



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**ODNOS ŠTUDENTOV DO UPORABE  
UMETNOSTI PRI ZDRAVSTVENI  
OBRAVNAVI PRI OSEBI Z DUŠEVNO  
MOTNJO**

**STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS ART  
THERAPY IN THE TREATMENT OF PEOPLE  
WITH MENTAL DISORDERS**

Mentorica: dr. Vesna Čuk, viš. pred.

Kandidatka: Mina Jera Kovač

Jesenice, julij, 2018

## **ZAHVALA**

To delo je posvečeno Dini, ki me je brezpogojno in nesebično ljubila od svojega prvega do svojega zadnjega dne. Hvaležna sem, da sva bili lahko skupaj in da sem se od nje lahko učila.

Dr. Vesni Čuk, viš. pred. se zahvaljujem za naknaden prevzem mentorstva diplomske naloge, za vso pomoč in usmerjanje pri pisanju ter za pozitivno naravnost.

Zahvaljujem se gospe doc. ddr. Joci Zurc, s katero sva izoblikovali idejo o temi diplomske naloge.

Mag. Branku Bregarju, viš. pred. pa gre zahvala za recenzijo naloge in prof. Heleni Madon za lektoriranje.

Hvala draga Špela, za prijateljstvo, spodbudo in pomoč, res ne vem, kako bi šlo brez tebe.

Največja zahvala gre mojima staršema, ki sta mi omogočila šolanje in me vedno na vseh področjih skušala podpirati.

Hvala vsem, ki so bili v mojem življenju tako ali drugače prisotni, saj so vsak po svoje pripomogli k temu, da sem danes takšna, kakršna sem.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Stigmatizacija oseb z duševno motnjo je v današnji družbi prisotna in razširjena tudi med zdravstvenimi delavci in študenti zdravstvenih ved. Uporaba umetnosti v šolanju zdravstvenih delavcev ima velik potencial kot orodje za višanje samozavedanja in empatije.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je raziskati vpliv umetnosti na stigmatizacijo oseb z duševno motnjo ter pridobiti mnenje študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin o vključevanju umetnosti v študijski program zdravstvene nege.

**Metoda:** Uporabljen je bil kvantitativni pristop raziskovanja z deskriptivno metodo in vprašalnikom. Namenski preučevani vzorec je vključil vseh 270 študentov prvostopenjskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin v študijskem letu 2015/16. Vrnjenih je bilo 140 vprašalnikov, kar predstavlja 51,8 % realizacijo vzorca. Podatki so bili prikazani z opisno statistiko, za statistično razliko med dvema skupinama študentov se je uporabil Wilcoxonov test vsote rangov.

**Rezultati:** Delež študentov, ki se z umetnostjo ukvarja, je 45 % ( $n = 63$ ), 55 % ( $n = 77$ ) pa se z umetnostjo ne ukvarja. Študentje, vključeni v raziskavo, imajo pozitivno mnenje o vključevanju umetnosti v študijski program zdravstvene nege in menijo, da bi umetnost pripomogla k nižanju stigmatizacije oseb z duševno motnjo. Vendar pa med skupino študentov, ki se z umetnostjo ukvarja, in tistimi, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo, ni statistično pomembnih razlik v stigmatizaciji oseb z duševnimi motnjami ( $U = 2001,50$ ,  $p = 0,1698$ ). Študentje, ki se z umetnostjo ukvarjajo pripisujejo veliko večjo možnost vpliva umetnosti na nižanje stigmatizacije in razvoj empatije, kot tisti, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo ( $U = 3294,50$ ,  $p < 0,001$ ).

**Razprava:** S pregledom literature in tujih raziskav smo ugotovili, da se s pomočjo umetnosti posameznikom izboljšajo opazovalne tehnike, komunikacija, razumevanje in samozavedanje. Z raziskavo smo ugotovili, da študentje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin vidijo umetnost kot orodje, ki bi se lahko uporabljalo v edukaciji zdravstvenih delavcev. Potrebne so nadaljnje poglobljene raziskave, ki bi ugotovljale tudi poglede že zaposlenih zdravstvenih delavcev in profesorjev zdravstvenih fakultet, same študente pa bi vključili v pilotsko študijo.

**Ključne besede:** zdravstvena nega, stigmatizacija, pomoč z umetnostjo, duševne bolezni

## SUMMARY

**Background:** Stigmatization of individuals with mental disorders is present and widespread in today's society among health care professionals and students of health care sciences. The use of art in the education of health care professionals has great potential as a tool for raising self-awareness and empathy.

**Aims:** The aim of the diploma thesis was to investigate the influence of art on the stigmatization of people with mental disorders and to obtain the opinion of the Angela Boškin Faculty of Health Care students on the integration of art in the nursing program.

**Method:** A descriptive, quantitative research design was employed, a questionnaire was used for data collection. A purposive sample included all 270 students of the first-cycle study programme nursing at the Angela Boškin Faculty of Health Care in the academic year 2015/16. A total of 140 questionnaires were returned, making the response rate 51.8%. The data were presented with descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank test was used for calculating statistical differences between two groups of students.

**Results:** The percentage of students who deal with art is 45% ( $n = 63$ ), conversely, 55% ( $n = 77$ ) do not deal with art. Student respondents have a positive opinion on the inclusion of art in the nursing program and believe that art would help reduce stigmatization of people with mental disorders. However, among the two groups of students, no significant differences were established in the stigmatization of people with mental disorders ( $U = 2001.5$ ,  $p = 0.1698$ ). Students who deal with art have a far greater belief in the power of art to reduce stigmatization and help develop empathy, compared to those who do not deal with art ( $U = 3294.5$ ,  $p = 0.00002994$ ).

**Discussion:** A review of literature and international research results revealed that with the help of art, individuals improve their observational techniques, communication, understanding, and self-awareness. Our study showed that Angela Boškin Faculty of Health Care students see art as a tool that could be used in the education of health care professionals. Further in-depth research is needed to establish the views of already employed health care professionals and professors from health care faculties. What is more, students would have to be included in a pilot study.

**Key words:** Nursing, stigmatization, art therapy, mental disorders

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>3</b>
2.1	DUŠEVNE MOTNJE .....	3
2.1.1	Stigmatizacija oseb z duševno motnjo .....	4
2.2	ZDRAVSTVENA NEGA.....	5
2.2.1	Zdravstvena nega na področju psihiatrije in duševnega zdravja .....	6
2.2.2	Promocija duševnega zdravja .....	8
2.3	POMOČ Z UMETNOSTJO.....	9
2.3.1	Umetnost kot orodje pri zmanjševanju stigme do oseb z duševnimi motnjami.....	11
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>14</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	14
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	15
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	15
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	15
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	15
3.3.3	Opis vzorca.....	17
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	17
3.4	REZULTATI .....	18
3.5	RAZPRAVA .....	33
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Razlogi za obiskovanje umetniških dogodkov.....	19
Slika 2: Mnenje študentov ali so sami zadostno povezani z umetnostjo.....	20
Slika 3: Prisotnost stigmatizacije oseb z duševno motnjo s strani študentov zdravstvene nege, glede na njihovo vključenost v umetnost.....	23
Slika 4: Ocene anketirancev podanih trditvev razvrščene glede na pogostost obiskovanja umetniških dogodkov. ....	27

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Prikaz ocen anketirancev na podane trditve, ki prikazujejo stopnjo stigmatizacije oseb z duševno motnjo. ....	21
Tabela 2: Dobljene povprečne vrednosti in standardni odkloni na trditve o stigmatizaciji oseb z duševno motnjo, glede na vključenost anketirancev v umetnost. ....	22
Tabela 3: Dobljene p-vrednosti Shapiro-Wilkovega testa na trditve o stigmatizaciji oseb z duševno motnjo, glede na vključenost anketirancev v umetnost.....	24
Tabela 4: Statistično značilna razlika za primerjavo vrednotenja trditvev o stigmatizaciji oseb z duševno motnjo obeh skupin anketiranih študentov. ....	25
Tabela 5: Povprečne vrednosti ocen posameznih trditvev glede na pogostost obiskovanja umetniških dogodkov. ....	26
Tabela 6: Ocene in povprečne vrednosti anketirancev na trditve o vplivu umetnosti na razvoj empatije. ....	29
Tabela 7: Dobljene povprečne vrednosti in standardni odkloni trditvev o vplivu umetnosti na empatijo, glede na to ali se anketiranci ukvarjajo z umetnostjo ali ne. ....	30
Tabela 8: Dobljene p-vrednosti Shapiro-Wilkovega testa o umetnosti in njenem vplivu na empatijo, glede na vključenost anketirancev v umetnost. ....	31
Tabela 9: Dobljene p-vrednosti Wilcoxovega testa o primerjavi mnenja glede vpliva umetnosti na razvoj empatije dveh skupin študentov.....	32

## 1 UVOD

Zakon o duševnem zdravju Republike Slovenije opredeljuje duševno zdravje kot stanje posameznika, ki se kaže v njegovem čustvovanju, zaznavanju, mišljenju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja. Duševno motnjo pa opredeljuje kot »začasno ali trajno motnjo v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo (ZDZdr, 2008).

Beseda stigma izvira iz grščine in pomeni zaznamovanje, označenost, oznako. Sama beseda ima negativen prizvok, saj označuje nekoga, ki ne dosega družbenih norm. Stigmatiziran človek je tako rečeno manjvreden (Goffman, 2008).

Vsak posameznik tvori del celotne družbe. Družba nam narekuje standarde, pravila in zakone, ki jih vsak posameznik mora spoštovati in upoštevati. Ko posameznik izstopa od povprečja družbe, je označen za »drugačnega«. Odziv celotne družbe oz. okolja na takega posameznika je navadno negativen. To pomeni, da je oseba izločena, ljudje se je izogibajo in tako nastopi stigmatizacija. Stigmatizacija oseb z duševno motnjo je prisotna skozi vso zgodovino. Vedno več je vladnih in nevladnih organizacij, ki si želijo stigmo zmanjšati in preprečiti odiranje oseb z duševno motnjo na rob družbe (Bon, 2007).

