključno posameznik, ki ima slabe oz. nezdrave prehranjevalne navade in je telesno neaktiven. Le ena avtorica je poudarila biološki vzrok za debelost. Drugih vzrokov, kot so okoljski in družbeno-ekonomski vzroki, avtorji dnevnikov niso navedli. Debele ljudi so reprezentirali z besedami, ki imajo izrazito negativni pomen, in uporabili moralni, npr. debeli ljudje so leni, in čustveni diskurz, npr. debeli ljudje so nesrečni. Reprezentirali so jih stereotipno kot »nezdrave«. To vzbuja skrb, da so okrepili družbeno stigmatizacijo debelosti in t. i. debelih ljudi (glej Goffman, 1963).

Avtorji so torej reproducirali dominantni diskurz, ki temelji na ideji neoliberalne ideologije, da je predvsem posameznik odgovoren za svoje zdravje, ki ga mora zagotoviti z rednim samonadzorovanjem in samodiscipliniranjem (Rail et al., 2010). Noben avtor ni uporabil diskurza, s katerim bi nasprotoval prevladujočemu.

Ko avtorji priznavajo, da so izgubili nadzor nad telesom, s strategijo samosramotenja ustvarjajo forum »javnega sramotenja«. Ko pa navajajo obljube o discipliniranju telesa, samo-nadzoru nad telesom in strogem kaznovanju vsakega odstopanja od cilja ter nasvete za nadzor telesa, ustvarjajo »upravljanje s sramotenjem« (Martin, 2000). Avtorji so najprej sramotili debelost, jo reprezentirali kot nekaj nenormalnega in nezdravega ter skušali na ta način sebe in bralce spodbuditi k hujšanju, nato so z obljubami in nasveti ponudili edini normalni način za zmanjšanje oz. premagovanje debelosti. Analizirani spletni dnevniki delujejo kot iskrene izpovedi in so zato skupaj z uporabo znanstvenega diskurza zelo prepričljivi. Spletni shujševalni dnevniki so dominantni diskurz o debelosti normalizirali v edino resnico o debelosti in tako postali ena od praks, ki spodbujajo delovanje bio-pedagogike o debelosti.

Karmen Erjavec, PhD

Online Weight-Loss Diaries on Obesity

In recent years, obesity has received a lot of public, media and academic attention. Interest in the "obesity epidemic" has been aroused by epidemiological, physiological and medical literature on obesity and their reinforcement by the media and educational, (public) health and fitness institutions. WHO has defined obesity as a disease and has recommended different methods to limit the "global obesity epidemic" (WHO, 2006). Many authors criticize the representation of obesity as a global epidemic problem and a key risk factor for various diseases (Campos et al., 2006; Gard and Wright, 2005). In the line of poststructuralist approach, obesity is, as a social construct, a concept forcibly materialized through time; not a simple scientific fact or the static

condition of a body, but a process, whereby regulatory norms materialize obesity and achieve this materialization through a forcible reiteration of those norms (Rail et al., 2010). The internet has become a key source of weight-loss advice and information, offering a number of free tools; e.g. calorie counters and body mass index calculators, plus various diets and exercise plans (Leggat-Cook and Chamberlain, 2012). It has encouraged online communities and forums focused on weight loss (Hvang et al., 2010). In recent years, weight-loss online diaries (Leggat-Cook and Chamberlain, 2012) published in online news media, blogs or forums, have become very popular. Despite the popularity, little research has been devoted to this area. Therefore, we tried to determine how Slovenian weight-loss online diaries represent obesity, by analyzing the four Slovenian weight-loss online diaries, published in online news sites, blogs and forums from 1 January 2014 to 1 July 2015. As stated, online diaries posted in online news sites and blogs have become familiar and popular. They may be seen as upholding a long tradition in self-representational writing even as new information and communication technology modify the form of such texts. According to Serfaty (2004), online diaries are published in chronological order and focus on the thoughts and emotions of authors and recount anecdotes from daily life. Leggat-Cook and Chamberlain (2012) explored ten weight-loss blogs and discovered that the weight-loss blogosphere is an important arena for documenting, story-telling and discussion. Bloggers write about daily successes and failures, report calories consumption and exercise output, and post photos of their bodies' transformation. Bloggers openly court the surveillance of their blogs as a motivation for accountability regarding weight-loss goals. Rail and colleagues (2010) argue that the dominant discourse on obesity offers a mechanistic view of the body and focuses on the presumed relationship between inactivity, poor diet, obesity, and health. Obesity is presented in moral and economic terms. Obese people are presented as lazy, without discipline, expensive for the healthcare system; the ones who should be controlled (i.e. disciplined) and submitted to expert investigation (Monaghan, 2008). Various online search engines were used to identify four weight-loss online diaries, published in Slovenian online news sites (1), blogs (2) and forums (1) from January 1, 2014 to July 15, 2015. We conducted a critical discourse analysis that is useful in revealing the elements of discourse (Fairclough, 1995) on three levels: (a) an analysis of the strategies, (b) macro-propositions and (c) key words. The first textual analysis was the analysis of strategies used by authors of weight-loss online diaries. The term "strategy" generally refers to a more-or-less accurate and intentional plan of practices (including discursive practices), adopted to achieve a particular social, political, psychological, or linguistic aim (Wodak, 2003, p. 139). The second analysis was that of inclusion or exclusion of global meanings of obesity. According to Van Dijk (1980), the macro-analysis of textual meanings begins with an analysis of macro-propositions. The analysis of key words was performed to determine which terms were most important in representing obesity. One of the key strategies in representing obesity was ridiculing. Authors of online diaries made fun of themselves, using this strategy when describing their old "fat" identity and the various deviations from the weight-loss plans. By using humor, authors mocked themselves in a fascinating way to attract readers and

achieve their sympathy and solidarity. The typical characteristic of the analyzed online diaries was the representation of disciplining the body. The authors promised themselves to follow bodily disciplines to achieve their weight-loss goals; i.e. more exercising and more extreme dieting or even fasting, especially when they have not been following their weight-loss plans. They have constructed the meaning that obesity must be fought by disciplining the body and that any deviation from the weight-loss plan requires the penalty of harder discipline technique. The authors of weight-loss diaries publish advice on how to lose weight, change a diet and achieve the proper shape or good look. They have written of their own experiences and quoted scientific evidence, insisting that their advice must be followed by readers if they want to lose weight. Analysis of macro-propositions showed that the key idea of weight-loss online diaries was that individuals alone are responsible for their obesity. Another idea was that an unhealthy lifestyle is primarily responsible for obesity: particularly lack of exercise and bad eating habits. The most significant element in the construction of obesity was "being physically inactive." Being physically inactive as not participating in organized or non-organized physical activities, exercises, and sports. Only one author included a biological cause for obesity - hormonal changes. Why do obese people have bad eating habits? All of the authors have claimed that "emotional over-eating" caused their bad eating habits. They ate poorly primarily to suppress or soothe the negative emotions, such as fear, anger, boredom, stress, sadness. Why are obese people physically inactive? The key answer of the authors was because they are lazy. All four of the authors wrote in their online diaries that they did not exercise because they were lazy. Analysis of key words showed that the authors of weight-loss online diaries refer to so-called "obese people" using various words with negative connotations. They used insulting expressions like "chubby" or "fat". The authors of online diaries represented obese people as very unhappy and unsatisfied with themselves. They wrote that they became unsatisfied with their bodies when compared to skinnier people. When describing their own identities, which were mainly characterized by obesity, they used the moral discourse, labeling themselves as "greedy" and "lazy", and markers of sedentary lifestyles like watching TV and sitting in front of a computer. They promised themselves and their readers that they would never be so fat again. They used emotional discourse, all of them declaring that they were engaged in "emotional eating." They ate excessively because they wanted to fill the "void in the heart," "heartache" and "hole in the heart." How did the authors of weight-loss online diaries represent obesity? Research has shown that they represented it in a framework of the dominant obesity discourse, in which the individual is primarily responsible for his or her own lifestyle, and therefore obesity is caused by inactivity and poor diet. Only one author mentioned a biological cause for obesity. This type of representation leads to the construction of obesity as a personal failure in character, blaming the individual who fails to lose enough weight or live up to their goals regarding their weight. It neglects socio-cultural and environmental factors that affect health and that reinforce the unequal distribution of health-related resources (Rail et al., 2010).

Obese people were represented by the use of very negative words along with a moral burden: for example, obese people are lazy. They engaged in emotional discourse:

e.g. obese people are unhappy. They have also been stereotyped as being “unhealthy”. The discursive positioning of weight-loss online diaries reproduces the dominant obesity discourse. The dominant discourse on the “epidemic of obesity” is a major part of the discourse of the authors of weight-loss online diaries. They use stock phrases that are generated by and circulate in the dominant obesity discourse. There is no evidence of resistance and “fat activism”. The analyzed discourse is in line with the dominant neo-liberal discourse rendering individuals responsible for their health, placing them under constant surveillance, and pressing them towards monitoring themselves (Rail et al., 2010). As the authors of weight-loss online diaries admitted that they have lost control over their bodies, the strategy of self-shaming has created a forum of public shame. When they promised to discipline their bodies, increase self-control, strictly punish any deviation from the weight-loss plan and additionally offered advice on how to control the body, they have constructed the “shame management” (Martin, 2000). The analyzed weight-loss online diaries function as honest confessions, and together with scientific discourse reproduce the dominant obesity discourse as the only “normal” one, the truth about obesity and weight loss. This raises concerns that weight-loss online diaries can be yet another technology for self-surveillance, contributing to the stigmatization of obese people (Goffman, 1963).

LITERATURA

1. AndrejM (2014). Nisem predebel, sem samo prenizek za svojo telesno maso. Pridobljeno dne 15. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://andrejm.blog.drugisvet.com/2014/06/09/nisem-predebel-sem-samo-prenizek-za-mojo-telesno-maso/?replytocom=1980>.
2. Burrows, L. and Wright, J. (2004). The discursive production of childhood, identity and health. V: Evans, J., Davies, B. and Wright, J. (ur.). *Body Knowledge and Control*. London: Routledge, str. 83–95.
3. Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E. and Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *International Journal of Epidemiology*, 35, No. 1, pp. 55–60.
4. Fairclough, N. (1995). *Critical Discourse Analysis*. London: Longman.
5. Farrell, S. W., Braun, L., Barlow, C. E., Cheng, Y. J. and Blair, S. N. (2002). The relation of body mass index, cardiorespiratory fitness, and all-cause mortality in women. *Obesity Research*, 10, No. 6, pp. 417–423.
6. Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F. and Gail, M. H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA*, 293, No. 15, pp. 1861–1867.
7. Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality*. Harmondsworth: Penguin Books.
8. Foucault, M. (1979). *Discipline and Punish*. New York: Vintage.
9. Gard, M. and Wright, J. (2005). *The Obesity Epidemic*. London: Routledge.
10. Gaesser, G. A. (2003b). Weight, weight loss, and health: A closer look at the evidence. *Healthy Weight Journal*, 17, No. 1, pp. 8–11.
11. Gilman, S. (2008). *Fat: A Cultural History of Obesity*. Cambridge: Polity Press.
12. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
13. Harwood, V. (2009) Theorizing biopedagogies. In: Wright, J. and Harwood, V. (ur.). *Biopolitics and the ‘Obesity Epidemic’*. London: Routledge, pp. 15–30.

14. Hwang, K., Ottenbacher, A., Green, A., Cannon-Diehl, M., Richardson, O., Bernstam, E. and Thomas, E. J. (2010). Social support in an Internet weight loss community. *International Journal of Medical Informatics*, 79, No. 1, pp. 5–13.
15. Janes, L. and Olson, J. (2000). Jeer pressure: The behavioral effects of observing ridicule of others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, No. 4, pp. 474–485.
16. Karlsson, L. (2007). Desperately seeking sameness. *Feminist Media Studies*, 7, No. 2, pp. 137–153.
17. Katarina (2014). Fitnes-moj način prehranjevanja. Pridobljeno dne 15. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://thebeautylawblog.blogspot.com/2014/07/fitnes-moj-nacin-prehranjevanja.html#more>.
18. Katarina (2015). Sugarfree »junk«. Pridobljeno dne 15. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://thebeautylawblog.blogspot.com/2015/03/sugarfree-junk.html>.
19. Katarina (2014). Bučno-čokoladna pita. Pridobljeno dne 15. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://thebeautylawblog.blogspot.com/2014/12/bucno-cokoladna-pita-ft-fit-happy-and.html>.
20. Katarina (2014). Daš-dobiš. Pridobljeno dne 15. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://thebeautylawblog.blogspot.com/2014/09/das-dobis.html#more>.
21. Katarina (2015). Dnevnik hujšanja. Pridobljeno dne 16. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://thebeautylawblog.blogspot.com/2015/05/dnevnik-hujsanja-1.html>.
22. Kopic, M. (2014). Pojem »bluz«. Pridobljeno dne 13. 7. 2015 s svetovnega spleta: http://365dni365priloznosti.blogspot.com/2014_02_01_archive.html.
23. Kopic, M. (2014). Vsak začetek je težak. Pridobljeno dne 13. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://365dni365priloznosti.blogspot.com/2014/01/1-dan-vsak-zacetek-je-tezak.html>.
24. Kopic, M. (2014). Hujšanje s pomočjo bloga? Deluje! Pridobljeno dne 16. 7. 2015 s svetovnega spleta: <https://privoscite.si/novice/13/hujsanje-s-pomocjo-bloga-deluje/>.
25. Leggat-Cook, C. and Chamberlain, K. (2012). Blogging for weight loss: personal accountability, writing selves, and the weight-loss blogosphere. *Sociology of Health & Illness*, 34, No. 7, pp. 963–977.
26. Lopez, L. (2009). The radical act of »mommy blogging«. *New Media & Society*, 11, No. 4, pp. 729–747.
27. Martin, D. (2000) Organizational approaches to shame: avowal, management, and contestation. *The Sociological Quarterly*, 41, No. 2, pp. 125–50.
28. Mark, D. (2005). Deaths attributable to obesity. *JAMA*, 293, No. 15, pp. 1918–1919.
29. Monaghan, L. F. (2008). Men, physical activity, and the obesity discourse. *Sociology of Sport Journal*, 25, No. 1, pp. 97–129.
30. Oliver, J. E. (2006). The politics of pathology: How obesity became an epidemic disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49, No. 4, pp. 611–627.
31. Rail, G., Holmes, D. and Murray, S. (2010). The politics of evidence on »domestic terrorists«. *Social Theory and Health*, 8, No. 3, pp. 259–279.
32. Rich, E. and Evans, J. (2005). Fat ethics: The obesity discourse and body politics. *Social Theory and Health*, 3, No. 4, pp. 341–358.
33. Serfaty, V. (2004). Online diaries: towards a structural approach. *Journal of American Studies*, 38, No. 3, pp. 457–471.
34. Tsai, A. and Wadden, T. (2005). Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 142, No. 1, pp. 56–66.
35. Van Dijk, T. A. (1980). *Macrostructures*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
36. Van Dijk, T. A. (1988). *News as Discourse*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
37. Wodak, R. (2003). Populist Discourses. *Document Design*, 4, No. 2, pp. 132–148.
38. WHO (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization.
39. World Health Organization (2004). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Pridobljeno dne 8. 7. 2015 s svetovnega spleta: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/index.html.

40. WHO (2006). Obesity and Overweight. Pridobljeno dne 8. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311>.
41. Wright, J. and Burrows, L. (2006). Re-conceiving ability in physical education: A social analysis. *Sport, Education and Society*, 11, No. 1, pp. 275–291.
42. Wright, J. and Harwood, V. (ur.) (2009). *Biopolitics and the »Obesity Epidemic«*. New York: Routledge.
43. Živec, D. (2015). Slovo od pohanega. Pridobljeno dne 13. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.vecer.com/clanek/201502176096362>.
44. Živec, D. (2015). Raztelesenje na tehnici. Pridobljeno dne 16. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.vecer.com/clanek/201502186096721>.
45. Živec, D. (2015). Lepljivi prsti in luknja v srcu. Pridobljeno dne 15. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.vecer.com/clanek/201503066100732>.
46. Živec, D. (2015). Bajsi s postaje Zoo. Pridobljeno dne 15. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.vecer.com/clanek/201502196096947>.
47. Živec, D. (2015). Vrata v mračni svet trgovskih slačilnic. Pridobljeno dne 15. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.vecer.com/clanek/201502236097779>.
48. Živec, D. (2015). Fitnes fiasko. Pridobljeno dne 15. 7. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.vecer.com/clanek/201502246098094>.
49. 1234554321 (2014). 2. 1. 2014 začnem, kdo se mi pridruži? Pridobljeno dne 16. 7. 2015 s svetovnega spleta: http://medovernet56.rssing.com/chan-26821533/all_p6.html.

Odnos študentov do umetne prekinitev nosečnosti: vloga socialno-demografskih dejavnikov

Znanstveni članek

UDK 618.39-085:2

618.3.39-074+2:378

KLJUČNE BESEDE: umetna prekinitev nosečnosti, vera, družba, študentje

POVZETEK - V Sloveniji je splav dovoljen do desete tedna nosečnosti na pobudo ženske, potem pa splav lahko dovoli le posebna komisija. Cilj pričujoče raziskave je bil ugotoviti odnos študentov do umetne prekinitev nosečnosti. V raziskavi je sodelovalo 317 študentov Zdravstvene fakultete v Ljubljani. S statističnim programom SPSS 17.0 za Windows so bile izračunane frekvence in koeficient kontingence. Ugotovljeno je bilo, da verni študentje ne odobravajo umetne prekinitev nosečnosti ($p = ,003$), prav tako je za njih pomemben odnos okolja do umetne prekinitev nosečnosti ($p = ,005$) ter nasprotujejo umetni prekinitvi nosečnosti v drugem trimesečju nosečnosti ($p = ,003$). Prav tako je za verne študente značilno, da se strinjajo, da lahko ima umetna prekinitev nosečnosti psihične in fizične posledice na zdravju žensk ($p = ,046$). Rezultati kažejo, da so študentje, ki niso verni, bolj naklonjeni umetni prekinitvi nosečnosti. Na osnovi dobljenih podatkov je moč zaključiti, da ima vera pomemben vpliv na odnos posameznika do umetne prekinitev nosečnosti.