Duševne motnje spadajo med motnje delovanja možganov, ki so največji javno zdravstveni problem Evrope in zahodnega sveta, saj predstavljajo tretjino bolezenskega bremena družbe (Bon, et al., 2013). Pomembno vlogo pri zmanjševanju stigme do oseb z duševno motnjo imajo prav zdravstveni delavci, ki so zaposleni v psihiatričnih ustanovah. Njihovo mnenje je pomembno in se upošteva na nivoju širše javnosti. Prav zato je bistvenega pomena, da zdravstveni delavci na področju psihiatrije in duševnega zdravja nimajo predsodkov do oseb z duševnimi motnjami (Knez, 2010). Boj proti stigmatizaciji oseb z duševno motnjo je pomemben, saj se stigmatizirani posamezniki kasneje odločajo za zdravljenje. Osebe z duševnimi motnjami sčasoma pričnejo stigmatizirati tudi sami sebe. Ta pojav imenujemo samostigmatizacija (Wittchen & Jacobi, 2005).

Sodobna zdravstvena nega se pomembno razlikuje od tradicionalne, ker je usmerjena k pacientu kot celoviti osebnosti. Ima svoje avtonomno področje delovanja, lastne pristojnosti in odgovornosti (Hajdinjak & Meglič, 2012). Zdravstvena nega je sama po sebi preobširna in zavzema več specifičnih področij dela, pomembno je, da imajo medicinske sestre dovolj znanja iz področja, na katerem delujejo. Zato obstajajo specializacije zdravstvene nege, ki omogočajo, da se zdravstveni delavci lahko poglobljeno izobrazijo na želenem področju. Pomembno je, da so zdravstveni delavci čim bolj izobraženi in imajo specialna znanja, saj s tem lahko zagotovijo bolj varno in uspešno oskrbo (Starc, et al., 2009).

Za zmanjševanje stigme v družbi in med zdravstvenimi delavci se uporabljajo različni pristopi in tehnike. Ena izmed možnih tehnik zmanjševanja stigme je uporaba umetnosti in pomoč z umetnostjo. Po svetu je, že v času šolanja zdravstvenih delavcev, v študijske programe vključen predmet umetnost, kot orodje za prepoznavo lastnih občutenj, izboljševanje komunikacije in empatičnega odnosa do pacientov (Frei, et al., 2010). Prav tako nam umetnost omogoča spoznavanje samega sebe, daje nam možnost kritičnega in kreativnega razmišljanja, krepi samozavedanje in osebnostno rast (Bucik & Matko Lukan, 2011).

Umetnost pa se lahko uporablja tudi v zdravstveni negi. S prepoznavanjem in razumevanjem lastnega jaza človek lažje razume sočloveka in njegovo doživljanje. Zdravstveni delavci, ki so zaposleni v psihiatričnih ustanovah, morajo pri svojem delu imeti visoko razvito empatijo. Kadar resnično razumemo druge, stigmatizacija ni prisotna (Jack, 2012). Uporaba umetnosti spodbuja kreativno in kompleksno razmišljanje, izboljša komunikacijske veščine in empatijo. Vse to pa je zelo pomembno za uspešno delo zdravstvenih delavcev in nižanje stigme do oseb z duševno motnjo (Blomqvist, et al., 2007).



## 2 TEORETIČNI DEL

Svetovna zdravstvena organizacija zagovarja načelo, da ni zdravja brez duševnega zdravja. Duševno zdravje pa definira kot stanje dobrega počutja, v katerem se posameznik zaveda svojih sposobnosti, se zna spoprijeti z vsakdanjim življenjskim stresom, je produktiven in s svojim delom doprinaša celotni družbi, v kateri živi (World Health Organization, 2014).

### 2.1 DUŠEVNE MOTNJE

Ravter (2004) navaja, da so duševne motnje najhitreje rastoče družbeno breme v vseh delih sveta. Zdravljenje duševnih motenj predstavlja za države veliko finančno breme. Zato je ohranjanje in krepitev duševnega zdravja populacije v interesu in v ospredju vseh zdravstvenih in družbenih sistemov.

»Tudi če javnost zahteva denar za druge stvari, postavite mentalno zdravje v proračun. ... kajti kakor pravi pregovor: če sprejemamo težke odločitve, delamo mnogo velikih napak. Ampak če teh odločitev ne sprejemamo, delamo največjo napako vseh možnih napak« (Bowies, 2004 cited in Ravter, 2004, p. 8).

Ziherl (2013) navaja, da je psihiatrija v zadnjih treh desetletjih napredovala od medicinske vede, ki za marsikatero motnjo ni poznala pravega vzroka, do vede, ki je povsem enakopravna drugim medicinskim specialnostim. Sodobna psihiatrija, ki zgodovinsko izhaja iz pretežno negativnega odnosa do ljudi z duševnimi motnjami in drugačnosti, danes temelji na načelih in spoznanjih, da je človek bio psiho socialno bitje, na katerega pomembno vpliva okolje. V psihiatriji se danes ne uporablja več pojma duševna bolezen ampak duševna motnja, kar je tudi del procesa destigmatizacije. Izraz duševna motnja vključuje nabor različnih simptomov ali vedenja, ki je v večini povezano z duševno stisko in ovira vsakodnevno delovanje pacienta. Človek je bio psiho socialno bitje in sodobno raziskovanje duševnih motenj je povezano z medsebojnim delovanjem fiziološkega dogajanja v možganih in psiholoških dejavnikov, kar poteka v nekem socialnem okolju in vpliva na človekovo vedenje.

### 2.1.1 Stigmatizacija oseb z duševno motnjo

Goffman (2008) pravi, da stigma označuje posameznikovo lastnost, ki ga loči od večine v družbi. Ta lastnost zavzame centralni položaj in s tem ostale značilnosti posameznika pusti nepomembne. Tako družba kot tudi stigmatizirani jo dojemajo negativno. Stigmo določa družba glede na to, kaj je v njej zaželjeno in kaj ne. Bolj je lastnost posameznika nezaželjena, večja je stigmatizacija. Svetovna zdravstvena organizacija označuje stigmatizacijo oseb z duševno motnjo kot največjo oviro pri izboljševanju njihovega zdravja, saj stigmatizacija kot sociološki in družbeni pojav lahko pripomore k povečevanju ne vključevanja oseb z duševno motnjo v družbo in k njihovi invalidnosti (WHO Regional Office for Europe, 2009).

Roškar (2009) navaja, da bi bilo pričakovano, da so stvari z opredeljenimi pojmi in definicijo popolnoma jasne, vendar na področju duševnega zdravja žal ni tako. Pri duševnem zdravju namreč vmes poseže stigma tako s strani duševno zdravih kot s strani duševno bolnih, saj se le ti bojijo spregovoriti o svojih težavah in pravočasno poiskati pomoč.

Predsodki in diskriminacija lahko onemogočijo ljudem, da bi dosegli svoje cilje in jih prikrajšajo za pomembne življenjske priložnosti. Stigma se kaže s strahom in diskriminacijskim vedenjem do oseb z duševno motnjo, to pa izhaja iz stereotipnih predstav o nevarnem vedenju in nekompetentnosti oseb z duševno motnjo (Švab, 2009). Goffman (2008) navaja, da družba določa kategorije oseb glede na nabor lastnosti, ki se za te kategorije običajni in naravni. Socialno okolje pa določa kategorije oseb, ki jih srečamo z vzpostavljanjem socialnih odnosov. Stigmatizirani posameznik včasih poskuša popraviti svoj položaj posredno tako, da posveti veliko truda temu, da bi obvladal tista področja udejstvovanja, za katere velja, da so zanj zaradi pomanjkljivosti nedosegljiva. Posledica stigmatizacije je, da si osebe z duševno motnjo pogosto ne poiščejo pomoči pravočasno, prav zaradi strahu pred stigmatizacijo, to pa vodi v daljše zdravljenje same bolezni (Wittchen & Jacobi, 2005).

Glover (2014 cited in Švab, 2015, pp. 5-10) navaja, da je zgodovina psihiatrije in oseb s hudimi duševnimi motnjami zaznamovana s pričevanji o krivicah, zlorabah in

diskriminatornih ravnanjih in je zato delo sodobne psihiatrije in novih modelov v tem , da vsaj deloma preprečujejo napake in zmote, ki so se in se pojavljajo na področju obravnave oseb z duševnimi motnjami. Novosti na področju obravnave oseb z duševnimi motnjami so usmerjene v pomoč tistim, ki pomoč potrebujejo.

Duševne motnje in bolezni danes po mnenju Švab (2015) ponujajo dodatne možnosti za novo organizacijo življenja in njegovega smisla, o katerih poročajo pacienti z izkušnjo obravnave v skupnosti, ki opisujejo predvsem spremenjen pogled nase in na svet, v katerem živijo. Tudi v slovenskem prostoru se je v zadnjih dvajsetih letih razvilo več oblik obravnave oseb z duševnimi motnjami v skupnosti, ki so pomembno pripomogle k zmanjševanju stigmatizacije na področju obravnave težav z duševnim zdravjem.

Švab (2015) navaja še, da je pomembno, da za duševno motnjo prepoznamo človeka, ki doživlja sebe in druge zaradi občutljivosti in značilnosti bolezni. Pacienti z duševno motnjo potrebujejo dober odnos in razumevanje, njihove osebne zgodbe in pričevanja pa so najmočnejše orožje za premagovanje stigme in diskriminacije (Pinfold, et al., 2005 cited in Švab, 2015, p. 8).

Družba različno stigmatizira osebe z duševno motno glede na njihovo diagnozo. Tako so osebe, ki imajo shizofrenijo, označene za najbolj nepredvidljive in najnevarnejše. Za osebe, odvisne od alkohola in drog, okolica meni, da so si za svojo odvisnost krivi sami (Crisp, et al., 2005). Osebe z duševno motnjo v družbi veljajo za nezanesljive in ne vredne zaupanja, še posebno, ko so vpleteni otroci. Družba misli, da duševne motnje nižajo inteligenco in sposobnost odločanja (Angermayer & Matschinger, 2005).

## **2.2 ZDRAVSTVENA NEGA**

Zdravstveno nego je Mednarodni svet medicinskih sester (2008) definiral kot »samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter

menadžmenta zdravstvenih sistemov in izobraževanje« (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2008).

Zdravstveni delavci se morajo zavedati, da z vsem svojim znanjem, vedenjem in odnosom do oseb z duševno motnjo vplivajo na mnenje širše javnosti. Pomembno je, da s pomočjo edukacije širimo nazore in poglede med ljudi in tako vplivamo na zniževanje stigmatizacije v družbi. Zavedati se moramo, da je destigmatizacija oseb z duševno motnjo dolgotrajen postopek, na katerega vplivamo tudi zdravstveni delavci s svojimi stališči in pogledi (Knez, 2010). Hatler (2008) meni, da so zaposleni v psihiatričnih ustanovah velikokrat nehote diskriminatorni, saj mislijo, da so prisiljeni delati z nevarnimi pacienti. To pa vodi k povečanju stigmatizacije v družbi.

### 2.2.1 Zdravstvena nega na področju psihiatrije in duševnega zdravja

Na primarnem nivoju, na področju duševnega zdravja v Sloveniji dolgo časa ni bilo pravega akterja, ki bi deloval na preventivi. Danes si prizadevamo za krepitev, ohranjanje in izboljševanje duševnega zdravja populacije. Pomembne dejavnosti na tem področju so promocija, preventiva, zdravljenje, rehabilitacija in dolgotrajna oskrba (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2014).

Zdravstvena nega na področju psihiatrije je specialna praksa, ki se ukvarja s posameznikom kot osebo z duševno motnjo, njegovo družino in širšo skupnostjo na primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Glavna značilnost te prakse je medsebojni odnos med osebo z duševno motnjo in medicinsko sestro, kot nosilko zdravstvene nege. Cilj njunega odnosa je razvoj osebnosti in prilagojenega funkcioniranja v družbi (Gorše Muhič, 2009).

Kuklec (2010) je v raziskavi »Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi« ugotavljala, kateri pacienti so bolj stigmatizirani. V raziskavo so bile vključene diplomirane medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki so ocenjevali stigmo do oseb z levkemijo, shizofrenijo in odvisnostjo od alkohola. Rezultati raziskave so pokazali, da so zdravstveni delavci najbolj stigmatizirali osebe odvisne od alkohola, potem osebe s shizofrenijo, najmanj pa osebe z diagnosticirano levkemijo.

Tudi Thornicroft in drugi (2007) navajajo, da so med manj zaželenimi pacienti, s strani zaposlenih v zdravstveni negi, tisti pacienti, ki imajo duševno ali osebnostno motnjo ter pacienti, ki so odvisni od alkohola. Taki pacienti iščejo pozornost, so včasih nadležni in manipulativni. Pacienti s temi diagnozami velikokrat opisujejo zavračanje s strani zdravstvenega osebja. Zdravstveni delavci osebam z duševno motnjo pogosto pripisujejo nezmožnost sprejemanja odgovornosti za svoje življenje. Zaradi takega odnosa se pacienti počutijo obravnavani kot otroci, ki niso vključeni v proces zdravljenja in o samem zdravljenju ne dobijo dovolj informacij.

Način komunikacije s pacientom pomembno vpliva na izid procesa zdravljenja in zdravstvene nege, saj pri učinkoviti komunikaciji pacienti lažje izrazijo najresnejše skrbi, bolje si zapomnijo prejeta informacijo, zanesljivo sledijo terapevtskim navodilom ter vzdržujejo izboljšanje bolezni z rednim jemanjem predpisane terapije. (Rus Makovec, 2013)

Posredovanje informacij in informirana privolitev pacienta zagotavlja avtonomijo posameznika. Medicinska sestra mora imeti za to prakso zelo dobro razvito terapevtsko komunikacijo ter mora znati opazovati pacienta. Zavedati se mora, da bolezen sama lahko pacientu začasno ali trajno zmanjša sposobnost samoodločanja. Skupaj s pacientom izoblikujeta proces obravnave, pri tem pa medicinska sestra upošteva in sprejema odločitve po domnevni volji pacienta. Za tako delo mora imeti medicinska sestra ogromno znanja, empatije in etične drže. Za celostno in kakovostno obravnavo pacienta pa mora celoten zdravstveni tim dobro sodelovati in poskrbeti za dober pretok informacij (Peterka Novak & Horvat, 2009).

Za dobro delovanje medicinskih sester v psihiatričnih ustanovah je pglavitnega pomena samozavedanje. Potrebno se je zavedati kaj smo sposobni in česa ne. Samozavedanja se je potrebno naučiti, saj z njim gradimo terapevtski odnos, ki je v odnosu med medicinsko sestro in osebo z duševno motnjo zelo pomemben. Samozavedanje vodi v samorazumevanje in samosprejemanje, kar pa omogoča zdravstvenim delavcem, da sprejmejo drugačnost in edinstvenost pacienta (Gorše Muhič, 2009).

Zdravljenje in zdravstvena nega oseb z duševno motnjo sta bila vedno odvisna od odnosa obstoječe družbe do njih. Zdravstvena nega na področju psihiatrije je predvsem proces človeške komunikacije, ki vključuje medicinsko sestro in pacienta, njun odnos sodelovanje in interakcije. Medosebni odnos je usmerjen v pomoč pacientu, da doseže najvišjo možno mero samostojnosti na področju življenjskih aktivnosti, da zmore delovati glede na svoje zmožnosti in sposobnosti. Individualno načrtovana zdravstvena nega spodbuja pacienta k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje, ki se osredotoča na etiko skrbi in upoštevanja pacientove osebne integritete (Gnezda, 2009).

### 2.2.2 Promocija duševnega zdravja

Prva mednarodna konferenca o promociji zdravja je potekala leta 1986 v Ottawi v Kanadi. Tam je bila sprejeta Ottawska listina, ki je temeljni dokument promocije zdravja. Promocija ali uveljavljanje zdravja je celovit pristop poučevanja ljudi o doseganju zdravja. To znanje jim omogoča, da se vsakodnevno lahko zavestno odločajo zdravju v prid (Hoyer, 2005). »Ni zdravja brez duševnega zdravja«, pa je moto promocije duševnega zdravja (HM Government, 2011, p. 1).

Ravter (2004) navaja besede avtorja Johna Bowiesa, filozofa in poslanca v Evropskem parlamentu, ki poudarja pomembnost pojava »sramotenja« na področju duševnega zdravja. Po njegovih besedah ljudje, ki diskriminirajo in obtožujejo osebe z duševno motnjo, niso sami krivi za svoje ravnanje. Taki ljudje bodo uvideli svoje napačno ravnanje šele, ko bodo sami ali nekdo od njihovih bližnjih zboleli. Država in njeni prebivalci se moramo vsi bolj zavzemati za izobraževanje populacije in se boriti proti »sramotenju«.

Duševno zdravje se dotika državne politike in prav vseh ostalih sektorjev, poleg zdravstvenega. Je nacionalni kapital, ki se oblikuje v družinah, šolah, na javnih krajih in delovnih mestih. Konvencionalni pristop je usmerjen predvsem v zdravljenje duševnih motenj, zato bi ga bilo potrebno razširiti na celovit, večdimenzionalen pristop, ki bo usmerjen v duševno zdravje in njegovo promocijo. Ključni varovalni dejavnik proti

nastanku duševnih motenj je promocija pozitivnega duševnega zdravja in dobrega počutja posameznika (Jeriček Klanšček, et al., 2009).

Uradni list Republike Slovenije v 6. členu splošnih določb Zakona o duševnem zdravju navaja: »Republika Slovenija posebno skrb namenja duševnemu zdravju s spodbujanjem razvoja programov za osveščanje javnosti glede preprečevanja, razpoznavanja in zdravljenja duševnih motenj« (ZDZDR, UL/77, 2008).

V Evropskem paktu za duševno zdravje in dobro počutje, so oblikovali smernice za boj proti stigmatizaciji oseb z duševno motnjo (NIJZ, 2008):

- potrebno je podpirati kampanje in dejavnosti, ki delujejo proti stigmatizaciji v medijih, šolah ter na delovnih mestih;
- razvijanje služb na področju duševnega zdravja, ki so dobro vključene v družbo; spodbujanje aktivnega vključevanja oseb z duševnimi motnjami v družbo;
- vključevanje oseb z duševnimi motnjami v politiko in postopke odločanja

Stigmatizacijo oseb z duševnimi motnjami bi lahko zniževali tudi s tem, da bi imeli čim več stika s samimi osebami, ki imajo duševno motnjo. Tako lahko osebo spoznamo, spoznamo njene izkušnje in poglede ter si na podlagi tega ustvarimo mnenje (Tognazzini, et al., 2008).

## 2.3 POMOČ Z UMETNOSTJO

Slovar slovenskega knjižnega jezika (2008) definira umetnost kot dejavnost, katere namen je ustvarjanje, oblikovanje del estetske vrednosti.

Krakov in Sanderson (2006) navajajo podatke o antropoloških študijah in prazgodovinskih dokazih, ki kažejo, da je bila umetnost že takrat močno povezana z ritualnimi obredi zdravljenja. Zdravljenje kot tako, ni zajemalo le posameznikov, ampak se je nanašalo na zdravljenje celotne družbe oz. skupnosti. Na primer v stari Grčiji, je bil Apolon bog glasbe, hkrati pa tudi zdravilec vseh ostalih bogov. Njegov sin Asklepios je bil bog zdravilstva in njegov brat Orfeus bog zdravilne glasbe. Tudi Pitagorovi učenci so

bili prepričani, da specifična vrsta glasbe prispeva k duhovni rasti posameznikov in skupnosti. Aristotel pa je menil, da se skozi dramsko igro očiščujemo in uravnovešamo naša čustva.