Scientific article

UDC UDK 618.39-085:2

618.3.39-074+2:378

KEY WORDS: artificial pregnancy termination, religion, society, students

ABSTRACT - In Slovenia, permission for performing abortion is limited to the tenth week of pregnancy on the initiative of women, after that time, abortion can only be authorized by a special commission. The aim of this study was to determine the attitude of students towards abortion. The study involved 317 students of the Faculty of Health Sciences Ljubljana. The statistical program SPSS 17.0 for Windows was used to calculate frequencies and the contingency coefficient. The results show that religious students do not approve of abortion ($p = ,003$), to them the attitude of environment towards abortion is also important ($p = ,005$) and they do not approve of abortion in the second trimester of pregnancy ($p = ,003$). The religious students also typically agree that an abortion can have psychological and physical effects on women's health ($p = ,046$), however, the atheist students are definitely more in favor of the abortion. Based on the data obtained it can be concluded that religion has an important influence on the individual's attitude towards abortion.

1 Uvod

Vsaka nosečnost ni načrtovana. Nenačrtovana nosečnost je zato lahko tudi neželela, tako je umetna prekinitev nosečnosti odgovor nanjo. Umetna prekinitev nosečnosti je žal še vedno pogosta kljub veliki izbiri kontracepcije. Nosečnice se odločijo za umetno prekinitev nosečnosti iz različnih razlogov. Pomemben problem je pomanjkanje znanja glede izbire prave kontracepcije, zato morajo zdravstveni delavci ženski pri tem pomagati, saj s tem preprečijo marsikatero umetno prekinitev nosečnice (Krajnc in Damiš, 2013). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije vsako leto zanosi približno 210 milijonov žensk po svetu, od tega se 22 % nosečnosti konča z umetno

prekinitvijo nosečnosti (Pinter, 2004). V Sloveniji je splav dovoljen do desetega tedna nosečnosti, potem pa ga lahko dovoli le posebna komisija. Stroški izvedbe se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Leta 2010 je bilo v Sloveniji po podatkih Inštituta za varovanje zdravja opravljenih nekaj več kot 4.300 splavov, od tega 8 % po desetem tednu nosečnosti. Število splavov na 1.000 žensk v rodni dobi od leta 1982 v Sloveniji upada, zadnja maternalna smrt kot posledica dovoljenega splava pa je bila zabeležena leta 1986 (Razpotnik, 2012).

Umetna prekinitvev nosečnosti je odstranitev zarodka oz. plodu iz maternice, preden je ta sposoben samostojnega preživetja izven nje (Ljubič, Pavić, Pavlović, Fleišman in Plazar, 2012). Je edino sredstvo za preprečitev rojstva po spočetju (Maček, 2004). Večina umetnih prekinitvev nosečnosti se opravi v prvih 12-ih tednih nosečnosti (ACOG, 2011). Umetna prekinitvev nosečnosti je medicinski poseg, ki se v Sloveniji do 10. tedna nosečnosti opravi na zahtevo nosečnice (Furjan, 2009).

1.1 Razlogi za umetno prekinitvev nosečnosti

Razloge, zakaj se ženske zatekajo k splavu, lahko delimo na naslednje kategorije: razlogi, osredotočeni na žensko, materialni in drugi razlogi (Kirkman, Rowe, Hardiman Mallett, and Rosenthal, 2009). Razlogi, osredotočeni na žensko, so neprimeren čas za nosečnost, kar pomeni, da si ženska lahko želi otroka, ima pa občutek, da ni pripravljena na materinstvo; ne želi prekiniti izobraževanja; dela ali pa so v ospredju drugi življenjski načrti; ne želi invalidnega otroka; jo je strah poroda; je mladoletna; ne želi več otrok, je prestara, da bi še imela otroka (Kirkman et al., 2009; Ljubič in sod., 2012). Materialni razlogi so povezani s finančno in stanovanjsko stisko. Med druge razloge pa spada odločitev ženske za umetno prekinitvev nosečnosti zaradi vpliva drugih oseb, kot sta otrokov oče ali drugi otrok, prisotno nasilje in spolne zlorabe (Kirkman et al., 2009; Ljubič in sod., 2012).

1.2 Tehnike umetne prekinitvev nosečnosti

Umetna prekinitvev nosečnosti se lahko opravi kirurško, z zdravili (medikamentozni splav) in kombinirano. Pred posegom je potreben ginekološki pregled, zaželeno je tudi ultrazvočna preiskava, da se ugotovi trajanje nosečnosti in izključi morebitna izvenmaternična nosečnost (Borko in Žebeljan, 2006).

Kirurška prekinitvev nosečnosti je fizična odstranitev plodu iz maternice. Postopek se določi glede na trajanje nosečnosti (Royal, 2008). V prvem trimesečju se za prekinitvev nosečnosti uporabljajo vakuumska aspiracija ter dilatacija in kiretaža (Blakrishnan, 2010). V drugem trimesečju se za prekinitvev nosečnosti uporablja metoda dilatacije in evakuacije, ki se izvaja po vsem svetu (Ben-Ami, Stern, Vaknin, Smorgick, Schneider and Halperin, 2014). Povezana je z večjim številom zapletov, zato je zaželeno, da take posege opravljajo samo izkušeni ginekologi, in to izključno v bolnišnici (Borko in Žebeljan, 2006). Postopek je podoben dilataciji in kiretaži, vendar je treba maternični vrat bolj razširiti in uporabiti večjo sesalno cevko, saj je treba iz maternice izsesati več vsebine (Gordon and Sherk, 2015). Medikamentozna prekinitvev nosečnosti se izvaja z uporabo zdravil. Čeprav je veliko različnih zdravil, ki so bila uporabljena samostoj-

no ali v kombinaciji, je bila najučinkovitejša najpogosteje uporabljena kombinacija mifepristona in misopristola. WHO priporoča kombinacijo zdravil z začetnim odmerkom mifepristona, ki mu sledi misopristol 36 do 48 ur kasneje (Ngo, Hae Park, Shakur and Free, 2011). Mifepriston v kombinaciji z misopristolom je zelo učinkovita (98 %) in varna metoda prekinitve nosečnosti v prvem trimesečju (Kapamadžija, Vukelić, Bjelica and Kopitović, 2010).

1.3 Zapleti pri umetni prekinitvi nosečnosti

Možni zapleti pri umetni prekinitvi nosečnosti, zaradi katerih se mora ženska naročiti na pregled, so: vaginalna krvavitev; hude bolečine v trebuhu in bolečina v medenici, ki kljub priporočenemu odmerku analgetika ne popusti; povišana telesna temperatura nad 38° C, ki traja več kot 4 ure; slabost; bruhanje in/ali driska več kot 24 ur po prejemu misopristola (Hawkins, Stanley-Haney and Roberto-Nichols, 2012).

Borko in Žebeljan (2006) delita zaplete na zgodnje in pozne. Neposredni zgodnji zapleti nastanejo med posegom ali do tri ure po njem. Gre za poškodbe, kot so zatrganine/laceracija cerviksa, predrtje/perforacija uterusa in poškodbe drugih organov, močnejše krvavitve in zapleti z anestezijo. Zakasneli zgodnji zapleti se pojavijo od tretje ure po posegu do prve menstruacije, ki sledi umetni prekinitvi nosečnosti. Najpogostejše so krvavitve, vnetja in tromboza spodnjih okončin, zaradi občutka krivde pa se pojavijo tudi psihične težave.

Pozni ali kasni zapleti se pojavijo kasneje, med naslednjo nosečnostjo (spontani splav) ali porodom (prezgodnji porod, nizka porodna teža); prisotne so lahko tudi razne psihične težave. Po prekinitvi nosečnosti lahko pride do senzibilizacije Rh D negativnih nosečnic, zato se mora v 72 urah po umetni prekinitvi nosečnosti Rh D negativnim pacientkam aplicirati intramuskularno anti Rh D gama IgG (Rhesonativ) (Borko in Žebeljan, 2006).

1.4 Pravna ureditev umetne prekinitve nosečnosti v Sloveniji

V Sloveniji je umetna prekinitve nosečnosti dovoljena. To določa 55. člen Ustave Republike Slovenije, v katerem je navedeno, da je odločanje o rojstvu otrok svobodno. Država zagotavlja možnosti za uresničevanje te svoboščine in ustvarja razmere, ki omogočajo staršem, da se svobodno odločajo o rojstvu svojih otrok (55. člen, Uradni list RS 33/91). Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP) v 1. členu navaja, da ima človek pravico svobodno odločati o rojstvu otrok. V 3. členu ZZUUP določa zdravstvene ukrepe, s katerimi se po tem zakonu uravnava rojstvo otrok, preprečevanje zanositve, umetna prekinitve nosečnosti ter ugotavljanje in zdravljenje zmanjšane plodnosti (Uradni list RS 11/77). V omenjenem zakonu je napisano, da je umetna prekinitve nosečnosti medicinski poseg, ki se opravi na zahtevo nosečnice, če nosečnost ne traja več kot deset tednov (17. člen, Uradni list RS 11/77). Če nosečnost traja več kot deset tednov, se umetna prekinitve nosečnosti lahko opravi na zahtevo nosečnice le, če je nevarnost posega za življenje in zdravje nosečnice ter za njena bodoča materinstva manjša od nevarnosti, ki grozi nosečnici ali otroku zaradi nadaljevanja nosečnosti in zaradi poroda (18. člen, Uradni list RS 11/77).

Postopek za umetno prekinitev nosečnosti po desetem tednu nosečnosti vodita in o zahtevi nosečnice odločata komisiji prve in druge stopnje za umetno prekinitev nosečnosti (19. člen, Uradni list RS 11/77). Komisijo prve stopnje sestavljajo socialni delavec in dva zdravnika. Eden od zdravnikov mora biti specialist za ženske bolezni in porodništvo; ta je tudi predsednik komisije. Komisijo druge stopnje sestavljajo socialni delavec in trije zdravniki ustreznih specialnosti, od katerih je predsednik komisije specialist za ženske bolezni in porodništvo (20. člen, Uradni list RS 11/77). Če komisija meni, da za umetno prekinitev nosečnosti niso izpolnjeni pogoji po 18. členu tega zakonika, zavrne zahtevo za umetno prekinitev nosečnosti. V tem primeru lahko nosečnica predlaga, da o njeni zahtevi odloči komisija druge stopnje. Ta mora o tem odločiti v sedmih dneh (18. člen in 25. člen, Uradni list RS 11/77). Če je nosečnica nerazsodna, zahtevajo umetno prekinitev nosečnosti njeni starši ali skrbnik. »Če zahteva umetno prekinitev nosečnosti mladoletna nosečnica, praviloma obvesti zdravstvena organizacija, ki opravlja umetno prekinitev nosečnosti, o posegu starše oziroma skrbnika, razen če je nosečnica pred polnoletnostjo pridobila popolno poslovno sposobnost« (22. člen, Uradni list RS 11/77).

Medicinska sestra je odgovorna za naročanje žensk na umetno prekinitev nosečnosti in mora biti seznanjena z vsemi načini prekinitve nosečnosti, ki so v danem trenutku na voljo. Po pogovoru ženske z ginekologom medicinska sestra na kratko ponovi protokol izvedbe umetne prekinitve nosečnosti, vendar pri tem ne izraža svojega mnenja; ženski le svetuje pri pravilni izbiri vrste posega, seznanjeni jo z možnimi zapleti in posledicami, ki jih prinaša določen postopek, s trajanjem posega in z nadaljnjimi kontrolnimi pregledi (Jakopič in Kostoski, 2010).

Pred umetno prekinitvijo nosečnosti mora imeti vsaka ženska potrjeno višino nosečnosti z ultrazvočnim izvidom, ki je lahko star največ štiri dni. Pacientka ne sme biti slabokrvna, zato se preveri njen hemogramski izvid; vrednost hemoglobina mora biti višja od 90 g/l. Če je vstavljen maternični vložek, ga je treba pred postopkom odstraniti (Jakopič in Kostoski, 2010).

Umetna prekinitev nosečnosti je še vedno pogosta kljub veliki izbiri kontracepcije. Nosečnice se zanjo odločijo iz različnih razlogov. Problem je pomanjkanje znanja glede izbire kontracepcije, zato morajo zdravstveni delavci ženski pomagati pri tem, saj le tako lahko preprečijo marsikatero umetno prekinitev nosečnosti (Krajnc in Damiš, 2013). V kontekstu družbenih in kulturnih faktorjev smo ugotovili, da je razlika v odnosu posameznika do umetne prekinitve nosečnosti večinoma povezana z izobrazbo, odnosi med spoloma, vero oz. prepričanji in motivacijo, da imajo otroke (Wang and Buffalo, 2004). Cilj pričujoče raziskave je bil ugotoviti odnos študentov Zdravstvene fakultete do umetne prekinitve nosečnosti. Z raziskavo smo želeli odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Kakšen odnos imajo študentje do umetne prekinitve nosečnosti - jo odobravajo ali zavračajo?
- Ali bi se študentke odločile za umetno prekinitev nosečnosti?
- Ali na odločitev za umetno prekinitev nosečnosti vplivajo smer in letnik študija, spol, starost, kraj bivanja in veroizpoved.

2 Metode dela

Raziskava je potekala na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani v oktobru in novembru 2014. Vključeni so bili študentje zdravstvene nege, delovne terapije, babištva in fizioterapije. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno in anonimno. Podatke smo pridobili s pomočjo delno strukturiranega anketnega vprašalnika. Vprašalnik je bil pripravljen na osnovi pregleda literature in je vseboval 11 vprašanj zaprtega tipa. V raziskavo je bilo vključenih 356 študentov Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Ker 39 anket ni bilo pravilno izpolnjenih, smo jih izključili. V analizo podatkov je bilo tako vključenih 317 pravilno izpolnjenih anket.

Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS 17.0 za Windows. Izračunane so bile frekvence in kontingenčne tabele (Crosstabs). Verjetnost povezave med spremenljivkami je bila testirana s koeficientom kontingence na ravni 5 % tveganja.

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 317 študentov Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Socialno demografski podatki so prikazani v tabeli 1. V raziskavi ni bilo ugotovljenih statistično značilnih razlik glede na starost, spol, kraj bivanja, letnik in smer študija.

Tabela 1: Opis vzorca

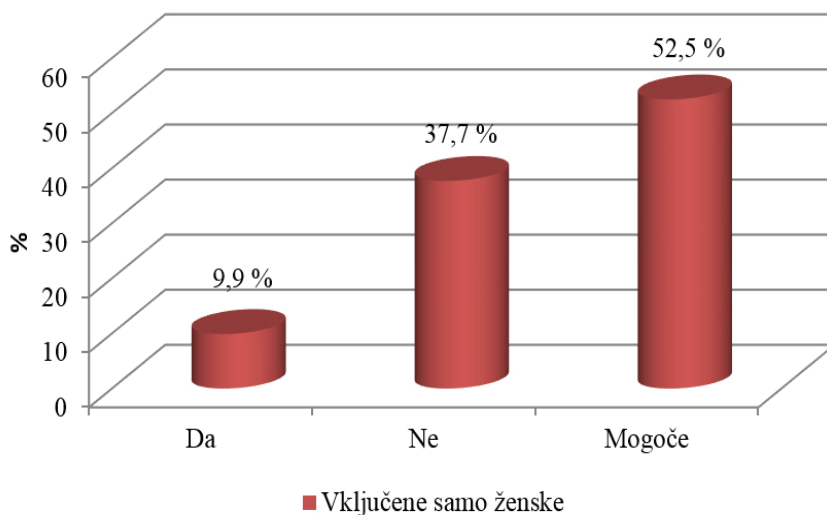
<i>Socialno demografske spremenljivke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Starost</i>		
19 let	144	45,4
20 let	66	20,8
21 let	65	20,5
22 let in več	42	13,2
<i>Spol</i>		
Ženski	284	89,6
Moški	33	10,4
<i>Kraj bivanja</i>		
Mesto	121	38,2
Vas	196	61,8
<i>Letnik študija</i>		
Prvi	159	50,2
Drugi	64	20,2
Tretji	94	29,7
<i>Smer študija</i>		
Zdravstvena nega	141	44,5
Delovna terapija	113	35,6
Babištvo	24	7,6
Fizioterapija	39	12,3

Vera		
Katoliška	243	76,7
Pravoslavna	5	1,6
Islam	15	4,7
Ateist	54	17

V raziskavi je sodelovalo 144 študentov, starih 19 let, 66 študentov, starih 20 let, in 65 študentov, starih 21 let. Med njimi je bilo 284 študentk in 33 študentov. 121 študentov biva v mestu, ostalih 196 biva na vasi (Tabela 1). Ugotovljeno je bilo, da na vasi statistično značilno živi največji delež študentov katoliške vere (71,6 %), v mestu pa je največji delež študentov, ki niso verni (63 %) ($CC = ,359$; $p < 0.001$). V raziskavi je sodelovalo 159 študentov prvega, 64 drugega in 94 tretjega letnika. Največ je bilo študentov zdravstvene nege (141) in delovne terapije (113). Večina študentov (243) je katoliške vere, 54 se jih je opredelilo kot ateisti.

Med anketiranimi študentkami se jih dobra tretjina ne bi odločila za umetno prekinitve nosečnosti; 149 študentk bi se morda odločilo za umetno prekinitve nosečnosti, medtem ko 107 študentk ne bi naredilo umetne prekinitve nosečnosti (graf 1). Ugotovljeno je bilo, da bi se statistično značilno za umetno prekinitve nosečnosti odločile študentke, ki niso verne ($CC = ,254$; $p = ,003$).