Meden – Klavora in Petkovšek (2010) navajata, da se je umetnost v terapevtske namene začela uporabljati naključno, ko je po drugi svetovni vojni umetnik Adrian Hill, na zdravljenju v bolnišnici risal in so ga posnemali tudi drugi pacienti. Tako so kmalu opazili pozitivne učinke ustvarjanja. Umetnostna terapija je od takrat uveljavljena kot terapevtska metoda. Na Pedagoški fakulteti v Ljubljani se danes izvaja magistrski študij za pomoč z umetnostjo, aktivno pa je tudi Združenje umetnostnih terapevtov Slovenije. Pomoč z umetnostjo je v uporabi na področju zdravstva, rehabilitacije, izobraževanja in družinske terapije.

Stik z umetnostjo človeku omogoči stik s samim sabo in tako človeka motivira za razmišljanje o samem sebi, soljudeh, medsebojnih odnosih in načinu življenja. Popelje nas v doživljanje svojega bistva, bistva drugega in bistva življenja nasploh. Če se o svojih doživljanjih pogovarjamo še z nekom drugim, dobimo še drug vpogled in to nam omogoča našo osebno rast (Bucik & Matko Lukan, 2011).

American Art therapy association (AATA) navaja, da je pomoč z umetnostjo stroka, s katero udeleženec razišče svoje občutke, usklajuje čustvene konflikte, krepi samozavedanje, razvija svoje socialne spretnosti, zmanjšuje strah, spodbuja osebno rast in krepi samozavest. Skozi sam proces izboljšujemo svoje duševno, telesno in čustveno počutje (AATA, 2013).

Elemente umetnosti lahko povežemo tudi z umetnostjo skrbi in izvajanja zdravstvene nege. Z umetnostjo lahko lažje prepoznavamo lastna čustva in občutja. Šele ko enkrat razumemo sebe in svoje doživljanje, se lahko trudimo, da bi razumeli nekoga drugega in njegove občutke. Medicinske sestre so pri svojem delu velikokrat izpostavljene stresu in pomembno je, da svoje občutke znajo prepoznati, o njih odprto govoriti in jih razumeti (Jack, 2012).



Pedagogi, raziskovalci in praktiki zdravstvene nege so prepoznali pomen uporabe umetnosti, kot spodbujanje kreativnega in kompleksnega razmišljanja, izboljšanje komunikacijskih veščin in empatije. Le-to pa vodi do boljšega dela medicinskih sester (Blomqvist, et al., 2007).

Rojšek (2010) je mnenja, da je umetniško ustvarjanje verjetno najobčutljivejša dejavnost ljudi, ki jo težko dojamemo in opredelimo tudi zato, ker umetnost predstavlja neposredni prodor podzavestnih vsebin v zavestno. Ustvarjalni proces pomeni povezavo s sanjami, simboli, simbolizacijo, dinamiko osebnosti in tudi z duševno motnjo. Umetniško ustvarjanje zahteva človekovo senzibilnost, izvirnost, kreativnost, asociativnost, nadarjenost, izobrazbo, vztrajnost itd., Ustvarjalec ustvarja, da bi pokazal svet tistim, na katere želi vplivati. Kot navaja Rojšek (prav tam), je umetniško ustvarjanje naravana čutna metoda, ki aktivira ljudi in njihov spomin, ki je čutilen in emocionalen ter povezan s telesnim spominom. Umetnostna psihoterapija kot pomoč z umetnostjo deluje v okviru svoje izraznosti na različnih področjih, ki lahko pomembno vplivajo na osebe z duševno motnjo in njihovo izražanje. Poznamo več umetnostnih področij (likovno, glasbeno, dramsko, izrazno-gibalno, plesno,..), ki se lahko izvajajo individualno ali v skupinski obliki pri vseh starostnih skupinah.

### 2.3.1 Umetnost kot orodje pri zmanjševanju stigme do oseb z duševnimi motnjami

Pomoč z umetnostjo je metoda, ki omogoča pomoč preko umetnostnih izraznih sredstev. Omogoča vzpostavitev komunikacije posameznika s samim seboj in okoljem, v katerem živi. Mediji, ki se uporabljajo v pomoči z umetnostjo, so dramska igra, glasba, ples in likovno izražanje. Cilj pomoči z umetnostjo je, da skozi umetnost omogoči izražanje občutij, mišljenja in vedenja (Vivod-Rajh, 2008).

Oddelek muzejskih študij na umetnostnem inštitutu v Chicagu je v letu 2005 pričel z izobraževalnimi programi za zdravstvene delavce. Namen je bil, da študentje skozi opazovanje umetniških del med seboj vzpostavijo poglobljeno diskusijo opazovanja in interpretacije. Opazovanje in opisovanje umetniških del so v diskusiji poizkušali navezati na klinično okolje in izkustvo pacientov (Frei, et al., 2010).

Koh (2012) navaja, da je že leta 1946 dr. Eric Cunningham Dax prepoznal potencial umetnosti v promociji duševnega zdravja in tako začel s programi likovne umetnosti v psihiatričnih ustanovah. Začel je zbirati likovna dela, ki so jih ustvarile osebe z duševno motnjo, saj je bil prepričan, da s temi deli lahko družbo izobrazi o duševnih boleznih. Danes je več kot 15.000 teh del zbranih v Dax Centru v Melburnu in služijo v namen promocije duševnega zdravja in zmanjševanja stigmatizacije oseb z duševnimi motnjami. 92,3 % obiskovalcev Dux Centra se je strinjalo s trditvijo, da jim je razstava teh likovnih del pomagala pri boljšem razumevanju duševnih boleznih. Dux Center pa izvaja tudi izobraževalne programe za študente o krepitevi čustvene inteligence s pomočjo vizualne umetnosti, na področju psihologije in zdravstva.

Meden - Klavora (2008) navaja podatke, da tudi Svetovno psihiatrično združenje izvaja projekt »Human Art Project«, ki omogoča mednarodno razstavljanje likovnih del oseb z duševno motnjo. Dela izražajo notranja doživljanja in drugačne poglede posameznikov z duševno motnjo, kar pa pri gledalcih lahko vzbudi nelagodne občutke in strahove. S podoživljanjem in sprejemanjem lastnih strahov pa sprejmejo tudi samo sliko in njenega ustvarjalca.

V dnevnem centru Šent, ki skrbi za podporo osebam s težavami v duševnem razvoju, so izvedli delavnice na osnovi igre vlog. Štiri mesece so ustvarjali dramsko predstavo in v tem procesu (samo)raziskovali igran arhetip antične grške mitologije z namenom osebne rasti in omogočanja sprememb. Udeleženci so povedali, da so v tem procesu pridobili večje zaupanje vase, odpravili tremo in izpeljali predstavo brez kakršnihkoli napadov panike. Delavnice so se izkazale kot primerna podporna psihosocialna aktivnost v dnevnem centru Šent (Hladnik & Kobolt, 2013).

Leta 1998 sta Tancig in Vogelnik izvedli raziskavo » Analiza stanja in potreb pomoči z umetnostjo na področjih zdravstva, socialnega varstva in šolstva v Sloveniji«. Ugotovili sta, da se pomoč z umetnostjo uveljavlja na vzgojno – izobraževalnem področju, tako v kurativne kot na preventivne namene. Anketiranci v raziskavi so bili mnenja, da so glavni cilji pomoči z umetnostjo sprostitev, izboljšanje kvalitete življenja, spodbujanje razvoja

osebnosti in reševanje različnih telesnih in duševnih težav. Kasnejše raziskave na to temo v pregledu virov ni bilo zaslediti.

Na medicinski fakulteti Yale imajo v študijski program vključen tečaj izboljšanja opazovalnih tehnik, ki temelji na opazovanju umetniških del v muzejih. Boljše zaznavanje in opazovanje je namreč potrebno pri delu z ljudmi, saj nam velikokrat neverbalna komunikacija o človekovem počutju pove več kot verbalna (Friedlaender & Friedlaender, 2013).

### 3 EMPIRIČNI DEL

S pomočjo pregleda literature ugotavljamo, da se v tujini umetnost uporablja tudi kot orodje v edukaciji zdravstvenih delavcev. V Sloveniji je bila na to temo izvedena le ena raziskava, ki sta jo naredili Tancig in Vogelnik (1998). Zaradi pomanjkanja raziskav o potencialu uporabe umetnosti v zdravstvu ter zaradi visoke stigmatizacije duševnih bolnikov v Sloveniji smo se odločili za izbrano temo.

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Z diplomsko nalogo želimo ugotoviti možnosti uporabe umetnosti kot metode pri zmanjševanju stigmatizacije oseb z duševno motnjo na namenskem vzorcu študentov zdravstvene nege na izbrani fakulteti. Predvidevamo, da so tudi študenti zdravstvene nege stigmatizirajoči do oseb z duševnimi motnjami in da bi se ta s pomočjo umetnosti lahko zmanjšala.

Cilji :

1. Opisati značilnosti in dejavnike stigme in stigmatizacije oseb z duševnimi motnjami.
2. Opisati umetnost in oblike pomoči z umetnostjo kot terapevtsko sredstvo.
3. Opisati na kakšen način se s pomočjo umetnosti lahko borimo proti stigmatizaciji oseb z duševnimi motnjami.
4. Raziskati odnos študentov zdravstvene nege do umetnosti in na možnost vključevanja umetnosti v študijski program zdravstvene nege.
5. Raziskati razlike med študenti zdravstvene nege, glede na vključenost v kakršnokoli umetnostno zvrst, in stigmatizacijo oseb z duševnimi motnjami.
6. Ugotoviti mnenje študentov zdravstvene nege o pomenu umetnosti na razvijanje empatičnega odnosa do oseb z duševnimi motnjami.