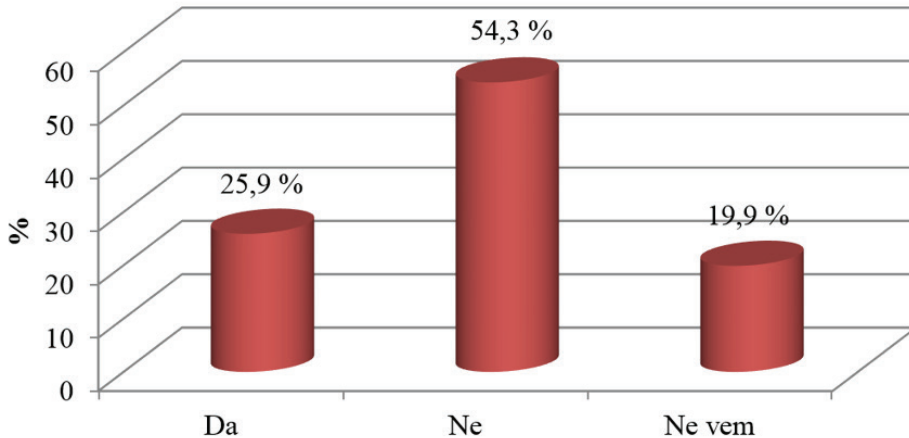
Graf 1: Odločitev za umetno prekinitve nosečnosti



Odnos okolja do umetne prekinitve nosečnosti ni pomemben 172 študentom, 82 študentom pa je pomembno, kakšno je mnenje okolice do umetne prekinitve nosečnosti (graf 2). Statistično značilno je odnos okolja pomemben za študente pravoslavne

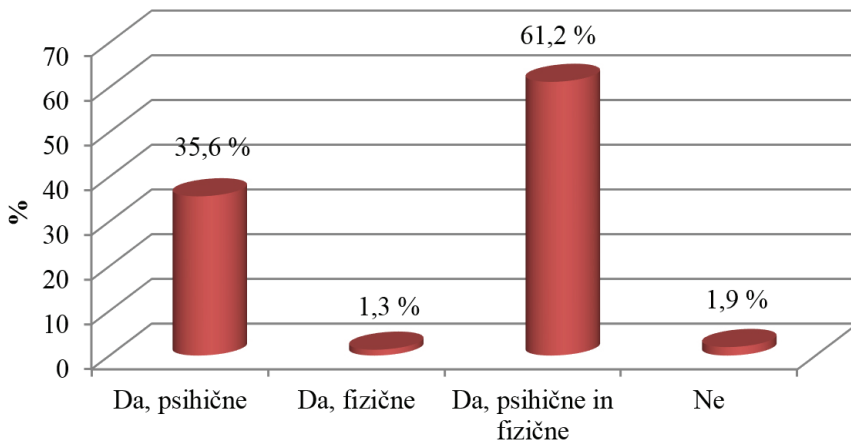
(40 %) in katoliške vere (30 %), medtem ko je najmanj pomemben študentom, ki niso verni (11,1 %) (CC = ,235; p = ,005).

Graf 2: Pomembnost odnosa okolja do umetne prekinitve nosečnosti



Umetne prekinitve nosečnosti v drugem trimesečju ne odobrava 229 študentov, medtem ko jo odobrava 35 študentov. Ugotovljene so statistično značilne razlike v odobranju umetne prekinitve nosečnosti v drugem trimesečju glede na veroizpoved. Statistično značilno polovica vernih in polovica nevernih študentov temu nasprotuje, medtem ko je največji delež študentov, ki odobrava umetno prekinitvev nosečnosti v drugem trimesečju nevernih (CC = ,241; p = ,003).

Graf 3: Posledice umetne prekinitve nosečnosti za zdrave ženske



Da umetna prekinitvev nosečnosti pusti psihične in fizične posledice, se strinja 194 študentov, da pusti samo psihične težave, meni 113 študentov (graf 3). Ugotovljene so statistično značilne razlike v mnenju o posledicah umetne prekinitve nosečnosti za zdravje ženske glede na veroizpoved. Da ima umetna prekinitvev nosečnosti tako psihične kot fizične posledice za zdravje žensk, statistično značilno meni največji de-

lež študentov islamske vere (80 %), da ima samo psihične posledice, značilno meni 37,9 % študentov krščanske vere in 29,6 % nevernih študentov ($CC = ,227$; $p = ,046$).

Tabela 2 prikazuje razloge odločitve za umetno prekinitev nosečnosti, pri čemer minimalna vrednost 1 pomeni najbolj pomemben razlog in vrednost 6 najmanj pomemben razlog. Študentje so na prvo mesto ($M = 1,16$) med razlogi odločitve za umetno prekinitev nosečnosti postavili zdravje matere, na drugo mesto ($M = 1,37$) okvaro zarodka, na tretje mesto ($M = 2,09$), če otroka ne bi mogli preživljati, na četrto mesto ($M = 2,96$), če bi jih prisilili drugi, na peto mesto ($M = 3,58$), če bi že imeli otroka. Študentje so za najmanj pomemben razlog ($M = 3,67$) za umetno prekinitev nosečnosti navedli razlog, če ne bi bili poročeni. 93 študentov se v nobenem primeru ne bi odločilo za umetno prekinitev nosečnosti.

Tabela 2: Razlogi pri odločitvi za umetno prekinitev nosečnosti

<i>Odločitev oz. svetovanje partnerki za abortus</i>	<i>Frekvenca n (%)</i>	<i>Minimalna vrednost</i>	<i>Maksimalna vrednost</i>	<i>Srednja vrednost (M)</i>	<i>Standardni odklon</i>
Če bi bilo zdravje ženske ogroženo zaradi nosečnosti	116 (36,6)	1	6	1,16	1,01
Če bi imel zarodek okvaro	97 (30,6)	1	6	1,37	1,19
Če ne bi mogel/-a otroka preživljati	126 (39,7)	1	6	2,09	1,55
Če bi me v to prisilili drugi	91 (28,7)	1	6	2,96	1,19
Če bi že imel/-a otroka	97 (30,6)	1	6	3,58	2,42
Če ne bi bil/-a poročen/-a	93 (29,3)	1	6	3,67	2,48

4 Razprava

V raziskavi, ki smo jo opravili na Zdravstveni fakulteti, je bilo največ anketiranih študentov iz smeri zdravstvene nege, kar ne preseneča, saj je ta oddelek največji. V vzorcu so prevladovale študentke. Polovica študentov je bila v prvem letniku študija. Med anketiranimi študentkami se jih dobra tretjina ne bi odločila za umetno prekinitev nosečnosti. Pričujoča študija ugotavlja, da so umetni prekinitvi nosečnosti naklonjene študentke, ki so se opredelile za neverne. Misra in Hohman (2000) ugotavljajta, da je pogostost obiskovanja verskih obredov najmočnejši napovedovalec odklonilnega odnosa do splava, saj se vera ne strinja z umetno prekinitvijo nosečnosti. Prav tako ugotavljamo, da tri četrtine študentov ne odobrava umetne prekinitve nosečnosti v drugem trimesečju. V švedski raziskavi, ki je bila izvedena med ginekologi in babcami, je bilo ugotovljeno, da tako babice kot ginekologi podpirajo in odobravajo umetno prekinitev nosečnosti, četudi ni iz zdravstvenih razlogov (Hammarstedt et al., 2005). Ben Natan in Melitz (2011) ugotavljata, da študentje zdravstvene nege pogosteje kot medicinske sestre menijo, da bi bilo treba umetno prekinitev nosečnosti po 22. tednu

prepovedati. Omenjena avtorja prav tako ugotavljajta, da osebna verska prepričanja študentov vplivajo na njihova stališča do splava.

Odnos okolja do umetne prekinitve nosečnosti je statistično značilno pomemben za študente pravoslavne in katoliške vere, kar je bilo pričakovano. Flere (2001) meni, da je religioznost element zavesti in vedenja, ki ga je težko analitično razčleniti. Čeprav intenzivna religioznost ni omejena na vaško okolje, se podvoji verjetnost, da jo bomo našli ravno tam. Znana je povezava višje izobrazbe s pozitivnim odnosom in podporo umetni prekinitvi nosečnosti. Izobraženi ljudje so ponavadi bolj odprti, z bolj egalitarnim prepričanjem in bolj strpni do različnih spolnih perspektiv (Carlton, Nelson and Coleman, 2000). Da ima umetna prekinitvev nosečnosti tako fizične kot tudi psihične posledice na zdravje žensk, statistično značilno menijo študentje islamske vere, da umetna prekinitvev nosečnosti pusti samo psihične posledice, statistično značilno menijo anketiranci krščanske vere in ateisti. Raziskave kažejo, da lahko nekatere ženske po splavu zapadejo v depresijo, iščejo tolažbo v alkoholu, drogi, zbolijo za bulimijo, anoreksijo, postanejo nagnjene k samomoru, imajo spolno disfunkcijo. Prav tako splav lahko pušča tudi fizične posledice, kot so: povečano tveganje za prezgodnji porod, nizka porodna teža otroka, spontani splavi, izvenmaternična nosečnost, rak na dojki, jajčnikih in materničnem vratu (Mann and Reardon, 2002).

V raziskavi smo si zastavili tri vprašanja, na katera smo želeli na podlagi ankete odgovoriti. Na prvo vprašanje, kakšen odnos imajo študentje Zdravstvene fakultete do umetne prekinitve nosečnosti, smo ugotovili, da jo po večini odobravajo in menijo, da je le-ta legalna in sprejemljiva tudi, ko odločitev zanjo nima zdravstvenega razloga. Medicinske sestre in babice na splošno ne želijo sodelovati pri umetni prekinitvi nosečnosti in pogosto poročajo tudi o zavračanju asistence pri izvajanju umetne prekinitve nosečnosti (Rehnstrom Loi et al., 2015). Na drugo vprašanje, ali bi se študentke odločile za umetno prekinitvev nosečnosti, smo ugotovili, da se 37,7 % študentk za to ne bi odločilo, medtem ko je bilo 52,5 % študentk neopredeljenih. Na tretje vprašanje, ali vplivajo na odločitev za umetno prekinitvev nosečnosti smer in letnik študija, spol, starost, kraj bivanja in veroizpoved, smo ugotovili, da na to odločitev najbolj vpliva veroizpoved, saj se študentke, ki so verne, zanjo ne bi odločile, medtem ko imajo neverne o tem bolj liberalno mnenje. Odločitev o umetni prekinitvi nosečnosti pomeni tehtanje med dvema spornima vprašanjsma: proti življenju ali proti odločitvi. Slednja pa je pomemben sestavni del ženskih reproduktivnih pravic, da imajo nadzor nad svojim telesom (Rehnstrom Loi, Gemzell-Danielsson, Faxelid and Klingberg-Allvin, 2015).

5 Zaključek

Ker odločitev za umetno prekinitvev nosečnosti nikoli ni enostavna, menimo, da bi bilo dobro, če bi obstajala še kakšna posvetovalnica pred izvedbo umetne prekinitve nosečnosti, ki ne bi bila v sestavi zdravstvene ustanove. Pomembno je, da bi svetovanje temeljilo na prostovoljni osnovi. Posvetovalnica bi lahko imela tudi zaupni telefon za pomoč ženskam, ki se znajdejo v tej situaciji.

Marija Zobec, Rosanda Rašković Malnaršič, Suzana Mlinar, PhD

Attitude of Students towards Abortion: the Role of Sociodemographic Factors

Each pregnancy is not a planned pregnancy. Unplanned pregnancy can also be undesired. Thus, the abortion is a response to an unwanted pregnancy. In Slovenia, on the initiative of women, abortion is permitted until the tenth week of pregnancy, after that time it can only be authorized by a special commission. Induced abortion is unfortunately still common, despite the large choice of contraception. Pregnant women opt for artificial termination of pregnancy due to various reasons. A major problem is the lack of knowledge regarding the choice of contraception, so healthcare professionals should assist women in choosing the right contraceptive, as this prevents many artificial terminations of pregnancy (Krajnc and Damiš, 2013).

Induced abortion is the removal of the embryo or fetus from the uterus before it is capable of its independent survival outside the womb (Ljubič et al., 2012). It is the only means to prevent birth after conception (Macek, 2004). Most abortions are performed in the first twelve weeks of pregnancy (The American, 2011). An induced abortion is a medical procedure performed on the request of pregnant women. In Slovenia it is allowed in the first 10 weeks of pregnancy (Furjan, 2009). The reasons why women resort the abortion can be divided into the following categories: law, focus on women, law and other material (Kirkman et al., 2009). The reason of "focus on women" category is the inadequate time for pregnancy, which means that a woman may wish for a child, but has a feeling that she is not ready for motherhood, not wishing to interrupt education, work or other life plans are in the forefront. What is more, they do not want to have a disabled child, they are afraid of childbirth, a minority does not want any more children, and some are too old to have a baby (Kirkman et al., 2009; Ljubič et al., 2012). The induced abortion can be done surgically, with medications (medication-abortion) and combined. Before the procedure, a gynecological examination is necessary, with preferably an ultrasound to determine the duration of pregnancy and exclusion of the possible ectopic pregnancy (Borko and Žebeljan, 2006). Surgical abortion is the natural removal of the fetus from the uterus. Surgical procedure is determined by the duration of pregnancy (Royal, 2008). In the first trimester of pregnancy, termination is mostly performed using vacuum aspiration as well as dilation and curettage (Blakrishnan, 2010). In the second trimester of pregnancy, termination is performed by using dilation and evacuation method, which is carried out around the world (Ben-Ami et al., 2014). Medicament abortion is the termination of pregnancy using medications. Many different medications which have been used alone or in combination were the most effective and most commonly used, were the combinations of mifepristone and misoprostol (Kapamadžija et al., 2010). Possible complications of abortion, which are the most common: vaginal bleedings; severe abdominal and pelvic pain, despite the recommended dose of analgesic; fever over 38°C, which lasts more than 4 hours; nausea; vomiting and/or diarrhea for more than 24

hours after receiving misoprostol (Hawkins et al., 2012). Borko and Žebeljan (2006) divide the complications to the early and the late. The immediate early complications arise during surgery or up to three hours afterwards. It is an injury, such as laceration of the cervix, rupture/perforation of the uterus, and damage to other organs, increased bleeding and complications with anesthesia. Delayed early complications arise in the third hour after the procedure until the first menstrual period following the abortion. The most common are bleeding, inflammation and thrombosis of the lower limbs, which may lead to guilt or even to experience mental health problems. Late or delayed complications arise later, during a subsequent pregnancy (miscarriage) or delivery (premature birth, low birth weight); they can also cause various psychological problems. After the termination of pregnancy, sensitization of Rh D negative pregnant can occur; therefore, the Rh D negative patients must be administered anti Rh D IgG gamma (Rhesonativ) intramuscularly 72 hours after the abortion (Borko and Žebeljan, 2006). Before the artificial termination of pregnancy every woman should have a confirmed amount of the pregnancy by ultrasound diagnosis, which can be used up to four days. The patient may not be anemic, and the hemogram value should be higher than 90 g/l. If the cartridge is inserted into the womb, it must be removed before the procedure (Jakopič and Kostoski, 2010). The aim of this study was to determine the attitude of students towards abortion at the Faculty of Health Sciences Ljubljana. The study was to answer the following questions:

- What kind of attitude do students have towards abortion – do they approve it or not?
- Should students opt for artificial termination of pregnancy?
- Is the decision for the artificial termination of pregnancy influenced by the course and year of study, gender, age, place of residence and religion?

The survey was conducted among the students of the Faculty of Health Sciences in Ljubljana in October and November 2014. Participation in the survey was voluntary and anonymous.

The questionnaire was prepared on the basis of literature review and included 11 close-ended questions. The study included 356 students of the Faculty of Health Sciences. Since 39 surveys had not been properly completed, we excluded them. Correctly completed questionnaires were 317, and included in the data analysis. The statistical program SPSS 17.0 for Windows was used to calculate frequencies and the contingency coefficient. The probability of links between variables was tested by a contingency coefficient at the level of 5% risk.

The study involved 144 students, aged 19 years, 66 students, aged 20 and 65 students, aged 21 years. There were 284 male and 33 female students. 121 students live in the city, the other 196 students live in the country. We found out that the a significantly large share of students from the countryside are of the Catholic religion (71.6%), and of those living in the city, the largest proportion of students are atheists (63%) ($CC = 359$; $p < 0.001$). The study involved 159 students from the first academic year, 64 from the second academic year and 94 from the third academic year. The most students were from the Department of Nursing (141) and the Department of Occupational the-

rapy (113). The majority of students (243), are Catholics, 54 are identified as atheists. Among the interviewed female students, a third would have not decided for abortion. It was found statistically significant that the atheist students would decide for abortion ($CC = .254$; $p = .003$). The attitude of environment to abortion is not important for 172 students, whereas 82 students find the opinion of environment important. Statistically significant result is that for the students of the Orthodox and the Roman Catholic religion, the importance of environment is large, while the least important it is for the students who are atheists ($CC = .235$; $p = .005$). 229 students do not agree with abortion in the second trimester, while it is approved by 35 students. The largest proportion of students approving abortion in the second trimester are atheists ($CC = .241$; $p = .003$). That an abortion leaves both mental and physical consequences, is accepted by 194 students, 113 students think that an abortion has consequences on mental health.. Among the reasons for the abortion decision, 116 students put the mother's health in the first place ($M = 1.16$), the event of the embryo defects in the second place - 97 students ($M = 1.37$), and in the third place ($M = 2.09$) the event that the child would not be able to survive was listed (126 students). More than a third of female students would not decide for abortion. In the Swedish study, which was conducted among gynecologists and midwives, it was found that both midwives and gynecologists support and approve of abortion, even if it is for medical reasons (Hammarstedt et al., 2005). Attitude of the environment towards abortion is significantly important for the students of the Orthodox and the Roman Catholic religion, which was expected. Flere (2001) believes that the religiosity element of consciousness and behavior is difficult to analytically break down. With this study, three research questions were answered. For the first question on the attitude of students towards abortion, we found out that they mostly approve it, and believe that it is legal and acceptable even when it is not a decision according to the health reason. For the second question whether students would opt for abortion, we found out that 37.7% of students would not decide for abortion, while 52.5% of students was undecided. The third question, if the decision for abortion is impacted by the course and year of study, gender, age, place of residence and religion, showed that religion has the greatest influence on the decision for abortion, since students who are religious, would not decide for abortion. The decision on abortion is never easy; we believe that it would be good if there was some further counseling before performing abortions, organized by the medical institutions. It is important that advice is given on a voluntary basis. Counseling could have a confidential helpline for women when they find themselves alone in such situation.

LITERATURA

1. Ben Natan, M. and Melitz, O. (2011). Nurses' and nursing students' attitudes towards late abortions. *International Nursing Review*, 58, pp. 68–73.
2. Ben-Ami, I., Stern, S., Vaknin, Z., Smorgick, N., Schneider, D. and Halperin, R. (2014). Prevalence and risk factors of inadequate cervical dilation following laminaria insertion in second-trimester abortion — case control study. *Contraception*, 91, pp. 308–12.

3. Blakrishnan, S. (2010). Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno dne 2. 6. 2015 s svetovnega spleta: http://apps.who.int/rhl/fertility/abortion/CD002900_Blakrishnans_com/en/.
4. Borko, E. and Žebljan, I. (2006). Umetna prekinitvev nosečnosti. V: Borko, E. and Takač, I. (ur.) Ginekologija. 2. izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, str. 269–76.
5. Carlton, C. L., Nelson, E. S. and Coleman, P. K. (2000). College students' attitudes toward abortion and commitment to abortion. *The Social Science Journal*, 37, pp. 619–25.
6. Flere, S. (2001). Merjenje in korelati celostne religioznosti v katoliškem okolju. *Teorija in praksa*, 38, str. 484–504.
7. Furjan, M. (2009). Umetna prekinitvev nosečnosti včeraj in danes – abortivna tabletki. V: Čeh, A. (ur.). Izbrana poglavja v babištvu: zbornik predavanj, Ptuj, 3. April 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 28–34.
8. Gordon, D. and Sherk, S. D. (2015). Abortion, induced. *Encyclopedia of Surgery*. Pridobljeno dne 2. 6. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.surgeryencyclopedia.com/A-Ce/Abortion-Induced.html>.
9. Hammarstedt, M., Jacobsson, L., Wulff, M. and Lalos, A. (2005). Views of midwives and gynecologists on legal abortion – a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84, pp. 58–64.
10. Hawkins, J. W., Stanley-Haney, J. L. and Roberto-Nichols, D. M. (2012). Guidelines for nurse practitioners in gynecologic settings. New York: Springer Publishing Company, pp. 159–62.
11. Jakopič, K. and Kostoski, J. (2010). Zdravstvena nega žensk ob prekinitvi nosečnosti z zdravili v 1. trimesečju nosečnosti. V: Tul Mandić, N. and Štolfa Gruntar, A. (ur.). Prekinitvev nosečnosti z zdravili v 1. in 2. trimesečju nosečnosti. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, str. 21–4.
12. Kapamadžija, A., Vukelić, J., Bjelica, A. and Kopitović, V. (2010). Abortus lekovima – savremena metoda prekida trudnoće. *Medicinski Pregled*, 63, str. 63–7.
13. Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S. and Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Arch Womens Ment Health*, 12, pp. 365–78.
14. Krajnc, L. and Damiš, M. (2013). Umetna prekinitvev nosečnosti je v današnjem času pogosta oblika dokončanja nezaželene nosečnosti. V: Klemenc, D., Majcen Dvoršak, S. and Štemberger Kolnik, T. (ur.). Zbornik predavanj z recenzijo 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 9.-10. maj 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 33–9.
15. Ljubič, A., Pavič, K., Pavlovič, A., Fleišman, S. and Plazar, N. (2012). Raziskava o povezavi med splavom in bruto nacionalnim dohodkom v Sloveniji. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46, str. 276–80.
16. Maček, M. (2004). Pravni vidiki umetne prekinitvev nosečnosti v Sloveniji. V: Pinter, B. and Pretnar-Darovec, A. (ur.). Umetna prekinitvev nosečnosti v Sloveniji: 1. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras, Ljubljana, 19. november 2004. Ljubljana: Ginekološka klinika, Klinični center, str. 29–33.
17. Mann, N. and Reardon, D. C. (2002). *Aborted woman: Silent nomore*. Nashville: Springfield, Acorn Books, pp. 57–70.
18. Misra, R. and Hohman, S. (2000). Trends in abortion attitude among young adults: 1977–1993. *American Journal of Health Statistics*, 16, pp. 85–98.
19. Ngo, T. D., Hae Park, M., Shakur, H. and Free, C. (2011). Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ*, 89, pp. 360–70.
20. Pinter, B. (2004). Umetna prekinitvev nosečnosti v Sloveniji in Evropi. V: Pinter, B. and Pretnar-Darovec, A. (ur.). Umetna prekinitvev nosečnosti v Sloveniji: 1. Spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras, Ljubljana, 19. november 2004. Ljubljana: Ginekološka klinika, Klinični center, str. 15–20.
21. Razpotnik, B. (2012). Svetovni dan prebivalstva 2012. Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno dne 6. 6. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=4835>.

22. Rehnström Loi, U., Gemzell-Danielsson, K., Faxelid, E. and Klingberg-Allvin, M. (2015). Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*, 15, pp. 1–13.
23. Royal College of Nursing (2008). *Abortion care: RCN guidance for nurses, midwives and specialist community health nurses*. London: Royal College of Nursing. Pridobljeno dne 2. 6. 2015 s svetovnega spleta: http://www.healthcaretoday.co.uk/doclibrary/documents/pdf/121_abortion_care.pdf.
24. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2011). *Induced Abortion: ACOG*. Washington. Pridobljeno dne 2. 3. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Induced-Abortion>.
25. Ustava Republike Slovenije (1991). *Uradni List Republike Slovenije* 33. Pridobljeno dne 4. 6. 2015 s svetovnega spleta: <https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/PoliticniSistem/URS/UstavaRepublikeSlovenije>.
26. Wang, G.-z. and Buffalo, M. D. (2004). Social and cultural determinants of attitudes toward abortion: a test of Reiss' hypotheses. *The Social Science Journal*, 41 pp. 93–105.
27. *Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok* (1977). *Uradni List SRS* 11/77.

Marija Zobec, diplomantka Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

E-naslov: mojca.zobec@gmail.com

Rosanda Raškovič Malnaršič, predavateljica na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.

E-naslov: rosanda.malnarsic@zf.uni-lj.si

Dr. Suzana Mlinar, profesorica zdravstvene vzgoje na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.

E-naslov: suzana.mlinar@zf.uni-lj.si

Ovire v komunikaciji pri obravnavi oseb z motnjami v duševnem razvoju

Znanstveni članek

UDK 616.899:316.77

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, zdravstvena nega, motnje v duševnem razvoju, komunikacijske ovire

POVZETEK - Za osebe z motnjami v duševnem razvoju je učinkovita komunikacija pomemben element pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege. Namen prispevka je prikazati najpogostejše komunikacijske ovire, do katerih prihaja pri obravnavi oseb z motnjami v duševnem razvoju. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije in tehniko anketiranja. V neslučajnostni namenski vzorec smo vključili 60 izvajalcev zdravstvene nege iz dveh socialnovarstvenih zavodov. Najpogostejšo oviro pri kakovostni komunikaciji s takimi osebami po mnenju izvajalcev zdravstvene nege predstavljajo pomanjkanje časa in težave s koncentracijo uporabnikov. Najvišjo povezanost kažete odgovora, da imajo uporabniki težave s koncentracijo in da uporabniki ne poznajo besed, s katerimi bi izrazili svojo misel (Spearmanov koeficient korelacije znaša 0,498). Kot najpogostejšo metodo, ki jo anketiranci uporabijo, če uporabnika ne razumejo, navajajo s kretnjami podprto (nadomestno) komunikacijo. Ugotavljamo, da sodelujoči izvajalci zdravstvene nege uporabljajo ustrezne pristope pri komunikaciji s svojimi uporabniki in prepoznajo sprejemanje uporabnikove individualnosti kot temelj kakovostne komunikacije.

Scientific article

UDC 616.899:316.77

KEY WORDS: communication, nursing care, mental development disorders, communication barriers

ABSTRACT - When treating people with mental disabilities, the effective communication is an important element in ensuring quality nursing care. The purpose of this article is to show the most frequent communication barriers which appear when treating people with mental disorders. The quantitative research method was used along with the method of description and the survey technique. A non-random purpose sample was used, including 60 nursing care providers from two social care institutions. The most frequent barrier according to the nursing care providers, are difficulties with concentration of their clients. The highest correlation was between two answers which shows that clients have difficulties with concentration, they do not know the words for expressing their thought. (Spearman correlation coefficient 0.498). Most frequent method, used by the surveyor in case when they did not understand their respondent was gesture-supported (substitute) communication. Therefore, we found out that nursing care providers use adequate approaches in communication with their clients and recognize client's individuality as the basis of quality communication.

1 Uvod

Osebe z motnjami v duševnem razvoju, zlasti otroci, imajo pogostejše težave pri razvoju komunikacije, zato potrebujejo primerne, pogosto posebej prilagojene spodbude. Če jim ne pomagamo razvijati učinkovitejše komunikacije, obstaja velika verjetnost, da prevzamejo pasivno vlogo v procesu komunikacije ali razvijejo neprilagojeno vedenje, s katerim vzbujajo pozornost (Korošec in Ogrin, 2013). Na splošno imajo te osebe težave pri razlikovanju, povezovanju, izražanju in razumevanju slišane ali prebranega (Levc, 2014). Pri komunikaciji z uporabniki igra veliko vlogo način govorjenja. Upoštevati je treba intonacijo in pomen izgovorjenih besed, poslušati ne le z ušesi, ampak tudi z očmi in čustvi. Posameznika je treba sprejeti takšnega, kakršen je, sprejeti drugačnost in z njim vzpostaviti primeren način komu-

nikacije, pri čemer igrajo pomembno vlogo dotik, vonj, geste, mimika (Limonšek, 2006). Komunikacija predstavlja pomemben del poklicnega delovanja medicinske sestre pri obravnavi oseb z motnjami v duševnem razvoju, pogosto pa je tudi terapevtsko sredstvo. Izredno pomembna je predvsem neverbalna komunikacija, predvsem mimika obraza, kretnje, drža, dotik, molk, saj lahko z nebesedno komunikacijo posredujemo svoje zanimanje, spoštovanje, skrb in odgovornost, lahko pa tudi ravnodušnost, vzvišenost, pomanjkanje spoštovanja in neoseben odnos, ki ga osebe z motnjo v duševnem razvoju hitro zaznajo (Brenčič, 2008).

Pogosto opazamo, da komunikacija med osebami z motnjo v duševnem razvoju in izvajalci zdravstvene nege ni vedno uspešna in predstavlja izziv (Brglez, Kaučič in Limonšek, 2015). Pri osebi z motnjo v duševnem razvoju je komunikacija velikokrat otežena, ker le-ta ne govori ali govori komaj razumljivo. Zelo pomembno je, da medicinska sestra komunikacijo prilagodi njenim zmožnostim, saj se lahko vsak sporazumeva na svoj način. Medicinska sestra mora osvojiti ta način komunikacije, da lahko razbere, kaj ji oseba sporoča. Brez komunikacije ne more vedeti za njene želje in potrebe in ji ne more pomagati pri njihovi izpolnitvi. Pri komunikaciji s tako osebo je treba odstraniti vse dražljaje, ki bi sporazumevanje omejevali. Govoriti je treba počasi, razumljivo, preprosto, umirjeno in dovolj glasno. Osebi moramo dati dovolj časa za razmislek, da lahko odgovori ali pokaže, kaj želi. Uporabljati moramo kratke stavke, upoštevati njene navade, želje in sprejeti njeno drugačnost (Štiglic, 2008). Medicinska sestra mora prav tako biti sposobna sprejemati druge, biti zanesljiva ter spretna pri vzpostavljanju in ohranjanju medosebne komunikacije (Kosi in Novak, 2008). Baar in Sowney (2007) v svoji raziskavi ugotavljata, da med drugim pomanjkanje časa, nerazumevanje uporabnikovih potreb in pomanjkanje znanja o ustrezni komunikaciji z uporabniki predstavljajo pomembno težavo za izvajalce zdravstvene nege. Čeprav komunikacija predstavlja pomemben del poklicnega delovanja medicinske sestre, je kakovostna komunikacija s takimi uporabniki zelo zahtevna.

Ni pa splošnih navodil, kako vzpostaviti primerno obliko komunikacije, ki bi zadostila potrebam zdravstvenega delavca in uporabnika. Vsakdo se po svojih najboljših močeh ter na osnovi izkušenj in znanja trudi vzpostaviti tak način komunikacije, ki bi omogočila prenos informacij (Limonšek, 2006).

2 Motnje in nesporazumi, ki nastajajo pri komunikaciji v zdravstveni negi

Zadrege in ovire so pri komunikaciji neizogiben in normalen pojav (Flajs, 2005). Vsaki medicinski sestri se lahko zgodi, da pri svojem delu uporabi neučinkovite tehnike komuniciranja in ga s tem ovira. Zgodi se, da pacienta ne posluša dovolj pazljivo in se ne osredotoči na to, kar ji ta skuša dopovedati z besedami ali nebesedno. Neučinkovita je tudi komunikacija, pri kateri se medicinska sestra izogiba spodbujanju pacientovega izražanja občutkov, saj s tem njuna komunikacija ostaja zgolj površinska. Če želimo, da bo pogovor učinkovit, moramo zagotoviti dovolj časa zanj, odstraniti

moteče dejavnike, govoriti razločno in v pacientu razumljivem jeziku. Pacienta je treba poslušati in upoštevati njegovo željo glede komuniciranja (Gorše Muhič, 2009).

Ivanc in Stričević (2006) navajata, da so najpogostejše komunikacijske motnje na strani medicinske sestre naslednje: neurejeno in nejasno govorjenje, hitro govorjenje, narobe posredovana navodila, tiho in nerazločno govorjenje, lastna negotovost, strah pred pacientovimi vprašanji, brezbriznost, neodkritost, podcenjevanje pomena informacij za pacienta, časovni pritisk, sporočilo je lahko nerazumljivo, ne obvlada tujega jezika in uporabljene strokovne terminologije.

Motnje v komunikaciji lahko predstavljajo napake pri delu, ki se odražajo v slabši kakovosti dela in lahko privedejo do nepopravljivih posledic. Za uspešno in kakovostno komunikacijo je treba priskrbeti elemente komunikacijskega udobja in svobode, predvsem na vsebinskem, časovnem, delovnem in čustvenem področju (Dobnik, 2007).

3 Učinkovita komunikacija pri osebah z motnjami v duševnem razvoju

Nadvse pomembna je vzpostavitev primerne komunikacije, ker na ta način olajšamo življenje posameznika. V nasprotnem primeru se take osebe zelo hitro zaprejo vase, lahko postanejo agresivne, apatične, pojavijo se motnje hranjenja in izločanja. Oviro v komuniciranju pa lahko predstavlja tudi nerazumevanje tega, kar nam oseba želi sporočiti (Drobne, Mohar in Prebil, 2009).

Za vzpostavitev ustreznega načina komunikacije z uporabnikom v Centre for Developmental Disability Health Victoria (2014) navajajo, da je potrebno spoštovanje uporabnika, verbalna in neverbalna komunikacija morata biti usklajeni, ton in višina glasu prilagojena starosti uporabnika. Pri komunikaciji z uporabnikom je zato pomembno, da najprej pridobimo njegovo pozornost s tem, da ga kličemo po imenu. Pri tem sta zelo pomembna očesni stik in dotik. Za zagotavljanje ustrezne komunikacije pa je treba: govoriti bolj počasi, pustiti čas za premislek; govoriti neposredno uporabniku in mu zagotoviti občutek, da je v središču pogovora; govoriti v jasnih in kratkih povedih; ne uporabljati zapletenega jezika, ki vsebuje abstraktne pojme, in ne žargona; postaviti eno vprašanje naenkrat in pustiti uporabniku, da oblikuje svoj odgovor. Prav tako navajajo, da imajo lahko uporabniki težave tudi pri izražanju svojih misli in občutkov, zato je pomembno: zagotoviti dovolj časa za oblikovanje odgovora, vprašanja ali pripombe; morda bo treba nejasno vprašanje »raziskati« z uporabnikom in odkriti pomen oziroma vsebino vprašanja; pri razumevanju uporabnikov pa lahko pomagajo tudi vizualni pokazatelji, kot so slike, diagrami, obrazna mimika in govorica telesa.

Osebe z motnjo v duševnem razvoju pogosto uporabljajo neverbalne iztočnice, zlasti spremembo vedenja, kot sredstvo za izražanje potreb in čustev, npr. strahu, negotovosti ali fizičnega neugodja, pogosto pa potrebujejo tudi več časa, da te potrebe izrazijo (Barr and Sowney, 2007). Pri učinkoviti komunikaciji s takimi osebami, zlasti z otroki, nam lahko veliko pomagajo starši. Ti so ravno tako del tima, preko njih tudi komuniciramo z otrokom. Sodelovanje med družino in izvajalci zdravstvene nege naj bi vodilo k spodbudi, podpori ter razvoju otroka in njegove osebnosti (Godnič, 2007).

Na učinkovito komunikacijo pa vplivajo: obrazna mimika, kretnje z držo telesa, dotik in molk (Brglez, 2014).

4 Nadomestna in podporna komunikacija

Jurišič (2012) navaja, da veliko oseb z motnjami v duševnem razvoju uporablja podporno in nadomestno komunikacijo. Ule (2009) navaja, da je podporno komuniciranje oblika besednega in nebesednega komuniciranja, ki je v življenju vseskozi navzoče in lahko pomaga tistim, za katere znamo, da potrebujejo podporo in pomoč, in jih podpira.