## 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšna je razlika v stigmatizaciji oseb z duševno motnjo, med študenti zdravstvene nege, glede na vključenost v umetnost?
2. Kakšno je mnenje študentov o možnosti vključevanja umetnostnih zvrsti in oblik pomoči z umetnostjo v dodiplomski študijski program Zdravstvene nege?
3. Kakšno je mnenje študentov zdravstvene nege o pomenu umetnosti na razvoj empatije v zdravstveni negi?

## 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Uporabljena je bila opisna ne-eksperimentalna kvantitativna metoda raziskovanja.

### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Podatke za teoretični del smo zbirali na podlagi pregleda podatkovnih baz COBISS, CINAHL in PubMed. Naše ključne besede pri iskanju v slovenskem jeziku so bile: stigma, duševno zdravje, umetnost. V angleškem jeziku pa smo iskali pod ključnimi besedami: stigma, mental health, art. Literaturo smo zbirali v obdobju od 10.2.2015 pa do 4.4.2016. Obiskali smo knjižnico na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin (v nadaljevanju FZAB), knjižnico Antona Tomaža Linharta v Radovljici ter knjižnici na Zdravstveni in Pedagoški fakulteti v Ljubljani. Podatke za empirični del smo zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Kot instrument smo uporabili strukturiran vprašalnik. Vsebinsko strukturo vprašalnika smo sestavili glede na pregled literature. Sklop, ki se nanaša na stigmatizacijo oseb z duševnimi motnjami, je povzet po avtorjih Gierk in sodelavcih (2013), sklop o umetnosti in razvoju empatije pa je izdelan po pregledu literature Bucik in Matko Lukan (2011) in Blomqvist in sodelavcih (2007).

Vprašalnik ima pet sklopov. Prvi sklop vprašalnika se nanaša na demografske podatke, vsebuje tri splošna vprašanja zaprtega tipa, s katerimi smo opredelili naše anketirance. Z drugim sklopom vprašalnika smo želeli ugotoviti, koliko študentov se ukvarja z

umetnostjo in koliko jih obiskuje umetniške dogodke. Ta del vprašalnika je bil sestavljen iz štirih vprašanj zaprtega tipa, kar pomeni, da so anketiranci imeli vnaprej podane odgovore in so lahko izbrali enega izmed njih.

Za tretji del vprašalnika smo uporabili trditve, povzete po merskem instrumentu »Measuring the perceived stigma of mental illness« (»Merjenje prisotnosti stigme do duševnih bolezni«) po avtorjih Gierk, Murray, Kohlmann in Löwe (Gierk, et al., 2013). Ugotavljali smo prisotnost stigmatizacije do oseb z duševno motnjo s strani študentov zdravstvene nege, kakšna je povezava med stigmatizacijo in umetnostjo in kakšno je mnenje študentov zdravstvene nege o vključitvi umetnosti v študijski program zdravstvene nege. Ugotavljali smo, ali študentje vidijo umetnost kot orodje za zmanjševanje stigme in razvoj empatičnega odnosa do oseb z duševno motnjo. Na trditve v tem sklopu je možno odgovoriti po Likertovi lestvici od 1 do 5 (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – nisem odločen/-a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.). Trditve se nanašajo na stigmatizacijo oseb z duševno motnjo.

Četrty sklop vprašalnika je sestavljen tako, da smo pridobili stališča študentov o možnosti vključevanja umetnosti in pomoči z umetnostjo v študijski program zdravstvene nege. Vsebuje tri kratka vprašanja zaprtega tipa, kjer so anketiranci imeli vnaprej podane odgovore in izbirali med enim izmed njih.

Zadnji, peti sklop vprašalnika, vsebuje devet trditev, ki so jih študentje ocenili po Likertovi lestvici (od 1 do 5). Trditve, ki smo jih sestavili sami za namen raziskave, se nanašajo na umetnost kot orodje za zmanjševanje stigmatizacije in razvoj empatije pri študentih zdravstvene nege. Sestavljena so bila tako, da smo pridobili mnenje študentov o vplivu umetnosti na posameznika. S tem smo želeli raziskati, ali študentje vidijo potencial za učenje skozi umetnost.

Za analizo zanesljivosti odgovorov in notranje skladnosti vprašalnika smo uporabili Cronbachov koeficient alfa. Ta zavzema vrednosti med 0 in 1. V primeru, da je koeficient višji od 0,8, pomeni, da gre za visoko zanesljivost vprašalnika, med 0,6 in 0,8 gre za srednjo zanesljivost, če pa je koeficient nižji od 0,6, pomeni, da je zanesljivost nizka

(Ferligoj & Leskošek Kogovšek, 1995, povzeto po Cencič, 2009). Cronbachov koeficient za trditve v tretjem sklopu vprašalnika zavzema vrednost 0,83, za trditve v petem sklopu pa 0,94, kar pomeni, da gre pri obeh sklopih za visoko notranjo skladnost in zanesljivost vprašalnika.

### 3.3.3 Opis vzorca

Vzorec naše raziskave je bil namenski, saj smo želeli pridobiti mnenje določene ciljne skupine – študentov zdravstvene nege, o njihovem pogledu in odnosu do te problematike.

Anketiranci so bili vsi redni kot izredni študenti dodiplomskega študijskega programa Zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, v šolskem letu 2015/16. Vpisanih študentov je po podatku izbrane fakultete 270, pridobili pa smo odgovore 140 (51,8 %) študentov. Od teh je bilo 102 (72,8 %) vpisanih redno, 38 (27,2 %) pa izredno. Od 140 anketirancev je bilo 124 vključenih ženskega spola, kar predstavlja 88,6 % in 16 moških, kar predstavlja 11,4 % vseh anketirancev. Starost anketirancev se giblje med 19 in 54 let, povprečna starost pa znaša 24,8 let. Od vseh vprašanih je kar 72,9 % tistih, ki so v študijski program vpisani redno, 27,1 % pa je izrednih študentov. Delež tistih, ki se z umetnostjo ukvarjajo je 45 % ( $n = 63$ ), 55 % ( $n = 77$ ) pa se z umetnostjo ne ukvarja.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po odobritvi izvedbe raziskave s strani komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost FZAB smo z njihovo pomočjo pridobili elektronske poštno naslove vseh študentov in jim anketni vprašalnik poslali v spletni obliki. Zbiranje podatkov je bilo izvedeno med 2.3.2016 in 2.4.2016, nato smo vse podatke statistično obdelali. Rezultati so prikazani tako v opisni kot v grafični obliki.

Rezultate vprašalnika smo povzeli z opisnima statistikama vzorčnega povprečja in standardnim odklonom, nato pa jih z uporabo ustreznih statističnih testov interpretirali glede na zastavljena raziskovalna vprašanja. Predvsem nas je zanimala razlika v stigmatizaciji oseb z duševno motnjo med študenti, ki se z umetnostjo ukvarjajo in študenti, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo. Za interpretacijo podatkov smo uporabili statistični test, ki temelji na bivariantni statistiki. Ker dobljeni podatki niso porazdeljeni

normalno, kar smo ugotovili s pomočjo Shapiro-Wilkovega testa normalnosti, niso izpolnjene predpostavke t-testa. Zato smo za primerjavo podatkov uporabili neparametričen Wilcoxonov test vsote rangov, imenovan tudi Mann-Whitney U-test (Fay & Proschan, 2010).

S Shapiro-Wilkovim testom testiramo ničelno hipotezo, da naši podatki prihajajo iz normalne porazdelitve. Izberemo si dovolj majhno stopnjo zaupanja  $p < 0,05$ . V primeru, da je dobljena vrednost  $p < 0,05$ , ničelno hipotezo zavrnamo in lahko trdimo, da naši podatki ne prihajajo iz normalne porazdelitve. V nasprotnem primeru ničelne hipoteze ne moremo ovreči in lahko sklepamo, da so podatki normalno porazdeljeni. Ker na začetku še ne vemo, ali podatki iz dveh skupin študentov (tisti, ki so vključeni v umetnost in tisti, ki niso) prihajajo iz enake porazdelitve, test normalnosti apliciramo na vsako skupino študentov posebej. Iz rezultatov Shapiro Wilkovega testa je odvisen tudi nadaljnji potek analize rezultatov. Če test pokaže normalnost podatkov, lahko za primerjavo vzorcev uporabimo parametričen t-test, v nasprotnem primeru pa neparametričen Wilcoxonov test vsote rangov.

Podobno velja za Wilcoxonov test vsote rangov, s katerim primerjamo odgovore obeh skupin študentov na zastavljena vprašanja. Z njim testiramo ničelno hipotezo, da nobena od porazdelitev, iz katerih prihajajo odgovori posamezne skupine, ni stohastično večja od druge. To pomeni, da je enako verjetno, da bo naključno izbrana vrednost iz prve populacije (študenti, ki so vključeni v umetnost) večja ali manjša od naključno izbrane vrednosti iz druge populacije (študenti, ki v umetnost niso vključeni). Znova si izberemo dovolj majhno stopnjo zaupanja  $p < 0,05$ . V primeru, da je dobljena vrednost  $p < 0,05$ , ničelno hipotezo zavrnamo in lahko trdimo, da med skupinama ni statistične razlike. V nasprotnem primeru ničelne hipoteze ne moremo ovreči in lahko sklepamo, da odgovori ene skupine študentov tudi statistično kažejo na večjo stigmatizacijo oseb z duševno motnjo kot odgovori druge skupine.

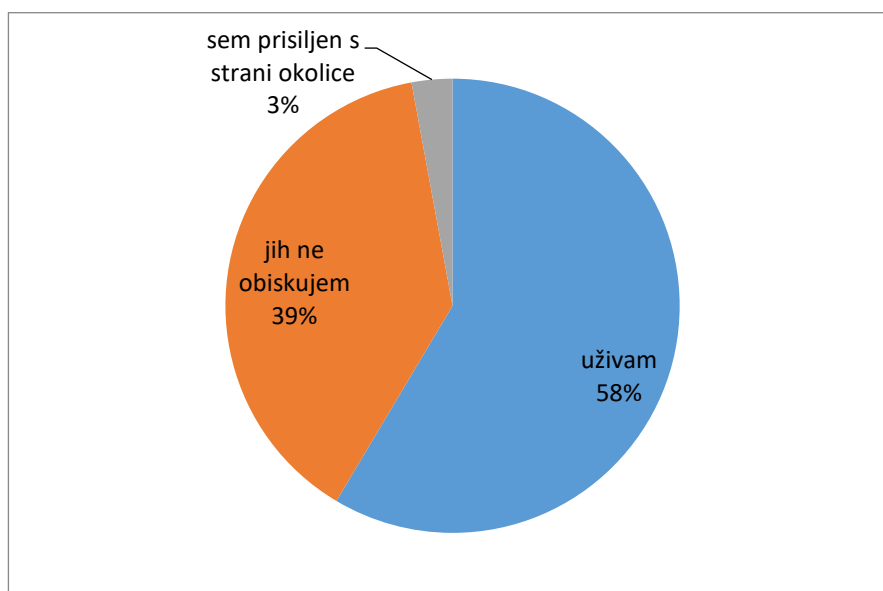
### 3.4 REZULTATI

S prvim sklopom vprašalnika smo pridobili podatke o vzorcu naše raziskave. Z drugim sklopom vprašalnika smo želeli ugotoviti, koliko študentov se ukvarja z umetnostjo in



koliko jih obiskuje umetniške dogodke. Podatke smo zbirali s štirimi vprašanji zaprtega tipa.

Prvo vprašanje drugega sklopa sprašuje anketirance, ali se ukvarjajo s kakršnokoli umetnostjo. Delež anketirancev, ki se z umetnostjo ne ukvarja je 55 % (n = 77), 45 % anketirancev (n = 63) pa se z umetnostjo ukvarja. Pri vprašanju, zakaj obiskujejo umetniške dogodke je 58,6 % vprašanih (n = 82) odgovorilo, da zato, ker v njih uživa, 38,6 % (n = 54) jih je odgovorilo, da umetniških dogodkov sploh ne obiskuje, 2,9 % (n = 4) pa jih obiskuje le zato, ker so jih prisiljeni obiskovati s strani okolice. Prikaz teh podatkov lahko vidimo na Sliki 1.

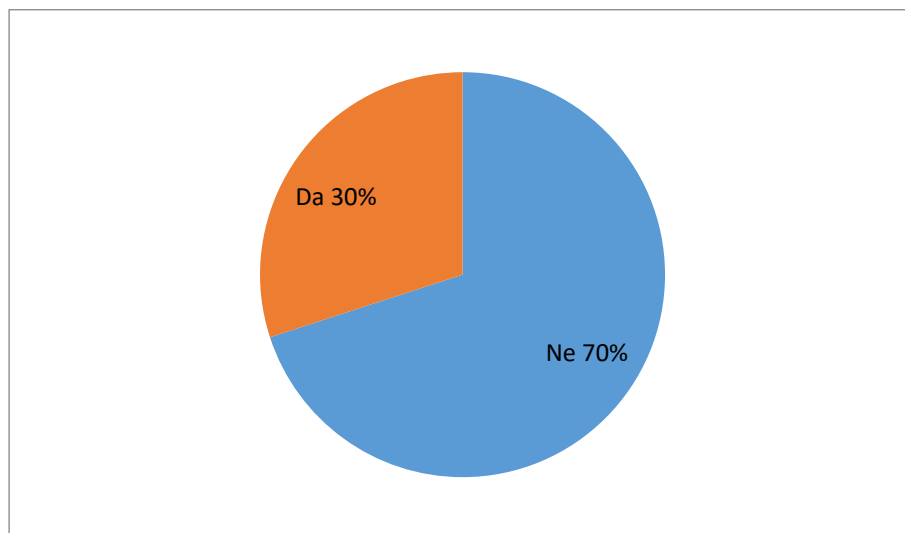


**Slika 1: Razlogi za obiskovanje umetniških dogodkov**

Pri tretjem vprašanju drugega sklopa je podobno število vprašanih, 34,3 % (n = 48) na vprašanje: »Kako pogosto obiskujete umetniške dogodke?« ponovno odgovorilo, da jih sploh ne obiskuje, največ vprašanih, 35 % (n = 49) obiskuje umetniške dogodke nekajkrat letno, 14,3 % (n = 20) vprašanih se jih udeležuje enkrat mesečno, 10 % (n = 14) enkrat tedensko, najmanj 6,4 % (n = 9) pa enkrat na leto.

Na četrto vprašanje v drugem sklopu, ki se je glasilo: »Ali ste po vašem mnenju dovolj povezani in vključeni v umetnost?«, je kar 70 % (n = 98) vseh odgovorilo ne, lahko bi

bil/-a bolj. Preostalih 30 % (n = 42) pa meni, da so z umetnostjo dovolj povezani in v njo vključeni. Slika 2 prikazuje odgovore na vprašanje.



**Slika 2: Mnenje študentov ali so sami zadostno povezani z umetnostjo**

V tretjem sklopu vprašalnika smo ugotavljali stopnjo strinjanja anketirancev s trditvami o osebah z duševno motnjo. V nadaljevanju smo odgovore primerjali z odgovori anketirancev v prvem sklopu vprašalnika in si odgovorili na prvo raziskovalno vprašanje. Podane trditve so anketiranci ocenjevali po Likertovi lestvici od 1 do 5, pri čemer je pomenilo: 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – nisem odločen/-a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

V Tabeli 1 je prikaz ocenjevanja anketirancev na podane trditve. V zadnjih dveh stolpcih so izračunane povprečne vrednosti in standardni odkloni ocen za vsako trditev.

**Tabela 1: Prikaz ocen anketirancev na podane trditve, ki prikazujejo stopnjo stigmatizacije oseb z duševno motnjo**

Trditev	1 n/%	2 n/%	3 n/%	4 n/%	5 n/%	PV	SO
1. Mnenje nekoga, ki je bil zdravljeno za duševno motnjo, jemljem manj resno.	54 38,6 %	38 27,1 %	23 16,4 %	14 10 %	11 7,9 %	2,2	1,3
2. Osebe z duševno motnjo so bolj agresivne od zdravih ljudi.	39 27,9 %	66 47,1 %	24 17,1 %	9 6,4 %	2 1,4 %	2,1	0,9
3. Nekdo, ki je bil zdravljeno za duševno motnjo, je nevaren.	61 43,6 %	51 36,4 %	23 16,4 %	4 2,9 %	1 0,7%	1,8	0,9
4. Oklevam sodelovati z nekom, ki je bil zdravljeno za duševno motnjo.	67 47,4 %	47 33,6 %	20 14,3 %	5 3,6 %	1 0,7 %	1,8	0,9
5. Imam slabo mnenje o nekom, ki je bil zdravljeno za duševno motnjo.	87 62,1 %	38 27,1 %	13 9,3 %	2 1,4 %	0	1,5	0,7
6. Duševna motnja je znak osebne šibkosti.	71 50,7 %	41 29,3 %	20 14,3 %	7 5 %	1 0,7 %	1,8	0,9
7. Svojega otroka ne bi v varstvo zaupal/-a osebi, ki se je zdravila za duševno motnjo.	23 16,4 %	38 27,1 %	46 32,9 %	17 12,1 %	16 11,4 %	2,8	1,2
8. Z nekom, ki je bil zdravljeno za duševno motnjo ne želim imeti opravka.	84 60 %	41 29,3 %	14 10 %	1 0,7 %	0	1,5	0,7
9. Neprijetno mi je, ko se nekdo, ki je bil zdravljeno za duševno motnjo, preseli v našo sosesko.	82 58,6 %	39 27,9 %	14 10 %	4 2,9 %	1 0,7 %	1,6	0,8

Legenda: n = število, % = odstotek, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon, Likertova lestvica: 1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = nisem odločen/-a, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam.

Najvišja povprečna vrednost, ki znaša 2,8 (SO = 1,2), se pokaže pri trditvi: »Svojega otroka ne bi v varstvo zaupal/a osebi, ki se je zdravila za duševno motnjo«. Najnižja povprečna vrednost pa znaša 1,5 (SO = 0,7) pri trditvah: »Imam slabo mnenje o nekom, ki je bil zdravljeno za duševno motnjo« in »Z nekom, ki je bil zdravljeno za duševno motnjo, ne želim imeti opravka«. Posamezne ocene, povprečne vrednosti in standardni odkloni za ostale trditve se nahajajo v Tabeli 1.

V nadaljevanju smo podatke ločili glede na vključenost anketiranih študentov v umetnost. V Tabeli 2 so prikazane dobljene povprečne vrednosti študentov, ki so vključeni v umetnost in tistih, ki niso.