Podporna komunikacija je način komuniciranja z ljudmi, ki sploh ne govorijo ali imajo težave z govorom in s funkcioniranjem. To je alternativna metoda komunikacije, ko ena oseba nudi psihično in fizično pomoč osebi s težavami pri komunikaciji in ob podpori kaže na objekte, slike ali črke. Podporna komunikacija je uporabljena pri predšolskih otrocih in pri starejših osebah (Videčnik, 2008). Nadomestna in podporna komunikacija lahko vključuje uporabo različnih komunikacijskih pripomočkov, ki so izdelani individualno, prilagojeni pa so sposobnostim in potrebam vsakega posameznika. Delimo jih na grafične (risbe, fotografije), elektronske (posneti govor) in računalniške komunikacijske pripomočke. Z uporabo nadomestne in dopolnilne komunikacije se izboljšajo sposobnost komunikacije, razumevanja govora, jezikovne sposobnosti, vedenje, sodelovanje v vsakdanjem življenju in samopodoba posameznika (Debeljak, Groleger Sršen, Korošec, Ogrin in Vovk, 2013).

Nadomestna in podporna komunikacija podpira ali nadomesti govorno jezikovno komunikacijo, kadar je motena. Sistem je individualno prilagojen posameznikovim sposobnostim in potrebam ter omogoča učinkovitejši način sporočanja. Vključuje lahko komunikacijske geste, kretnje in različne simbole. Slikovni simboli so lahko posamezni ali urejeni v komunikacijskih knjigah. Pri pripravi individualno prilagojenega komunikacijskega pripomočka je potrebno dobro načrtovanje komunikacijskih vsebin in načina izbiranja zelenega simbola. Učenje nadomestne komunikacije in uporabe nadomestnih ali dopolnilnih strategij je dolgotrajno, saj je treba uporabnika usposobiti, da uporabi naučeno strategijo v različnih socialnih interakcijah (Korošec in Ogrin, 2013).

Na podlagi predstavljenega raziskovalnega problema smo oblikovali naslednje raziskovalno vprašanje: Katere so najpogostejše komunikacijske ovire, s katerimi se srečujejo izvajalci zdravstvene nege pri obravnavi oseb z motnjami v duševnem razvoju?

5 Metodologija

Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije in tehniko anketiranja.

5.1 Opis instrumentarija

Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran instrument v obliki anketnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature (McEnhill and Tuffrey, 2008; Kosi in Novak, 2008; Korošec in Ogrin, 2013). Tematski sklop, ki je bil namenjen področju ovir v komunikaciji, je bil sestavljen iz enega odprtega vprašanja in treh tabel trditev s področja ovir v komunikaciji pri osebah z motnjami v duševnem razvoju. Za ocenjevanje stališč smo uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico, pri čemer je 1 pomenilo nikoli, 2 občasno, 3 pogosto, 4 zelo pogosto, 5 vedno.

5.2 Vzorec

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. Vanj smo vključili izvajalce zdravstvene nege v Centru za usposabljanje, delo in varstvo Dobrna (v nadaljevanju CUDV) in Zavodu za usposabljanje, delo in varstvo Dornava (v nadaljevanju ZUDV), ki delujejo na področju zdravstvene nege in so končali izobraževanje na srednji, višji, visoki in univerzitetni stopnji. V vzorec smo vključili 20 izvajalcev zdravstvene nege v CUDV in 40 izvajalcev zdravstvene nege v ZUDV. Vrnjenih je bilo 56 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 93,3 % realizacijo vzorca, od tega 42 (70 %) pravilno izpolnjenih. Nepravilno ali pomanjkljivo izpolnjenih v raziskavi nismo upoštevali. Anketni vprašalnik je pravilno izpolnilo 7 (16,7 %) moških in 35 (83,3 %) žensk. Glede na starost smo anketirance razdelili po skupinah, in sicer: 15 (35,7 %) anketirancev je starih 20–30 let, 7 (16,6 %) jih je starih 31–40 let; 16 (38 %) je starih 41–50 let; 4 (9,6 %) pa so stari več kot 51 let. Med sodelujočimi v raziskavi jih ima 37 (88,1 %) srednješolsko izobrazbo in 5 (11,9 %) visokošolsko strokovno izobrazbo. Prav tako nas je zanimalo, koliko delovnih izkušenj imajo anketiranci pri obravnavi oseb z motnjami v duševnem razvoju. 19 (45,2 %) jih ima 1–10 let, 9 (21,4 %) 11–20 let, 10 (23,8 %) 21–30 let in 4 (9,5 %) anketiranci imajo več kot 31 let delovnih izkušenj s takimi osebami.

5.3 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Anketiranje smo izvedli po predhodni pridobitvi pisnega soglasja v CUDV in ZUDV. Vodjo tima zdravstvene nege smo zaprosili za razdelitev anketnih vprašalnikov. Po izpolnitvi anketnega vprašalnika so slednjega anketirani odložili v priloženo pisemsko ovojnico. Ovojnico smo v CUDV prevzeli sami, v ZUDV smo prosili vodjo tima zdravstvene nege, da jo odda na pošto. Anketirane smo za sodelovanje v raziskavi nagovorili prek kratkega uvodnega nagovora, ki je naveden na anketnem vprašalniku. Raziskavo smo izvajali od 24. 7. do 22. 8. 2014. Iz anketnih vprašalnikov pridobljene podatke smo vnesli v zbirne tabele. Podatke smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS 21.0. Koeficient Cronbach alfa je znašal 0,76.

5.4 Etični vidik raziskovanja

Anketiranim izvajalcem zdravstvene nege smo zagotovili pravico do polne pojasnitve, pravico do samoodločbe, anonimnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) in Oviedske konvencije. Raziskavo

je odobrila Komisija za diplomske zadeve Visoke zdravstvene šole v Celju (sklep št.: 52/2014-DIPL_MB z dne 10. 7. 2014), ki je ocenila etični vidik raziskovanja.

6 Rezultati

V nadaljevanju prikazujemo rezultate izvedene ankete.

Iz analize rezultatov ankete je razvidno, da je pri 69,0 % anketiranih izvajalcih zdravstvene nege pomanjkanje časa najpogostejša komunikacijska ovira, temu sledi nerazumevanje tega, kar jim želi uporabnik sporočiti (52,4 %). Prav tako 30,9 % anketiranih meni, da komunikacijsko oviro predstavlja hitro govorjenje izvajalcev zdravstvene nege.

Tabela 1: Komunikacijske ovire izvajalcev zdravstvene nege pri komunikaciji z uporabniki

Trditev	N (število)	Povprečna vrednost (PV)	Std. odklon (SO)
Uporabniki ne slišijo dobro	42	3,07	0,947
Uporabniki ne razumejo besed, ki jih sicer slišijo	42	3,33	0,721
Uporabniki ne poznajo besed, s katerimi bi izrazili svojo misel	42	3,55	0,803
Strah jih je pred avtoriteto zaposlenih	42	2,36	0,983
Uporabniki imajo težave s koncentracijo	42	3,64	0,791

Iz tabele 1 je razvidno, da anketiranim najpogostejšo komunikacijsko oviro predstavlja težava s koncentracijo uporabnika (PV = 3,64; SO = 0,79). Prav tako so odgovorili, da uporabniki pogosto ne poznajo besed, s katerimi bi izrazili svojo misel (PV = 3,55; SO = 0,80), ter da uporabniki ne razumejo besed, ki jih sicer slišijo (PV = 3,33; SO = 0,72). Strah pred avtoriteto zaposlenih je ovira, ki jo izvajalci zdravstvene nege prepoznavajo kot najmanj pomembno oviro pri komunikaciji z uporabniki (PV = 2,36; SO = 0,98).

Tabela 2: Načini reševanja komunikacijskih ovir pri delu z uporabniki

Trditev	N (število)	Povprečna vrednost (PV)	Std. Odklon (SO)
Posvetujem se s sodelavci v timu	42	3,81	1,042
Za nasvet vprašam svoje uporabnikov	42	2,62	1,209
Povzdignem ton glasu in sem odločen/-na	42	2,21	0,976
K uporabniku pristopim z mirnim in prijaznim glasom	42	4,19	0,740

Uporabnika poskusim zamotiti s tistim, kar ima rad (predmet, glasba ...)	42	3,71	0,835
Uporabnika pospremim v sobo za sproščanje	42	2,98	1,047

Iz tabele 2 je razvidno, da anketiranci zelo pogosto rešujejo ovire v komunikaciji z uporabniki tako, da k uporabniku pristopijo z mirnim in prijaznim glasom (PV = 4,19; SO = 0,74). Prav tako se tudi posvetujejo s sodelavci v timu (PV = 3,81; SO = 1,04). Večkrat poskusijo uporabnika zamotiti s tistim, kar ima rad (predmet, glasba ...) (PV = 3,71; SO = 0,83).

Tabela 3: Načini, ki jih izvajalci zdravstvene nege uporabljajo, če ne razumejo uporabnika

<i>Trditev</i>	<i>N (število)</i>	<i>Povprečna vrednost (PV)</i>	<i>Std. odklon (SO)</i>
Ponovim, kar je povedal (z istimi besedami)	42	3,10	1,078
Pretvarjam se, da sem ga razumel/-a	42	1,90	0,759
Svojec mi pomaga razložiti sporočilo	42	2,38	0,962
Z drugimi besedami ponovim, kar mi je povedal/-a	42	3,26	0,989
Pomagam si z nadomestno komunikacijo	42	3,36	1,055

Tabela 3 prikazuje, da so anketirani odgovorili, da si, če ne razumejo uporabnika, pogosto pomagajo z nadomestno komunikacijo (PV = 3,36; SO = 1,05). Prav tako pogosto z drugimi besedami (PV = 3,26; SO = 0,98) ali z enakimi besedami (PV = 3,10; SO = 1,08) ponovijo, kar jim je uporabnik povedal.

Tabela 4: Povezanost med najpogostejšimi komunikacijskimi ovirami z uporabniki

<i>Trditev</i>	<i>Korelacijski koeficient</i>	<i>Značilnost (p)</i>
Uporabniki ne slišijo dobro. Uporabniki ne razumejo besed.	0,456	0,002
Uporabniki ne poznajo besed, s katerimi bi izrazili svojo misel. Uporabniki imajo težave s koncentracijo.	0,498	0,001

V tabeli 4 so prikazani odgovori, pri katerih smo ugotovili korelacijo, ki je statistično značilna ($p < 0,05$). Spearmanov koeficient korelacije je med 0,4 in 0,7, kaže na srednje močno povezanost med odgovori. Najvišjo povezanost kaže odgovor, da imajo uporabniki težave s koncentracijo, in da uporabniki ne poznajo besed, s katerimi bi izrazili svojo misel (Spearmanov koeficient korelacije znaša 0,498). Izvajalci zdravstvene nege, ki kot pomemno oviro v komunikaciji prepoznajo to, da uporabniki ne slišijo dobro, navajajo tudi njihovo slabo razumevanje besed.

Tabela 5: Povezanost med načinom reševanja ovir v komunikaciji z uporabniki

<i>Trditev</i>	<i>Korelacijski koeficient</i>	<i>Značilnost (P)</i>
K uporabniku pristopim z mirnim in prijaznim glasom. Uporabnika poskusim zamotiti s tistim, kar ima rad.	0,567	0,000

Tabela 5 prikazuje povezanost odgovorov glede načina reševanja ovir v komunikaciji, pri katerih smo ugotovili korelacijo, ki je statistično značilna ($p < 0,05$). Rezultati so pokazali, da anketiranci, ki rešujejo ovire v komunikaciji z uporabniki tako, da poskusijo uporabnika zamotiti s tistim, kar ima rad, k njemu tudi pristopijo z mirnim in prijaznim glasom. Povezanost dokazuje korelacijski koeficient, ki je statistično značilen ($p < 0,05$). Spearmanov koeficient korelacije je med 0,4 in 0,7, kar kaže na srednje močno povezanost med odgovori.

Tabela 6: Primerjava med starostjo izvajalcev zdravstvene nege in kakovostno komunikacijo z uporabniki

<i>Starost</i>	<i>Kaj je po vašem mnenju ključno za kakovostno komunikacijo z uporabniki?</i>				<i>Skupaj</i>
	<i>Verbalna komunikacija</i>	<i>Sprejemanje uporabnikove individualnosti</i>	<i>Empatija izvajalca zdravstvene nege</i>	<i>Spoštovanje zdravstvenega delavca</i>	
20–30 let	3 (20 %)	11 (73,3 %)	1 (6,7 %)	0 (0,0 %)	15 (100 %)
31–40 let	1 (14,3 %)	5 (71,4 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	7 (100 %)
41–50 let	4 (25,0 %)	9 (56,2 %)	3 (18,8 %)	0 (0,0 %)	16 (100 %)
nad 51 let	0 (0,0 %)	4 (100 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100 %)
Skupaj	8 (19,0 %)	29 (69 %)	4 (9,5 %)	1 (2,4 %)	42 (100 %)

Tabela 6 prikazuje mnenje anketiranih o vplivu dejavnikov na kakovostno komunikacijo z uporabniki glede na starostne skupine. Vidimo, da je pri večini anketiranih (69 %) ključnega pomena za kakovostno komunikacijo z uporabnikom sprejemanje uporabnikove individualnosti.

31 % anketiranih je bilo neodločenih glede tega, ali so skozi formalno izobraževanje pridobili dovolj znanja za pravilno komunikacijo z uporabniki. 28,6 % anketirancev je mnenja, da so pridobili dovolj znanja, 26,2 % anketirancev meni, da skozi formalno izobraževanje niso pridobili dovolj znanja. Povprečna vrednost ocene pogostosti znaša 2,64, standardni odklon 0,93. Več kot polovica anketiranih (57,1 %) je mnenja, da bi včasih potrebovali dodatna strokovna izpopolnjevanja s področja komunikacije. 19 % jih je mnenja, da dodatnih strokovnih izpopolnjevanj ne potrebujejo.

Pri primerjavi uporabe komunikacijskih metod in stopnje izobrazbe izvajalcev zdravstvene nege, ki so sodelovali v raziskavi, so rezultati pokazali, da 60 % anketira-

nih z visokošolsko strokovno izobrazbo uporablja s kretnjami podprto komunikacijo pri komunikaciji z uporabniki. Anketiranci s srednješolsko izobrazbo jo uporabljajo v 51,4 %. V starostni skupini med 21 in 30 let slaba tretjina (32,4 %) anketiranih s srednješolsko izobrazbo ne uporablja nobene od naštetih komunikacij.

7 Razprava

Komunikacijske težave so glavna ovira pri zagotavljanju učinkovite oskrbe oseb z motnjami v duševnem razvoju (McEnhill and Tuffrey, 2008; Lip Chew, Iacono and Tracy, 2009). Za kakovostno komunikacijo z uporabniki si je treba vzeti čas, še posebej pri tistih z najtežjo motnjo v duševnem razvoju, saj svoje potrebe izražajo predvsem z neverbalno komunikacijo (Godnič, 2007). Pri analizi rezultatov smo ugotovili, da izvajalcem zdravstvene nege predstavlja največjo komunikacijsko oviro prav pomanjkanje časa. Lip Chew, Iacono and Tracy (2009) navajajo, da je individualni pristop v komunikaciji z vsakim uporabnikom izredno pomemben, saj vpliva na zdravstvene izide in pacientovo zadovoljstvo.

Oviro v komuniciranju predstavlja tudi nerazumevanje tega, kar jim uporabnik želi sporočiti (Drobne in sod., 2009). To trditev lahko potrdimo, saj polovici anketiranih izvajalcev zdravstvene nege predstavlja nerazumevanje tega, kar jim želi uporabnik sporočiti, oviro pri kakovostni komunikaciji. V takšnem primeru si pomagajo z nadomestno komunikacijo, pogosto tudi z istimi ali drugimi besedami ponovijo, kar jim je povedal uporabnik. Na splošno osebe z motnjami v duševnem razvoju poleg motenj govora kažejo manjše ali večje težave na področju percepcije, učenja, spomina, koncentracije, organizacije in drugega (Levc, 2014). Lip Chew, Iacono and Tracy (2009) kot eno izmed priporočil navajajo uporabo slik in diagramov za jasnejše pojasnilo uporabnikom.

Uporabniki z motnjo v duševnem razvoju imajo omejene komunikacijske veščine, kar vpliva na izražanje in posledično na zmanjševanje socialne vključenosti, navaja Quintero (2011). Ugotavljamo, da rezultati nakazujejo, da je težava s koncentracijo uporabnika tista motnja oziroma ovira, s katero se izvajalci zdravstvene nege najpogosteje srečujejo pri komunikaciji z njimi.

Uporabniki imajo lahko tudi težave pri izražanju svojih misli in občutkov. Prav tako imajo težave pri razlikovanju, povezovanju, izražanju in razumevanju slišane ali prebranega (Levc, 2014). To lahko potrdimo, saj anketirani menijo, da uporabniki pogosto ne poznajo besed, s katerimi bi izrazili svojo misel, oziroma besede slišijo, vendar jih ne razumejo.

Prav tako nas je zanimalo, kako izvajalci zdravstvene nege rešujejo nastale ovire v komunikaciji. Na podlagi analize rezultatov smo ugotovili, da zelo pogosto pristopijo k uporabniku z mirnim in prijaznim glasom, večkrat ga tudi poskušajo zamotiti s tistim, kar ima rad (predmet, glasba ...). Pri reševanju nastalih ovir v komunikaciji se pogosteje posvetujejo s sodelavci v timu, manj pogosto za nasvet vprašajo svojce uporabnikov. Svojci lahko izvajalcem zdravstvene nege povedo, kaj določen izraz na

obrazu, obnašanje itd. pri uporabniku pravzaprav pomeni (Centre for Developmental Disability Health Victoria, 2014). Še zlasti nam veliko pomagajo pri otrocih z motnjo v duševnem razvoju, saj le preko svojcev lahko komuniciramo z njimi. Sodelovanje med družino in izvajalci zdravstvene nege naj bi vodilo k spodbudi, podpori in razvoju otroka in njegove osebnosti (Godnič, 2007). Dejstvo pa je, da svojci velikokrat nimajo pogostih stikov z uporabniki, zato je posvet s sodelavci včasih edina možnost.