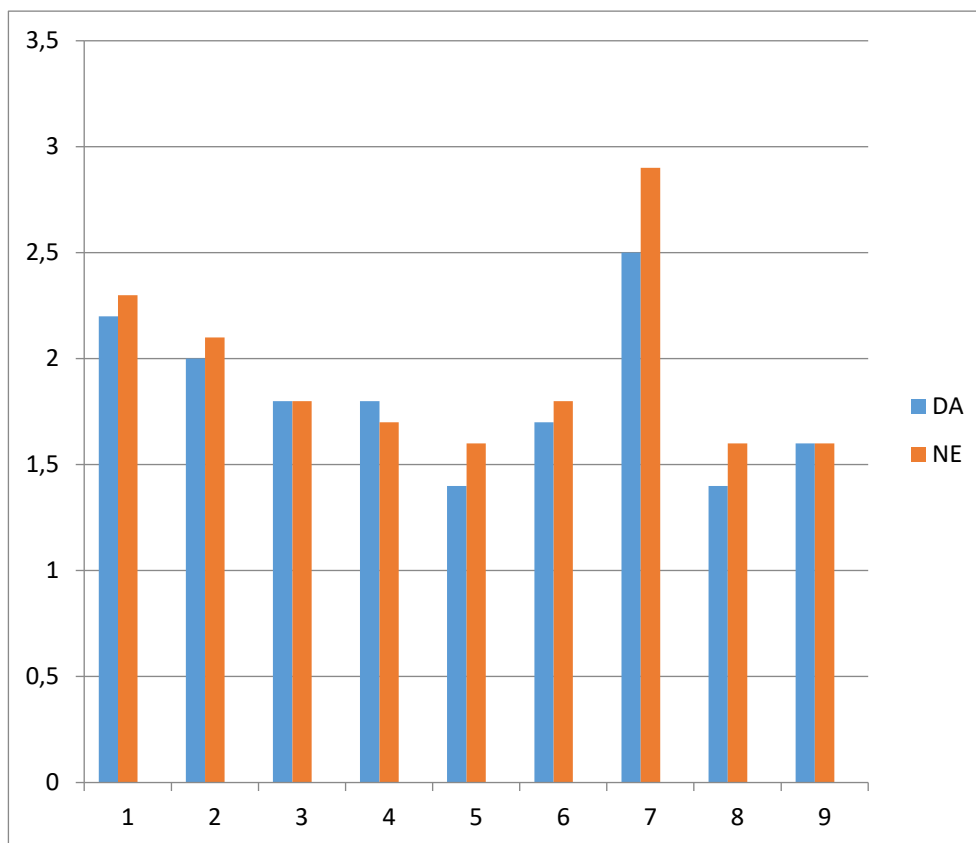
**Tabela 2: Dobljene povprečne vrednosti in standardni odkloni na trditve o stigmatizaciji oseb z duševno motnjo, glede na vključenost anketirancev v umetnost**

Trditev	Vključenost v umetnost	PV	SO
1. Mnenje nekoga, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, jemljem manj resno.	DA	2,2	1,3
	NE	2,2	1,3
2. Osebe z duševno motnjo so bolj agresivne od zdravih ljudi.	DA	2	0,8
	NE	2,1	1,1
3. Nekdo, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, je nevaren.	DA	1,7	0,8
	NE	1,9	1
4. Oklevam sodelovati z nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo.	DA	1,8	0,9
	NE	1,7	0,8
5. Imam slabo mnenje o nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo.	DA	1,5	0,7
	NE	1,5	0,8
6. Duševna motnja je znak osebne šibkosti.	DA	1,7	0,9
	NE	1,9	1
7. Svojega otroka ne bi v varstvo zaupal/-a osebi, ki se je zdravila za duševno motnjo.	DA	2,5	1,2
	NE	3,1	1,2
8. Z nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo ne želim imeti opravka.	DA	1,4	0,6
	NE	1,6	0,8
9. Neprijetno mi je, ko se nekdo, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, preseli v našo sosesko.	DA	1,5	0,7
	NE	1,8	1

Legenda: Trditev = zaporedna št. trditve; PV= povprečna vrednost; SO= standardni odklon.

Slika 3 razvršča povprečne vrednosti anketirancev glede na njihovo vključenost v umetnost. Navpična os grafa predstavlja povprečne vrednosti podanih ocen vprašanih. Vodoravna os oštevilčuje zaporedno številko trditve. Zaporedne številke posameznih trditev so prikazane v tabeli 2. Pri vsaki trditvi sta po dva stolpca ločena po barvi, pri

čemer moder stolpec predstavlja vrednosti tistih, ki se z umetnostjo ukvarjajo, oranžni pa vrednosti odgovorov tistih, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo.



**Slika 3: Prisotnost stigmatizacije oseb z duševno motnjo s strani študentov zdravstvene nege, glede na njihovo vključenost v umetnost**

Razlika se odraža pri najbolj občutljivi trditvi številka 7 (»Svojega otroka ne bi v varstvo zaupal/-a osebi, ki se je zdravila za duševno motnjo«), saj se tisti, ki niso vključeni v umetnost, s trditvijo strinjajo skoraj za 0,5 ocene bolj kot tisti, ki so v umetnost vključeni. Manjše razlikovanje smo opazili pri trditvah številka 5 in 8, kjer so anketiranci, vključeni v umetnost, ocenili trditve za 0,2 ocene manj kot nasprotni. Minimalno razliko 0,1 ocene so anketiranci pripisali trditvam številka 1, 2, 4, 6. Pri trditvah 3 in 9 rezultati niso pokazali razlik.

Razlika med dvema skupinama je sicer majhna, vendar smo statistično značilnost razlike pokazali z uporabo ustreznih statističnih testov. Ker podatki niso normalno porazdeljeni,

smo za ugotavljanje statistične značilnosti razlik med skupinama uporabili Wilcoxonov test vsote rangov.

Za ugotavljanje normalnosti podatkov smo za vsako vprašanje izdelali histograme, iz katerih je že s prostim očesom vidno, da podatki ne prihajajo iz normalne porazdelitve. Histogrami se nahajajo v prilogi. Da se o tem prepričamo, opravimo še test normalnosti – Shapiro-Wilkov test. Dobljeni rezultati testa so prikazani v Tabeli 3.

**Tabela 3: Dobljene p-vrednosti Shapiro-Wilkovega testa na trditve o stigmatizaciji oseb z duševno motnjo, glede na vključenost anketirancev v umetnost**

Trditev	p - za skupino študentov, ki se z umetnostjo ukvarja	p - za skupino študentov, ki se z umetnostjo ne ukvarja
1. Mnenje nekoga, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, jemljem manj resno.	< 0,001	< 0,001
2. Osebe z duševno motnjo so bolj agresivne od zdravih ljudi.	< 0,001	< 0,001
3. Nekdo, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, je nevaren.	< 0,001	< 0,001
4. Oklevam sodelovati z nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo.	< 0,001	< 0,001
5. Imam slabo mnenje o nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo.	< 0,001	< 0,001
6. Duševna motnja je znak osebne šibkosti.	< 0,001	< 0,001
7. Svojega otroka ne bi v varstvo zaupal/-a osebi, ki se je zdravila za duševno motnjo.	< 0,001	< 0,001
8. Z nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, ne želim imeti opravka.	< 0,001	< 0,001
9. Neprijetno mi je, ko se nekdo, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, preseli v našo sosesko.	< 0,001	< 0,001

Legenda: Trditev = zaporedna št. trditve; p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj glede na vključenost v umetnost.

Test nam pokaže, da so vse dobljene p-vrednosti manjše od izbrane vrednosti p, kar pomeni, da podatki ne prihajajo iz normalne porazdelitve. Zato moramo za nadaljnjo statistično primerjavo odgovorov študentov obeh skupin uporabiti neparametričen Wilcoxonov test vsote rangov.

Izbrani test uporablja bivariantno statistiko, saj med seboj primerjamo dva vzorca. Hipoteza, ki jo preverjamo, trdi, da odgovori nobene od skupin anketiranih študentov niso stohastično večji od odgovorov druge skupine. Naša ničelna hipoteza je bila, da med izbranimi skupinama ni razlike. Dobljeni podatki testa so prikazani v Tabeli 4.

**Tabela 4: Statistično značilna razlika za primerjavo vrednotenja trditev o stigmatizaciji oseb z duševno motnjo obeh skupin anketiranih študentov**

Trditev	p	U
1. Mnenje nekoga, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, jemljem manj resno.	0,847	2278,50
2. Osebe z duševno motnjo so bolj agresivne od zdravih ljudi.	0,994	2320,00
3. Nekdo, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, je nevaren.	0,355	2121,00
4. Oklevam sodelovati z nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo.	0,617	2430,00
5. Imam slabo mnenje o nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo.	0,982	2317,00
6. Duševna motnja je znak osebne šibkosti.	0,418	2148,00
7. Svojega otroka ne bi v varstvo zaupal/-a osebi, ki se je zdravila za duševno motnjo.	0,005	1691,00
8. Z nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, ne želim imeti opravka.	0,308	2114,00
9. Neprijetno mi je, ko se nekdo, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, preseli v našo sosesko.	0,240	2079,50

Legenda: p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj; U = vrednost Wilcoxonove statistike.

Ker so dobljene p-vrednosti večje od izbrane stopnje zaupanja p, ničelne hipoteze, da med skupinama ni statistične razlike, nismo mogli ovreči pri nobeni trditvi, razen pri sedmi. Skupina, ki se z umetnostjo ukvarja, se manj strinja s trditvijo o nezaupanju otroka v

varstvo osebi, ki se je zdravila za duševno motnjo, kot skupina, ki se z umetnostjo ne ukvarja. Poleg primerjave odgovorov obeh skupin študentov po vprašanjih smo primerjavo izvedli tudi za celoten vprašalnik. Za vsakega anketiranca smo sešteli range njegovih odgovorov in tako dobili njegovo skupno oceno za celoten vprašalnik. Te ocene smo nato primerjali z istim statističnim testom in dobili vrednost Wilcoxonove statistike  $U = 0,95251$ , ter p-vrednost  $p = 0,00316$ .

Zato smo raziskali še, ali se ocene bistveno razlikujejo glede na pogostost obiskovanja umetniških dogodkov. V Tabeli 5 so dobljene povprečne vrednosti, ki prikazujejo, kako so podane trditve ocenjevali anketiranci, glede na njihovo pogostost obiskovanja umetniških dogodkov.