Brglez (2014) navaja, da več kot polovica anketiranih meni, da bi včasih potrebovali dodatno strokovno izobraževanje in izpopolnjevanje s področja komunikacije. Ob primerjavi med dodatnim strokovnim izpopolnjevanjem in izobrazbo je ta delež nekoliko višji pri anketirancih z visokošolsko strokovno izobrazbo. Anketirani, ki so sodelovali v raziskavi, so po našem mnenju premalo samokritični. Za delo s tako zahtevno skupino uporabnikov je potrebno stalno strokovno izobraževanje in seznanjanje z najnovejšimi komunikacijskimi metodami, kajti le tako bi lahko razumeli potrebe uporabnikov in jim pomagali do večjega uspeha in zadovoljstva v življenju. Slaba petina jih meni, da tega izobraževanja sploh ne potrebujejo. Lennox, Diggins in Ugoni (2007) ugotavljajo, da se splošni zdravniki zavedajo komunikacijskih ovir pri delu z uporabniki in se strinjajo, da je treba povečati priložnosti za izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje na področju komunikacije z uporabniki, ki imajo motnje v duševnem razvoju.

Omejitev raziskave je v tem, da smo vanjo vključili izvajalce zdravstvene nege le iz dveh zavodov (majhen vzorec) in neuravnotežena izobrazbena struktura (malo izvajalcev zdravstvene nege z najmanj visokošolsko strokovno izobrazbo).

8 Zaključek

Komunikacija z osebami z motnjo v duševnem razvoju predstavlja zelo zahteven del poklicnega delovanja medicinske sestre. V stroki zdravstvene nege ni splošnih navodil, kako izbrati primerno obliko komunikacije, zato je ta odvisna od vsake posamezne medicinske sestre in njenih izkušenj v praksi. Prav tako tudi ni veliko strokovne literature in znanstvenih dokazov, ki bi bili medicinskim sestram v pomoč pri učinkovitejši in kakovostnejši komunikaciji. Medicinske sestre se morajo zavedati, da so osebe z motnjami v duševnem razvoju, kot tudi drugi pacienti, enkratna in neponovljiva bitja, ki jim je potrebno celostno pristopiti, potrebno je upoštevati njihove individualne potrebe in temu prilagoditi tudi način komuniciranja.

Anketirani izvajalci zdravstvene nege dojemajo sprejemanje uporabnikove individualnosti kot ključen dejavnik kakovostne komunikacije z osebami z motnjami v duševnem razvoju. To se odraža tudi v visoko ocenjenih odgovorih o uporabi nadomestne komunikacije ter usmerjanja pozornosti na stvari, ki jih ima posameznik rad.

Z našo raziskavo, ne glede na njene omejitve, smo prišli do pomembnih rezultatov, ki bodo osnova za pripravo smernic komuniciranja z osebami z motnjo v duševnem razvoju ter za nadaljnji razvoj proučevanega področja in za kakovostnejšo izvajanje zdravstvene nege.

Komunikacija pri obravnavi oseb z motnjo v duševnem razvoju zahteva veliko truda, potrpežljivosti, iznajdljivosti ter izkušenj. Prav pa bi bilo, da bi se vsi izvajalci zdravstvene nege ustrezno izobraževali za delo z osebami z motnjami v duševnem razvoju - formalno v dodiplomskem študijskem programu zdravstvene nege ali v podiplomskih študijskih programih ali v vseživljenjskih oblikah izobraževanja. Z dodatnim znanjem bodo izvajalci zdravstvene nege dosegli višjo stopnjo kakovosti komuniciranja in dosegli zadovoljstvo oseb z motnjo v duševnem razvoju in njihovih družin.

Mirko Brglez, Boris Miha Kaučič, MSc, Ivanka Limonšek

Communication Barriers when Treating People with Mental Disabilities

An effective communication with people with mental disabilities is an important element in ensuring quality nursing care. The knowledge of basic communication characteristics is essential, as is the knowledge of factors that influence whether the communication will be successful or not.

Communication and communicating represent an important part of professional work of a nurse when working with people with mental disabilities, and often also serves as a therapeutic means for helping them. The difficulties with the users' communication with the environment are shown in the fact that they distance themselves from the others, stereotypical behaviour along with eating disorders can occur, apathy, auto and hetero aggression. Such problems can hinder our work, or slow it down, and consequently it may not be done in a quality manner it should have been. When communicating with the users it is also of great importance how we speak. We need to take into consideration the intonation and the meaning of certain words, listen not only with our ears, but also with our eyes and emotions. An individual needs to be accepted the way he or she is, we need to accept the uniqueness of each individual and establish a proper way of communicating with him or her, whereby an important role is played by touch, smell, gestures, and mimics.

Persons with mental disabilities are persons, who deviate from the expected characteristics and abilities (defined by the environment) and need additional attention and care. The communication with the users is not simple, as their communication abilities greatly differ. They can either speak or they do not speak at all, they use the forms of surrogate and support communication, visible and behavioural cues for their wishes, needs and feelings. There are no general guidelines on how to establish a proper form of communication, as it differs from individual to individual.

The quantitative research method was used along with the method of description and the survey technique. In order to collect the data, a structured survey questionnaire was used as an instrument, developed on the basis of a literature research

(McEnhill and Tuffrey, 2008; Kosi and Novak, 2008; Korošec and Ogrin, 2013). The thematic set, which was dedicated to the field of communication barriers consisted of one open question and three charts with five and six claims from the field of barriers that occur in communication with people with mental disabilities. In order to evaluate the standpoints, the five-level Likert scale was used. The survey was anonymous.

The non-random purpose pattern was used, in which we included 60 nursing care providers, employed at the Centre for Education, Work and Care Dobrna and Institute for Training, Work and Social Care Dornava. Out of 60 distributed survey questionnaires, 42 were returned and properly filled in, which represents 70.0% realization of the sample. The data were analysed with the help of the program SPSS 21.0. Cronbach's alpha coefficient was 0.76. The surveyed nursing care providers were ensured the rights to full explanation, the right to self-determination, anonymity and confidentiality. The participation in the research was voluntary, with the option to decline the participation. We took into consideration the Code of Ethics in Nursing care of Slovenia (2014), Oviedo Convention, which regulates the field of research, and all the ethical guidelines for the research in the field of nursing care. The consent to the research was given by the commission of the Nursing College in Celje as well.

The survey results show that the respondents know how to communicate properly with the users and lay the importance on the users' individuality. In communication with the users they are patient and tolerant, even though the most frequent communication barrier represents the lack of time (69%). This is followed by not understanding of what the user is trying to say (52.4%). 30.9% of the surveyed nursing care providers are of the opinion, that one of the communication barriers is represented by nursing care providers talking too quickly. They are also of the opinion that the most frequent communication barrier is the problem with the concentration of the user ($MV = 3.64$; $SD = 0.79$). On the average, they also agreed with the claim that the users often do not know the words to express their thoughts with ($MV = 3.55$; $SD = 0.80$), and that the users do not understand the words they hear ($MV = 3.33$; $SD = 0.72$). The fear of the authority of the employed is rarely recognised as a barrier they come across only occasionally ($MV = 2.36$; $SD = 0.98$). On the average, nursing care providers very frequently solve the communication barriers with the users in a way that they approach the user with a calm and friendly voice ($MV = 4.19$; $SD = 0.74$). They also consult co-workers in their team ($MV = 3.81$; $SD = 1.04$). They often try to distract the user with what he or she likes (an object, music...) ($MV = 3.71$; $SD = 0.83$). The respondents who think that the most common communication barrier is that the users do not hear well, also think that that some of the frequent communication barriers are that the users do not understand the words they hear, and do not know the words to express their thoughts with, and their problems with concentration. The correlation between the answers is proved by the correlation coefficient, which is statistically significant ($p < 0.05$). The Spearman correlation coefficient is between 0.3 and 0.6, which indicates an intermediate correlation between the answers. The biggest correlation is shown between the answers, that the users do not understand the words they hear and that the users do not know the words to express their thoughts with, where the correlation

coefficient is 0.62. The nursing care providers solve the communication barriers with the users in a way that they consult their co-workers in the nursing care team and ask the relatives of the users for advice, they try to distract the user with what he or she likes, and approach him or her with the calm and friendly voice. The interrelation is also shown by the correlation coefficient, which is statistically significant ($p < 0.05$). The Spearman correlation coefficient is between 0.4 and 0.7, which indicates an intermediate connection between the answers.

Even though they are not properly qualified, more than half of the respondents use at least one support or surrogate form of communication in their communication with the users. It is interesting, that in the age group 21 to 30, almost a half of the respondents are not using any of the enumerated forms of communication. Probably this age group of healthcare providers pays a bigger attention to non-verbal communication. Especially when interacting with the patient with a heavy mental disability, none of the support or surrogate communication forms can be used, but non-verbal communication, a good knowledge of the individual, and an individual approach are used instead. Therefore it can be concluded, that the further education of the employees in the field of communication is of great importance.

We can conclude that the surveyed nursing care providers can communicate properly with people with mental disabilities, but they would nevertheless need additional professional education and training in the field of quality communication. It would be especially meaningful for the healthcare providers to train themselves in the field of surrogate and support communication. In this way, an individual's life is facilitated, and the person is helped to a greater complacency and success in life.

One of the largest barriers for effective communication with people with mental disabilities appears to be the lack of time. As the employment of additional employees is not possible, possibly the present process of nursing care should be changed or adjusted, so that the nursing care providers would have more time for the quality communication with the users. We suggest that the quality of the communication of nursing care providers with the users should be researched further, as our research has shown that only formal education is not enough for the quality communication with people with mental disabilities, especially in the field of support and surrogate communication. The work with people with mental disabilities is challenging, but at the same time honourable, as in each and every one of them is hiding something special that differs them from us, and yet inspires us. The limitations of our research can be seen in a small sample, as the research was carried out in two social care institutions in Slovenia. One of the problems is also represented by the low educational structure of the surveyed healthcare providers.

LITERATURA

1. Baar, O. and Sowney, M. (2007). The challenges for nurses communicating with and gaining valid consent from adults with intellectual disabilities within the accident and emergency care service. *Journal of Clinical Nursing*, 16, No. 9, pp. 1678–1686.

2. Brenčič, J. (2008). Sodoben pristop v pediatrični zdravstveni negi pri otrocih in mladostnikih s posebnimi potrebami. V: Černetič, A., Dobrinja, D., Kelbič, M., Limonšek, I. and Žabkar, B. (ur.). *Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, str. 12–19.
3. Brglez, M., Kaučič, B. M. and Limonšek, I. (2015). Načini komuniciranja izvajalcev zdravstvene nege z osebami z motnjami v duševnem razvoju. V: Kaučič, B. M., Presker Planko, A., Plank, D. and Esih, K. (ur.). *Prihodnost in razvoj zdravstvenih ved temelji na raziskovanju študentov zdravstvenih ved*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str. 398–408.
4. Brglez, M. (2014). *Načini komuniciranja izvajalcev zdravstvene nege z osebami z motnjami v duševnem razvoju (Diplomska naloga)*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
5. Centre for Developmental Disability Health Victoria – Better Health, Better Lives. (2014). *Working with people with an intellectual disability in healthcare settings*. Pridobljeno dne 8. 9. 2014 s svetovnega spleta: <http://www.cddh.monash.org/assets/documents/working-with-people-with-intellectual-disabilities-in-health-care.pdf>.
6. Dobnik, M. (2007). Analiza komunikacijskega udobja in motenj pri komunikaciji. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, št. 2/3, str. 153–158.
7. Debeljak, M., Groleger Sršen, B., Korošec, B., Ogrin, M. and Vovk, N. (2013). Analiza postopka testiranja sposobnosti bolnikov za uporabo sistema za nadomestno komunikacijo, ki omogoča vodenje računalnika z usmerjanjem pogleda. *Rehabilitacija*, 12, št. 2, str. 61–70.
8. Drobne, J., Mohar, P. and Prebil, A. (2009). *Komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba.
9. Flajs, N. (2005). V vrtincu komunikacije na delovnem mestu. V: Lahe, M. and Kaučič, B. M. (ur.). *Učinkovito komuniciranje in reševanje konfliktov*. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor, str. 3–7.
10. Godnič, K. (2007). Komunikacija zdravstvenih delavcev z otrokom in mladostnikom s posebnimi potrebami. V: Brumec, I. et al. (ur.). *Kakovost in komunikacija v pediatrični zdravstveni negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, str. 50–56.
11. Gorše Muhič, M. (2009). Terapevtska komunikacija. V: Pregelj, P. and Kobentar, R. (ur.). *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, str. 31–39.
12. Ivanc, Z. and Stričević, J. (2006). Besedne in nebesedne spretnosti pri sporazumevanju. V: Filej, B., Kaučič, B. M., Lahe, M. and Pajnkihar, M. (ur.). *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, str. 67–71.
13. Jurišič, B. (2012). Podporna in nadomestna komunikacija je za nekatere med nami edina možnost. *Naš zbornik*, 45, št. 2, str. 3–15.
14. Kosi, V. and Novak, M. (2008). Kvaliteta življenja duševno manj razvitih oseb v Psihiatrični bolnišnici Ormož. V: Keček, M. (ur.). *Ko se duševna manjrazvitost in duševna motnja prepletata*. Ormož: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, str. 7–11.
15. Korošec, B. and Ogrin, M. (2013). Podporna tehnologija: Nadomestna in dopolnilna komunikacija. *Rehabilitacija*, 12, št. 2, str. 91–99.
16. Levč, S. (2014). *Liba laca lak: kako pomagamo otroku do boljšega govora*. Ljubljana: Samozaložba.
17. Lip Chew, K., Iacono, T. and Tracy, J. (2009). Overcoming communication barriers. *Australian Family Physician*, 38, No. 1/2, pp. 10–14.
18. Lennox, N. G., Diggins, J. N. and Ugoni, M. (2007). The general practice care of people with intellectual disability: barriers and solutions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, No. 5, pp. 380–390.

19. Limonšek, I. (2006). Etična načela v komunikaciji z osebami z motnjami v razvoju. V: Filej, B., Kaučič, B. M., Lahe, M. and Pajnkihar, M. (ur.). *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, str. 169–171.
20. McEnhill, L. and Tuffrey-Wijne, I. (2008). Communication difficulties and intellectual disability in end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, No. 4, pp. 189–194.
21. Paladin, M. (2011). *Neverbalna komunikacija*. Nova Gorica: Educa, Melior.
22. Štiglic, V. (2008). Mali Veliki človek. V: Keček M. (ur.). *Ko se duševna manjrazvitost in duševna motnja prepletata*. Ormož: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, str. 27–33.
23. Ule, M. (2009). *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
24. Videčnik, I. (2008). Podporna komunikacija pri osebah z motnjami v duševnem razvoju. V: Keček M. (ur.). *Ko se duševna manjrazvitost in duševna motnja prepletata*. Ormož: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, str. 53–56.
25. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2014). *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Pridobljeno dne 25. 6. 2014 s svetovnega spleta: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_kodeks_etike_za_babice_ul_za_objavo_na_spletni_strani_2_2_2015.pdf.
26. Quintero, M. (2011). Substance Abuse in People With Intellectual Dissabilities. *Social Work Today*, 11, No. 4, pp. 26.

Mirko Brglez, diplomirani zdravstvenik v Zdravstvenem domu Celje.

E-naslov: mirko.brglez@gmail.com

Mag. Boris Miha Kaučič, višji predavatelj na Visoki zdravstveni šoli v Celju.

E-naslov: miha.kaucic@vzsce.si

Ivanka Limonšek, Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Boštarnja Dornava ter predavateljica na Visoki zdravstveni šoli v Celju.

E-naslov: ivanka.limonsek1@telemach.net

Sposobnost zaposlenih za prepoznavanje in reševanje konfliktov v enotah nujne medicinske pomoči v jugovzhodni Sloveniji

Znanstveni članek

UDK 616-083.98(497.434)

616-083.98:316.48

KLJUČNE BESEDE: nujna medicinska pomoč, medosebni odnosi, konflikti, reševanje konfliktov

POVZETEK - Konflikti so neizogiben pojav v vsakdanjem družbenem, organizacijskem in poklicnem življenju in lahko predstavljajo nevarnost, hkrati pa so priložnost za razvoj posameznikov, odnosov in skupnosti. V raziskavi smo želeli ugotoviti sposobnost zaposlenih v nujni medicinski pomoči za prepoznavanje in reševanje konfliktov. V empiričnem delu je uporabljena kvantitativna metoda raziskovanja s tehniko anketiranja. V raziskavo so bili vključeni vsi zaposleni, ki delajo v nujni medicinski pomoči na jugovzhodu Slovenije. Vrnjenih je bilo 105 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 70,5-odstotni odziv. Statistična analiza je izvedena s statističnim programom SPSS 20.0. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med spremenljivkami sta uporabljena testa Shapiro-Wilk in ANOVA. Raziskava je pokazala, da imajo tehniki zdravstvene nege ($p = 0,323$, $\alpha = 0,05$), diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki ($p = 0,333$, $\alpha = 0,05$) in zdravniki ($p = 0,700$, $\alpha = 0,05$) srednje sposobnosti za prepoznavanje in reševanje konfliktov ter da med omenjenimi poklicnimi skupinami ne obstajajo statistično pomembne razlike ($p = 0,324$, $\alpha = 0,05$) v sposobnosti za prepoznavanje in reševanje konfliktov. Ne glede na zgornje ugotovitve, pa imajo zaposleni v nujni medicinski pomoči nizko toleranco za konflikte in je potrebno razvijati sposobnosti učinkovitega prepoznavanja in spoprijemanja s konflikti.

Scientific article

UDC 616-083.98(497.434)

616-083.98:316.48

KEY WORDS: emergency medical service, interpersonal relations, conflicts, conflict management

ABSTRACT - Conflicts are an inevitable phenomenon in everyday social, organizational or professional life which may represent a threat, however; at the same time they are an opportunity for the development of individuals, relationships and community. The aim of the research was to look into the employees' ability to identify and resolve conflicts in emergency medical service in Southeast Slovenia. In the empirical section the quantitative research method was used. The study included all employees who work in the emergency medical assistance in the Southeast Slovenia region. 105 questionnaires were returned, representing 70.5% of responsiveness. Statistical analysis was performed with the statistical program SPSS 20.0. For determining statistically significant differences between variables the tests Shapiro-Wilk and ANOVA were used. The study showed that nurses, registered nurses and doctors do not have a low ability in recognizing and solving conflicts, and among the mentioned groups there are no statistically important differences regarding the abilities for recognizing and solving conflicts. The study has proven that the employees, who work in the emergency medical assistance, have a medium ability in recognizing and solving conflicts. However, they do have a low tolerance for conflicts, therefore skills how to effectively recognize conflicts and resolve them accordingly need to be developed.

1 Uvod

Sodelovanje in vloga različnih strokovnjakov v enoti nujne medicinske pomoči nista tako preprosta. Pomanjkanje komunikacije in nesodelovanje med člani urgentne ekipe v težkih okoliščinah na terenu ter ob kritično bolni oziroma poškodovani osebi povečujejo stopnjo stresa, kar lahko privede do konfliktov. Težave pri komunikaciji in

sodelovanju lahko izvirajo iz pomanjkljivega zavedanja posameznika, da je sam le del enote s skupnimi cilji in že vnaprej določenimi vlogami.

Pri delu s sodelavci potrebujemo veščine, kot so spretnosti komuniciranja, vživljanje v perspektivo drugih ljudi, spretnosti sodelovanja in vodenja, spretnosti reševanja medosebnih konfliktov, ustvarjalno odzivanje na težave itd. (Puklek Levpušček in Marentič Požarnik, 2005).

Konflikti znotraj zdravstvenega tima niso nov pojav. V zadnjih 30 letih smo lahko zasledili številne objave, ki opisujejo konflikte med dvema poklicnima skupinama, kot so medicinske sestre in zdravniki (Lowe and Herranen, 1978; Kriesel and Rosenthal, 1986; Abramson and Mizrahi, 1996; Hendel, Fish and Berger, 2007; Brown, Lewis, Ellis, Stewart, Freeman and Kasperski, 2011). Večina teh študij je bilo izvedenih na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, medtem ko lahko na primarni ravni zasledimo le nekaj študij na to temo. Zahteve, pričakovanja in vloga članov posamezne skupine na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti so jasneje razmejene v primerjavi s člani, ki delujejo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (Penson, Kyriakou, Zuckerman, Chabner and Lynch, 2006; Baxter and Brumfitt, 2008; Brown et al., 2011).

Omejeno komuniciranje med zdravniki in medicinskimi sestrami predstavlja grožnjo za bolnikovo varnost. Če medicinske sestre s strani zdravnikov ne čutijo spoštovanja in razumevanja, se lahko počutijo nemočne in jezne, zato se bodo izogibale komunikaciji z dotičnimi zdravniki. To lahko vodi v nesporazume, napake in stopnjevanje konfliktov med vpletenimi osebami (Sirota, 2007; Ovijač, 2007). Avtorji (Farrell, 1997; Warner, 2001; Hesketh, Duncan, Estabrooks, Reimer, Giovannetti, Hyndman and Acorn, 2003; Almost, 2006) v svojih raziskavah poročajo, da so konflikti med medicinskimi sestrami in njihovimi sodelavci v porastu. Slabi medosebni odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki lahko povzročajo stres, frustracije in jezo, ki ovirajo medosebno komunikacijo in sodelovanje (Rosenstein and O'Daniel 2005; Shen, Chiu, Lee, Hu and Chang, 2011). Danna in Griffin (1999) ter Brinkert (2010) pišejo, da konflikti na delovnem mestu povzročajo stres in psihosomatske težave (glavobol, anksioznost, depresijo), Warner (2001), Cox (2003), Hesketh, Duncan, Estabrooks, Reimer, Giovannetti, Hyndman, Acorn (2003) in Almost (2006) k temu dodajajo še nezadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu, McKenna, Smith, Poole in Coverdale (2003) pa zaključujejo, da je prav nezadovoljstvo lahko vzrok, da oseba opusti trenutno delovno mesto.

2 Metodologija

2.1 Namen in cilji raziskave

Z raziskavo smo želeli preveriti teoretična spoznanja s področja konfliktov in ugotoviti, koliko so zaposleni v enotah nujne medicinske pomoči sposobni zaznati, prepoznati in se soočiti s konflikti. Cilj raziskave je bil ugotoviti, kako imajo zaposleni v enotah nujne medicinske pomoči razvito sposobnost zaznavanja in prepoznavanja

konfliktov pri motnjah v interakciji s sodelavci ter kako so sposobni to prezreti in funkcionirati kljub manjšim konfliktom. Postavljeni sta bili dve hipotezi:

1. Zaposleni v enotah nujne medicinske pomoči imajo nizko sposobnost za prepoznavanje in reševanje konfliktov.
2. Med tehniki zdravstvene nege, diplomiranimi medicinskimi sestrami/zdravstveniki in zdravniki obstaja razlika v sposobnosti za prepoznavanje in reševanje konfliktov.

2.2 Raziskovalna metod in opis instrumenta

V empiričnem delu je uporabljena kvantitativna metoda s tehniko anketiranja (VTOK 2012 – vpliv tolerance in občutljivosti na konflikt), ki ga je razvil Iršič (2012). Pridobljeno je bilo dovoljenje avtorja. Anketni vprašalnik je na začetku (prvi sklop) vseboval 48 trditev zaprtega tipa, na koncu (drugi sklop) pa vprašanja, ki so se nanašala na demografske podatke (spol, starost, delovno mesto, delovno dobo v NMP). Anketiranci so se do trditev opredelili po Likertovi lestvici, kjer je -3 pomenilo popolnoma nasprotujem, 3 pa popolnoma se strinjam.

Strukturna predstavitev anketnega vprašalnika

- Toleranco za konflikt zaposlenih smo ugotavljali s pomočjo 24 trditev. Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je 0,619.
- Občutljivost za konflikt zaposlenih smo prav tako ugotavljali s pomočjo 24 trditev. Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je 0,805.
- Sposobnost prepoznavanja in reševanja konfliktov zaposlenih je kombinacija izračuna tolerance in občutljivosti za konflikt. Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je 0,820.

2.3 Opis vzorca

Raziskava je bila omejena na zaposlene v enotah NMP, ki delujejo v jugovzhodni Sloveniji (Novo mesto, Črnomelj, Metlika, Trebnje, Kočevje, Ribnica). V raziskavi niso sodelovali zaposleni, ki nimajo opravljene najmanj srednje zdravstvene šole.

Med zaposlene v enotah NMP (jugovzhodna Slovenija) je bilo razdeljenih 149 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih in pravilno izpolnjenih jih je bilo 105, iz česar sledi, da je bila realizacija vzorca 70,5 %. Anketni vprašalnik je izpolnilo 48 medicinskih sester/tehnikov zdravstvene nege (45,7 %), 24 diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov (22,9 %) in 34 zdravnikov/zdravnic (31,4 %). Med anketiranimi je bilo 58 moških (55,2 %) in 47 žensk (44,8 %). V povprečju delo v NMP opravljajo 12,8 let, kar nakazuje na to, da razmere, v katerih delajo, zaposleni dobro poznajo. V raziskavi je uporabljen nenaključni namenski vzorec.

2.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

V jugovzhodni Sloveniji deluje 6 zdravstvenih domov, ki prebivalcem zagotavljajo 24-urno nujno medicinsko pomoč tako v urgentni ambulanti kot na terenu. Z načinom in namenom raziskave smo seznanili vodstvo omenjenih zdravstvenih domov, prav tako smo od njih pridobili vsa potrebna dovoljenja. Anketni vprašalniki so bili

poslani in vrnjeni po pošti. Vprašalnik je bil v celoti anonimen, sodelovanje pri izpolnjevanju pa izključno prostovoljno. Raziskava je presečnega tipa.

Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med spremenljivkami sta uporabljena testa Shapiro-Wilk in ANOVA. Za statistično analizo podatkov smo uporabili računalniški program SPSS 20.0.

3 Rezultati

Sposobnost za prepoznavanje in reševanje konfliktov smo razdelili v pet kategorij glede na izračunano število točk, in sicer:

- manj kot 0 točk (zelo nizka sposobnost),
- od 0 do 19 točk (nizka sposobnost),
- od 20 do 39 točk (srednja sposobnost),
- od 40 do 59 točk (visoka sposobnost),
- več kot 60 točk (zelo visoka sposobnost).

Tabela 1: Sposobnost za prepoznavanje in reševanje konfliktov

<i>Poklicna skupina</i>	\bar{x}	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>s</i>	<i>SE</i>
Tehnik zdravstvene nege	28,04	-38,00	88,00	27,78	4,00
Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik	38,04	-11,00	82,00	26,65	5,44
Zdravnik	30,66	-19,00	82,00	24,66	4,29

Legenda/Legend: \bar{x} – povprečje/average, Min – minimum/minimum, Maks – maksimum/maximum, s – standardni odklon/standard deviation, SE – standardna napaka/standard error

Iz tabele 1 je razvidno, da so tehniki zdravstvene nege v povprečju dosegli 28,04 točk, diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki v povprečju 10 točk več kot zdravstveni tehniki in sicer 38,04 točk. Zdravniki so v povprečju dosegli 2 točki več kot tehniki zdravstvene nege in 8 točk manj kot diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki. Njihova povprečna vrednost znaša 30,66 točk. Glede na rezultate lahko zaključimo, da vse tri poklicne skupine lahko uvrstimo v isto kategorijo (srednja sposobnost za prepoznavanje in reševanje konfliktov).

Tabela 2: Porazdelitev podatkov sposobnosti za prepoznavanje in reševanje konfliktov

<i>Poklicna skupina</i>	<i>Shapiro-Wilk test</i>	
	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
Tehnik zdravstvene nege	48	,323
Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik	24	,333
Zdravnik	33	,700

Legenda/Legend: df – stopinje prostosti/degrees of freedom, Sig – signifikanca/significance

Iz tabele 2 je razvidno, da so podatki v populaciji normalno porazdeljeni in da ne obstajajo statistično pomembne razlike. S tem smo zavrnili prvo hipotezo in dokazali, da nobena poklicna skupina nima nizke sposobnosti za prepoznavanje in reševanje konfliktov.

S pomočjo testa Shapiro-Wilk in Leveneove statistike smo ugotovili, da so podatki v celotnem vzorcu normalno porazdeljeni in da je varianca homogena. S tem smo izpolnili predpostavke za test ANOVA, ki je pokazal, da med različnimi poklicnimi skupinami v NMP ni statistično pomembnih razlik ($p = 0,324$ pri $\alpha = 0,05$). S tem smo zavrnili tudi drugo hipotezo in dokazali, da stopnja izobrazbe na delovnem mestu ne vpliva na sposobnost za prepoznavanje in reševanje konfliktov.

4 Razprava

Ugotovili smo, da zaposleni v NMP nimajo nizke sposobnosti za prepoznavanje in reševanje konfliktov in da med tehniki zdravstvene nege, diplomiranimi medicinskimi sestrami/zdravstveniki in zdravniki ne obstajajo statistično pomembne razlike v sposobnosti prepoznavanja in reševanja konfliktov. Avtorji (Farrell 1997; Warner 2001; Hesketh et al., 2003; Almost, 2006) v svojih raziskavah poročajo, da so konflikti med medicinskimi sestrami in njihovimi sodelavci v porastu. Odzivanje na konflikte je med drugim odvisno tudi od tolerance in občutljivosti na konflikt. V raziskavi ugotavljamo, da imajo vse tri poklicne skupine nizko toleranco za konflikt, ki se kaže predvsem v tem, da ob prisotnosti konflikta niso sposobni normalno funkcionirati in ne morejo preklopiti v drugo dejavnost, ker jih predhodna konfliktna situacija pri tem ovira. Prav tako se težave kažejo pri njihovem razpoloženju, ki se po prepiru spremeni. Konflikti na delovnem mestu veljajo za enega izmed najmočnejših stresorjev, ki povzročajo obremenitve. Poleg fizičnih učinkov (zvišana koncentracija adrenalina, povišani srčni utrip, povečana napetost mišic) je doživljanje stresa povezano z različnimi psihološkimi reakcijami (vznemirjenost, zaskrbljenost, jeza). Raziskave ugotavljajo pozitivne korelacije med konflikti na delovnem mestu in počutjem posameznika (Dijkstra, Bersma and Evers, 2011). Podobne rezultate v svoji raziskavi navaja Čurguz (2014), ki ugotavlja, da se zdravstveni delavci ob pojavu konfliktnih situacij počutijo nelagodno oz. pride do upada njihovega dobrega razpoloženja. Avtorici Lorber in Skela Savič (2011) ugotavljata, da je pomembno, da zdravstveni delavci znajo obvladovati svoje občutke in razmišljanja, morajo pa tudi imeti sposobnost razumeti sebe in druge, obvladati različne komunikacijske spretnosti, predvideti razpoloženje in tako pozitivno vplivati na svoje počutje in vzdrževanje dobrih medosebnih odnosov. V nadaljevanju raziskave ugotavljamo, da imajo vse tri poklicne skupine srednjo občutljivost za konflikt. Srednja občutljivost za konflikt zaposlenih v NMP se kaže v mnenju, da so konflikti škodljivi in nepotrebni ter prinašajo napetost in bolečino. Prav tako se ob prisotnosti konfliktov razburijo. Rezultati pokažejo, da imajo zaposleni negativen odnos do konfliktov. Omenjeno ugotovitev lahko podkrepimo z raziskavo Gregorc (2009), ki ugotavlja, da je med medicinskimi sestrami in zdravniki najpogostejši način reše-

vanja konfliktov prav izogibanje le-tem. V literaturi je prav izogibanje prikazano kot primarna strategija medicinskih sester za reševanje konfliktnih situacij (Vivar, 2006). Konflikti prav tako vplivajo na komunikacijo med zaposlenimi v NMP. V raziskavi ugotavljamo nezadovoljstvo z medsebojno komunikacijo vseh treh poklicnih skupin. Slaba komunikacija je še vedno eden izmed glavnih vzrokov za pritoževanje zaposlenih v delovnem okolju. Vsak član ekipe ima drugačno osebno filozofijo, kar se odraža tudi v njegovem komuniciranju (Newson, 2010). Pomembno je, da smo pozorni, kako člani tima komunicirajo med seboj in z bolnikom. Učinkovito medosebno komuniciranje potencialno zmanjšuje konflikte na delovnem mestu ter pozitivno vpliva na motivacijo. Z raziskavo so dokazali, da je zadovoljstvo bolnikov večje, kadar je med člani tima vzpostavljena dobra komunikacija (Newson, 2010).

Toleranca in občutljivost za konflikt skupaj tvorita sposobnost prepoznavanja in reševanja konfliktov. Ugotavljamo, da imajo tako tehniki zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki in zdravniki srednjo sposobnost za prepoznavanje in reševanje konfliktov. V raziskavi smo dokazali, da se zaposleni v NMP glede na sposobnost prepoznavanja in reševanja konfliktov ne razlikujejo od druge populacije. Večina izmed njih se je uvrstila v kategorijo s srednjo sposobnostjo za prepoznavanje in reševanje konfliktov (z manjšimi odkloni v pozitivno in negativno smer), za katero je značilna povprečna uspešnost pri obvladovanju konfliktov, komunikaciji in vzpostavljanju odnosov. So srednje uspešni pri svojem delu in povprečno zadovoljni s svojim življenjem in odnosi, ki jih vzpostavljajo.

Pri anketirancih je prišlo do inverzije povprečne vrednosti tolerance za konflikt. Glede na nizek prag tolerance za konflikt je smiselno razmisliti o uvedbi izobraževanja s področja konfliktov in njihovega učinkovitega obvladovanja. Iršič (2004) svetuje, da lahko prag tolerance zvišujemo s privajanjem na navzočnost konfliktov in urjenjem v njihovem obvladovanju ter širjenjem konteksta. Privajanje na konflikt pomeni, da od konflikta ne pobegnemo (fizično, čustveno ali miselno), ampak ostanemo, s čimer se utrjuje naše prepričanje, da nimajo vsi konflikti katastrofalnih posledic.

5 Zaključek

Raziskave, ki bi ugotovljale toleranco, občutljivost oz. sposobnost prepoznavanja in reševanja konfliktov zaposlenih v NMP v slovenskem prostoru, ni mogoče zaslediti.

Pri anketirancih je prišlo do inverzije povprečne vrednosti tolerance za konflikt. Glede na nizek prag tolerance za konflikt je smiselno razmisliti o uvedbi izobraževanja s področja konfliktov in njihovega učinkovitega obvladovanja. Namesto da bi imeli visoko toleranco in nizko občutljivost za konflikt, se je zgodilo ravno nasprotno, iz česar sledi ugotovitev: dokler se zaposleni v NMP ne bodo naučili prepoznati konflikta z motenimi interakcijami oz. ne bodo sposobni normalno funkcionirati kljub njihovi prisotnosti in jih učinkovito obvladovati, bodo le-ti ostali pereča problematika, s katero se ukvarjajo mnogi raziskovalci.

Obravnavana tema omogoča vrsto nadaljnjih raziskovanj. Takšno raziskavo je mogoče izvesti na vseh področjih v zdravstvu, prav tako bi bilo smiselno raziskavo razširiti in iskati povezave med sposobnostjo prepoznavanja in reševanja konfliktov in medosebnimi odnosi, stresom, medpoklicnim sodelovanjem itd.

Aljaž Kren, Marko Iršič, MA

Employees' Ability to Identify and Resolve Conflicts in Emergency Medical Service in Southeast Slovenia

Cooperation and the role of various professionals in the emergency medical services unit are not straightforward at all. The lack of communication and cooperation between the members of the emergency team in difficult circumstances on the ground, and when helping critically sick or injured people the team stress level increases, leading into conflicts among the members. Difficulties in communication and cooperation can occur from unawareness of a team member, that he or she is merely a part of the whole unit with common goals and predetermined roles.

When working with colleagues we need certain competencies, such as communication skills, entering the perspective of other people, skills of cooperation and management, skills for resolving interpersonal conflicts, creative responding to problems etc. (Puklek Levpušček and Marentič Požarnik, 2005).

Conflicts in interprofessional teams is not a new phenomenon. Over the last 30 years there have been numerous publications describing conflicts between professional dyads, such as physicians and nurses, social workers and nurses, family therapists and family doctors, and social workers and physicians (Lowe and Herranen, 1978; Kriesel and Rosenthal, 1986; Abramson and Mizrahi, 1996; Hendel et al., 2007 Brown et al., 2011). The majority of these studies have been conducted in the tertiary care settings and relatively few in the primary healthcare settings. Demands, expectations and roles of the teams on the secondary and tertiary level are more clearly delineated in comparison with the team members from the primary level of healthcare (Penson et al., 2006; Baxter and Brumfitt, 2008; Brown et al., 2011).

Limited communication between doctors and nurses poses a threat to ensuring the safety of patients. If nurses do not feel respected and understood by certain doctors, they can feel helpless and angry, and will avoid communicating with these doctors. This can lead to misunderstandings, mistakes and increase of conflicts between the involved parties (Sirota, 2007; Ovijač 2011). Authors Farrell (1997), Warner (2001), Hesketh et al. (2003) and Almost (2006) point out the recent study's findings that the frequency of conflict with nursing co-workers is on the rise. Nurses and physicians perceive disruptive behaviour as having negative or worsening effects on stress, frustration, concentration, communication, cooperation, information transfer, and workplace relationships (Rosenstein and O'Daniel, 2005; Shen et al., 2011).

The negative effects of persistent conflict are a major concern (Almost, 2006). For example, workplace conflict has been linked to a decreased work satisfaction and team performance in nursing (Cox 2003). It damages the work climate as well as the individual, both physically and psychologically (Danna and Griffin 1999, Brinkert, 2010). Some nurses even wanted to leave the profession as a consequence of these effects (McKenna et al., 2003).

The purpose of the research is to verify theoretical background in the field of conflicts and to determine to what extent are the employed in units of emergency medical services (EMS) able to detect, identify and deal with conflicts. The aim of the research is to determine how the employees in units of emergency medical services are able to sense and detect conflicts in interaction with their co-workers, and how they are able to ignore and function in a team, despite the minor conflicts. Two hypotheses were set:

- Employees in the emergency medical services units have a low capacity for identifying and resolving conflicts.*
- There is a difference in the ability for identifying and resolving conflicts between nursing care technicians / registered (male) nurses and doctors.*

The ability to identify and resolve conflicts was divided into five categories, depending on the number of points calculated:

- less than 0 points (very low ability for identifying and resolving conflicts),*
- from 0 to 19 points (low ability for identifying and resolving conflicts),*
- from 20 to 39 points (medium ability for identifying and resolving conflicts),*
- from 40 to 59 points (high ability for identifying and resolving conflicts)*
- more than 60 points (very high ability for identifying and resolving conflicts).*

Nursing care technicians achieved 28.04 points on average, registered (male) nurses 10 points more than the technicians, namely 38.04 points. Doctors achieved 2 points on average more than nursing care technicians and 8 points less than registered (male) nurses. Their average value equals 30.66 points. According to the results, we can conclude that all three occupational groups can be classified into the same category (medium ability for identifying and resolving conflicts).

By using the Shapiro-Wilk test, we have proven that there are no statistically significant differences between the nursing care technicians ($p = 0.323$; $\alpha = 0.05$), registered (male) nurses ($p = 0.333$; $\alpha = 0.05$) and doctors ($p = 0.700$; $\alpha = 0.05$). Accordingly, we have refuted the first hypothesis and proved that none of the three occupational groups has a low ability for identifying and resolving conflicts.

With the Shapiro-Wilk test and Levene statistics test, we have found out that the data are normally distributed within the sample and the variance is homogeneous. Thus, we have fulfilled the assumptions for the ANOVA test, which shows no statistically significant differences ($p = 0.324$; $\alpha = 0.05$) among the various professional groups in the emergency medical services (EMS). Consequently, we have refuted another hypothesis and demonstrated that the level of education in the workplace does not influence the ability for identifying and resolving conflicts.

We have found out that the employees in the EMS units do not have low ability for identifying and resolving conflicts and that there are no statistically significant differences between the nursing care technicians / registered (male) nurses ($p = 0.333$; $\alpha = 0.05$) and doctors ($p = 0.700$; $\alpha = 0.05$).

In their research, Farrell (1997), Warner (2001), Hesketh et al. (2003) and Almost (2006) point out that the frequency of conflict among nurses and their co-workers is on the rise.

Among other things, responding to conflicts also depends on the tolerance and sensitivity to the conflict situation. With our study we have determined that all three occupational groups have a low tolerance for conflicts, which is particularly reflected through the fact that they are not able to function properly in the presence of the conflict, furthermore, they are not able to switch to another activity due to the earlier conflict situation. Likewise, the difficulties are displayed through their mood, which changes after the conflict situation. Čerguz (2014) provides similar results from their study, noting that healthcare workers feel uncomfortable or even experience a decline in their mood, when a conflict situation occurs.

Authors Lorber and Savič Skela (2011) have determined that it is important for health professionals to be able to cope with their feelings and thinking; they must have the ability to understand themselves and others, to cope with a variety of communication skills, to anticipate the mood and thus positively affect their own well-being and to maintain good interpersonal relationships. In the following part of our research, we have found out that all three occupational groups have a medium sensitivity to conflicts. It is reflected through the opinion that they are harmful and unnecessary, bringing tension and pain. In addition, the respondents become upset in the presence of conflict situations. The results indicate that employees in the EMS units have a negative attitude towards conflicts.

The above-mentioned conclusions can be verified by the research conducted by Gregorc (2009). The research shows that the most common way of solving conflicts among the nurses and doctors is to avoid it. Tolerance and sensitivity for conflicts actually constitute the ability for identifying and resolving conflicts. We have found out that nursing care technicians, registered (male) nurses and doctors have a medium ability to identify and resolve conflicts. In our study, we demonstrated that the employees at EMS units do not differ from other population in relation to the ability for identifying and resolving conflicts. Most of the employees have been ranked in the category of medium ability for identifying and resolving conflicts (with minor deviations in the positive and negative direction), which is characterized by an average performance in managing conflict, communication and relationship building. They are successful in their work and display an average satisfaction with their lives and relationships they establish.

So far, we do not know any research that would deal with tolerance, sensitivity, or the ability of the employees in the Slovene EMS units to identify and resolve conflicts.

There has been an inversion of the average value for conflict tolerance with the respondents. According to the low level of tolerance for conflicts, it makes sense to consider the introduction of education in the field of conflicts and their effective management. Instead of having a high tolerance level and a low sensitivity for conflict situations, quite the opposite situation has been present, from which a conclusion can be drawn: as long as the employees at EMS units do not learn to recognize the conflict behind a disturbed interaction, or are not able to function adequately despite its presence, and handle the conflict efficiently, conflicts will remain a persistent issue, processed by many researchers.

The addressed topic enables a series of further research. Such research can be carried out in all areas of healthcare, it would also be reasonable to extend the research and look for coherence between the ability of identifying and resolving conflicts and interpersonal relations, stress, interprofessional cooperation, etc.

LITERATURA

1. Abramson, J. S. and Mizrahi, T. (1996). When social workers and physicians collaborate: positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work*, 41, No. 3, pp. 270–281.
2. Almost, J. (2006). Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 53, No. 4, pp. 444–453.
3. Baxter, S. K. and Brumfitt, S. M. (2008). Professional differences in interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care*, 22, No. 3, pp. 239–251.
4. Brinkert, R. (2010). A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*, 18, No. 2, pp. 145–156.
5. Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T. R. and Kasperski, M. J. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care*, 25, No. 1, pp. 4–10.
6. Cox, K. B. (2003). The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. *Nursing Administration Quarterly*, 27, No. 2, pp. 153–163.
7. Čurguz, M. (2014). Pomen konfliktov na počutje zdravstvenih delavcev. (Diplomska naloga). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
8. Danna, K. and Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25, No. 3, pp. 357–384.
9. Dijkstra, M. T. M., Beersma, B. and Evers, A. (2011). Reducing conflict-related employee strain: The benefits of an internal locus of control and a problem-solving conflict management strategy. *Work & Stress*, 25, št. 2, str. 167–184.
10. Farrell, G. A. (1997). Aggression in clinical settings: nurses' views. *Journal of Advanced Nursing*, 25, No. 3, pp. 501–508.
11. Gregorc C. (2009). Reševanje konfliktov: medicinske sestre, zdravniki. *Obzornik zdravstvene nege*, 43, št. 3, str. 155–162.
12. Hendel, T., Fish, M. and Berger, O. (2007). Nurse/physician conflict management mode choices: implications for improved collaborative practice. *Nursing Administration Quarterly*, 31, No. 3, pp. 244–253.
13. Hesketh, K. L., Duncan, S. M., Estabrooks, C. A., Reimer, M. A., Giovannetti, P., Hyndman, K. and Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy* 63, No. 3, pp. 311–321.
14. Iršič, M. (2004). Umetnost obvladovanja konfliktov. Ljubljana: Rakmo, str. 129.

15. Kriesel, H., T. and Rosenthal, D. M. (1986). The family therapist and the family physician: a cooperative model. *Family Medicine*, 18, No. 4, pp. 197–200.
16. Lorber, M. in Skela Savič, B. (2011). Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45, št. 4, str. 247–252.
17. Lowe, J. I. and Herranen, M. (1978). Conflict in teamwork: understanding roles and relationships. *Social Work in Health Care*, 3, No. 3, pp. 323–330.
18. McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J. and Coverdale, J. H. (2003). Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42 No. 1, pp. 90–96.
19. Newson, P. (2010). Good communication at work can open the gateway to better relationships. *Nursing and Residential Care*, 12 št.8, str. 366–69.
20. Ovijač, D. (2007). Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov. (Magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
21. Penson, R. T., Kyriakou, H., Zuckerman, D., Chabner, A. and Lynch, T. J. (2006). Teams: Communication in multidisciplinary care. *The Oncologist*, 11, No. 5, pp. 520–526.
22. Puklek Levpušček, M. and Marentič Požarnik, B. (2005). Skupinsko delo za aktiven študij. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Center za pedagoško izobraževanje, str. 31.
23. Rosenstein, A. H. and O’Daniel, M. (2005). Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *The American Journal of Nursing*, 105, No. 1, pp. 54–64.
24. Shen, H. C., Chiu, H. T., Lee, P. H., Hu, Y. C. and Chang, W. Y. (2011). Hospital environment, nurse–physician relationships and quality of care: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67, No. 2, pp. 349–358.
25. Sirota, T. (2007). Nurse/physician relationships improving or not? *Nursing*, 37, No. 1, pp. 52–56.
26. Vivar, C. G. (2006). Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of Nursing Management*, No. 3, pp. 201–206.
27. Warner, I. (2001). Nurses’ perceptions of workplace conflict: implications for retention and recruitment: doctoral dissertation. Canada: Royal Roads University.

Aljaž Kren, mag. zdrav. nege, Zdravstveni dom Črnomelj in predavatelj na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto.

E-naslov: aljaz.kren@gmail.com

Marko Iršič, magister pedagoških znanosti, Zavod Rakmo Ljubljana, Center za mediacijo in obvladovanje konfliktov.

E-naslov: marko.irsic@rakmo.si

NAVODILA AVTORJEM

Revija za zdravstvene vede objavlja znanstvene, strokovne in druge prispevke. Kategorijo prispevka predlaga avtor, končno presojeno pa na osnovi strokovnih recenzij opravi uredništvo oziroma odgovorni urednik. Članki, ki so objavljeni, so recenzirani.

Avtorje prosimo, da pri pripravi znanstvenih in strokovnih člankov upoštevajo naslednja navodila:

1. Prispevke z vašimi podatki pošljite na naslov: Uredništvo JHS – Revija za zdravstvene vede, Na Loko 2, SI-8000 Novo mesto, Slovenija. Prispevke sprejemamo tudi na elektronski naslov uredništva. Prispevek naj bo napisan z urejevalnikom besedil Microsoft Word. V primeru, da ga posredujete izključno v elektronski obliki, mora biti tudi v PDF obliki.
2. Prispevki lahko obsegajo do 30.000 znakov.
3. Vsak prispevek naj ima na posebnem listu naslovno stran, ki vsebuje ime in priimek avtorja, leto rojstva, domači naslov, številko telefona, naslov članka, akademski in strokovni naslov, naslov ustanove, kjer je zaposlen in elektronski naslov. Če je avtorjev več, se navede zahtevane podatke za vsakega avtorja posebej. Vodilni avtor mora biti med avtorji napisan na prvem mestu.
4. Znanstveni in strokovni prispevki morajo imeti povzetek v slovenskem (do 1.200 znakov s presledki) in v angleškem jeziku. Povzetek in ključne besede naj bodo napisani na začetku prispevka. Priložiti je treba tudi razširjeni povzetek (10.000 znakov s presledki) v angleškem jeziku.
5. Tabele in slike naj bodo vključene v besedilu tja, kamor sodijo. Slike naj bodo tudi priložene kot samostojne datoteke v ustreznem slikovnem (jpg, bmp) oziroma vektorskem (eps) zapisu.
6. Seznam literature uredite po abecednem redu avtorjev, in sicer:
 - za knjige: priimek in ime avtorja, leto izdaje, naslov, kraj, založba. Primer: Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
 - za članke v revijah: priimek in ime avtorja, leto objave, naslov članka, naslov revije, letnik, številka, strani. Primer: Orel, R. (2010). Sindrom razdražljivega črevesa. Medicinski razgledi, 49, št. 4, str. 479-486.
 - za članke v zbornikih: priimek in ime avtorja, leto objave, naslov članka, podatki o knjigi ali zborniku, strani. Primer: Robida, A. (2013). Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. V: Filej, B. (ur.). Celostna obravnava pacienta. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, str. 7-16.
 - za spletne reference je obvezno navajanje spletne strani z imenom dokumenta ter datumom povzema informacije. Primer: BrCAR, P. (2003). Kako poskrbeti za zdravje šolarjev. Inštitut za varovanje zdravja RS. Pridobljeno dne 20.08.2012 s svetovnega spleta: <http://www.sigov.si/ivz/vsebine/zdravje.pdf>.
7. Vključevanje reference v tekst: Če gre za točno navedbo, napišemo v oklepaju priimek avtorja, leto izdaje in stran (Debevec, 2013, str. 15). Če pa gre za splošno navedbo, stran izpustimo (Debevec, 2013).

Vsa dodatna pojasnila glede priprave in objave prispevkov, za katere menite, da niso zajeta v navodilih, dobite pri glavnem in odgovornem uredniku. Za splošnejše informacije in tehnično pomoč pri pripravi prispevka se lahko obrnete na uredništvo oziroma na naš elektronski naslov: urednistvo@jhs.si.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The Journal of Health Sciences publishes scientific and professional papers as well as other relevant papers. The category of the paper is proposed by the author, and the final assessment is based on peer review and made by the Editor-in-Chief. The published papers are reviewed.

In the preparation of scientific and professional papers, please consider the following instructions:

1. Papers in printed form with your information and abstracts should be sent to: Editorial Board of Journal of Health Sciences, Na Loko 2, SI-8000 Novo mesto, Slovenia. We also accept papers sent to our e-mail address. The paper should be written with Microsoft Word text editor. In case that you send the paper only in electronic form, you should also send the paper in PDF format.
2. Scientific papers may include up to 30,000 characters.
3. Each paper should have a separate sheet cover page that contains the name and surname of the author, year of birth, home address, phone number, title of the article, academic and professional title, address of the institution where the author works and e-mail address. In the event that there are several authors, the Journal writes the required information for each author individually. The leading author should be written in the first place.
4. Scientific and professional papers should have an abstract in Slovene (up to 1,200 characters with spaces) and in English. The abstract and keywords should be written at the beginning of the paper. It should also be accompanied by an extended abstract (10,000 characters including spaces) in English.
5. Tables and figures should be appropriately included in the text where they belong. Images should also be attached as separate files in the corresponding image (jpg, bmp) or vector (eps) format.
6. The list of references should be arranged in alphabetical order of authors, as follows:
 - for books: surname and name of the author, publication year, title, place, publisher. Example: Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
 - for articles in journals: surname and name of the author, publication year, article title, journal title, volume, number, pages. Example: Orel, R. (2010). Sindrom razdražljivega črevesa. Medicinski razgledi, 49, No. 4, pp. 479-486.
 - for articles in proceedings: surname and name of the author, publication year, article title, information about the book or journal, pages. Example: Robida, A. (2013). Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. In: Filej, B. (ed.). Celostna obravnava pacienta. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 7-16.
 - for online references, it is compulsory to state the exact website along with the name of the document and the date of finding information. Example: BrCAR, P. (2003). How do the health of schoolchildren. Institute of Public Health. Retrieved on 8/20/2008 from the Internet: <http://www.sigov.si/ivz/vsebine/zdravje.pdf>.
7. The inclusion of references in the text: If it is a quotation, write the surname, publication year and page in brackets (Debevec, 2013, p. 15). If it is a citation, the page is omitted (Debevec, 2013).

For any further clarification and information not covered in these instructions with regard to the preparation and publication of papers, please contact the Editor-in-Chief. For general information and technical assistance in preparing the paper, please contact the editorial office or send your questions to our e-mail address: editorial.office@jhs.si.