**Tabela 5: Povprečne vrednosti ocen posameznih trditev glede na pogostost obiskovanja umetniških dogodkov**

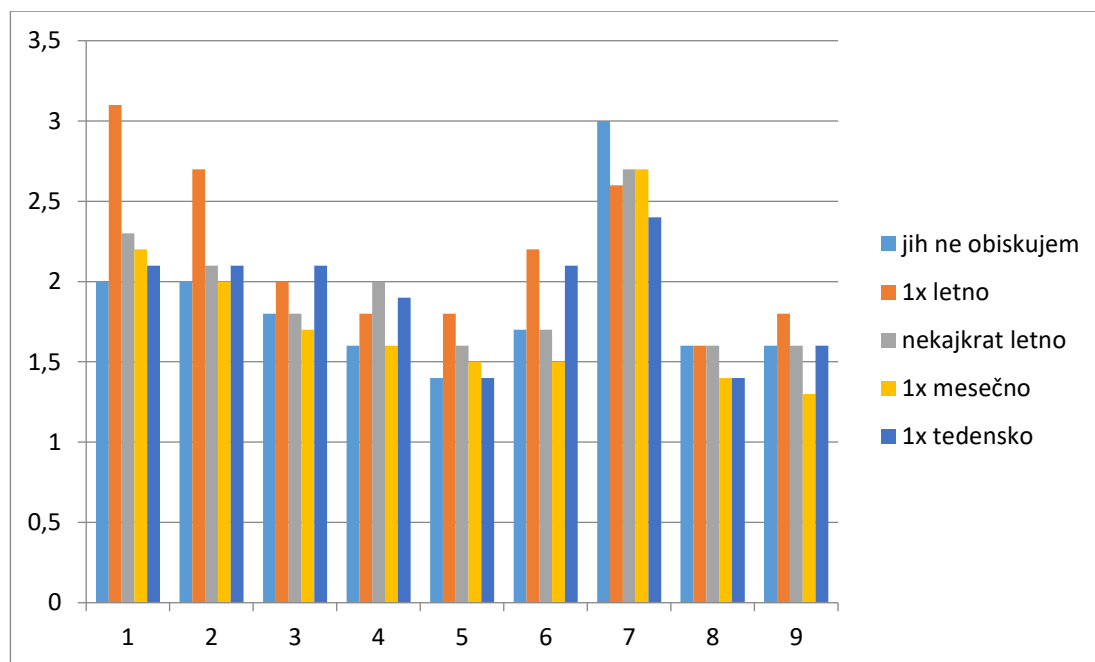
Trditev	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pogostost obiskovanja	PV/ SO	PV/ SO	PV/ SO	PV/ SO	PV/ SO	PV/ SO	PV/ SO	PV/ SO	PV/ SO
jih ne obiskujem	2 1,2	2 1	1,8 1	1,6 0,8	1,4 0,6	1,7 1	3 1,3	1,6 0,8	1,6 1
1x letno	3,1 1,5	2,7 1	2 1,1	1,8 0,8	1,8 1,1	2,2 1,2	2,6 1,1	1,6 0,7	1,8 1,1
nekajkrat letno	2,3 1,2	2,1 0,8	1,8 0,7	2 0,9	1,6 0,7	1,7 0,8	2,7 1,1	1,6 0,7	1,6 0,7
1x mesečno	2,2 1,5	2 0,9	1,7 0,8	1,6 0,9	1,5 0,8	1,5 0,7	2,7 1,1	1,4 0,7	1,3 0,5
1x tedensko	2,1 1,3	2,1 1	2,1 1	1,9 0,9	1,4 0,6	2,1 1,3	2,4 1,4	1,4 0,5	1,6 0,9

Legenda: Trditev (1 – 9) = zaporedna številka trditve; Pogostost obiskovanja = posameznikova pogostost obiskovanja umetniških dogodkov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

Pri prvi in drugi trditvi smo izmerili bistveno višjo povprečno vrednost strinjanja študentov, ki se umetniških dogodkov udeležujejo le enkrat letno. Pri prvi trditvi ima ta skupina povprečno vrednost strinjanja 3,1 (SO = 1,5), medtem, ko se povprečne vrednosti ostalih skupin študentov gibljejo med 2 in 2,3. Povprečna vrednost iste skupine pri drugi trditvi znaša 2,7 (SO = 1,0), pri ostalih skupinah pa se giblje med 2 in 2,1. Razliko med skupinami smo izmerili tudi pri sedmi trditvi, kjer je skupina, ki umetniške dogodke obiskuje na tedenski bazi povprečno ocenila trditev z 2,4 (SO = 1,4), skupina, ki dogodkov sploh ne obiskuje pa z 3,0 (SO = 1,3).



Dobljene vrednosti, prikazane v Tabeli 5, smo prikazali grafično na Sliki 4. Svetlo moder stolpec na sliki prikazuje povprečne ocene tistih, ki umetniških dogodkov sploh ne obiskujejo, oranžen tiste, ki jih obiskujejo enkrat letno, siv prikazuje tiste, ki jih obiskujejo nekajkrat letno, rumeni jih obiskujejo enkrat mesečno, temnomodri pa jih obiskujejo enkrat tedensko.



**Slika 4: Ocene anketirancev podanih trditev razvrščene glede na pogostost obiskovanja umetniških dogodkov**

Ker pogostost obiskovanja umetniških dogodkov v povezavi s stigmatizacijo duševnih bolnikov ni bil predmet raziskovanja, statistične razlike med skupinami nismo ugotavljali. Vseeno pa nam Slika 4 nazorno pokaže, da pogostost obiskovanja umetniških dogodkov ne vpliva na stopnjo stigmatizacije duševnih bolnikov.

Naslednja tri vprašanja zaprtega tipa so anketirance spraševala po njihovem mnenju glede uporabe umetnosti kot orodja za nižanje stigmatizacije oseb z duševnimi motnjami.

Na vprašanje »Ali mislite, da umetnost lahko pripomore k manjši stigmatizaciji študentov do oseb z duševno motnjo?«, 70,7 % (n = 99) študentov odgovorilo z da, ostalih 29,3 % (n = 41) pa z ne.

Da bi vključevanje umetnosti v študij zdravstvene nege študentom pomagalo do boljšega razumevanja oseb z duševno motnjo, meni 55,7 % (n = 78) anketirancev, 44,3 % (n = 62) anketirancev pa se s tem ne strinja.

Stotim (71,4 %, n = 100) anketirancem, bi bilo všeč, če bi se v času študija nekaj ur študijskega programa posvetilo umetnosti, 40 (28,6 %) anketirancem pa to ne bi bilo všeč.

Vsem anketirancem, ki so mnenja, da bi se s pomočjo umetnosti lahko nižalo stigmatizacijo oseb z duševno motnjo – teh je 99 (70,7 %, n = 99), bi bilo všeč, če bi se nekaj ur študijskega programa zdravstvene nege posvetilo umetnosti. To bi bilo všeč tudi enem (0,7 %, n = 1) od anketirancev, ki je mnenja, da se s pomočjo umetnosti ne da nižati stigmatizacije oseb z duševno motnjo.

V zadnjem sklopu vprašalnika je bilo vključenih 9 trditve, ki so se navezovale na umetnost in razvoj empatije. Anketirani študentje so trditve ponovno ocenjevali po Likertovi lestvici. Dobljene vrednosti posamezne trditve in povprečne vrednosti so prikazane v Tabeli 6.

**Tabela 6: Ocene in povprečne vrednosti anketirancev na trditve o vplivu umetnosti na razvoj empatije**

Trditev	1	2	3	4	5	PV	SO
Umetnost pozitivno vpliva na splošno počutje posameznika.	3 2,1 %	7 5 %	18 12,9 %	48 34,3 %	63 45 %	4,1	1,0
Skozi umetnost se posameznik lahko uči.	3 2,1%	7 5%	24 17,1 %	49 35%	64 45%	4,2	1,0
Umetnost v meni vzbudi različna čustva in občutke.	6 4,3 %	9 6,4 %	20 14,3 %	49 35 %	56 40 %	4	1,1
Ko gledam ali poslušam umetniška dela, skušam razumeti, kaj mi ustvarjalci s posameznimi deli želijo povedati.	7 5 %	12 8,6 %	30 21,4 %	49 35 %	42 30 %	3,8	1,1
O vsakem umetniškem delu ima vsak posameznik svoje mnenje.	2 1,4 %	4 2,9 %	16 11,4 %	41 29,3 %	77 55 %	4,3	1,1
S pogovorom in razpravo z drugimi osebami o umetniških delih spoznam interpretacijo in pogled drugih in tako si širim obzorja.	6 4,3 %	7 5 %	28 20 %	53 37,9 %	46 32,9 %	3,9	1,1
Umetnost v meni spodbuja kreativno in kritično razmišljanje.	6 4,3 %	12 8,6 %	26 18,6 %	55 39,3 %	41 29,3 %	3,8	1,1
V umetniškem delu se čuti počutje ustvarjalca, ki na delu pustí močan vtis.	6 4,3 %	9 6,4 %	21 15 %	53 37,9 %	51 36,4 %	3,9	1,1
Empatičen odnos pomeni, da se znamo vživeti v občutke in doživljanje druge osebe v neki situaciji, smo sposobni z njo sočustvovati, vendar se z njegovimi čustvi ne poistovetimo.	6 4,3 %	5 3,6 %	17 12,1 %	40 28,6 %	72 51,4 %	4,2	1,1

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Likertova lestvica: 1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = nisem odločen/-a, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam.

Najvišjo povprečno vrednost 4,3 (SO = 1,1) so anketiranci pripisali trditvi, da ima vsak posameznik svoje mnenje o umetniškem delu. Visoko strinjanje so pokazali tudi pri definiciji empatičnega odnosa (PV = 4,2, SO = 1,1) in pri trditvi, da se skozi umetnost posameznik lahko uči (PV = 4,2, SO = 1,0). Najnižja povprečna vrednost se pokaže pri trditvi, da umetnost v posameznikih spodbuja kreativno in kritično razmišljanje (PV = 3,8, SO = 1,1) in pri trditvi: »Ko gledam ali poslušam umetniška dela, skušam razumeti, kaj mi ustvarjalci s posameznimi deli želijo povedati« (PV = 3,8, SO = 1,1).

Rezultate smo ponovno ločili glede na vključenost anketiranih študentov v umetnost in jih s povprečnimi vrednostmi in standardnimi odkloni prikazali v Tabeli 7.

**Tabela 7: Dobljene povprečne vrednosti in standardni odkloni trditev o vplivu umetnosti na empatijo, glede na to ali se anketiranci ukvarjajo z umetnostjo ali ne**

Trditev	Vključenost v umetnost	PV	SO
1. Umetnost pozitivno vpliva na splošno počutje posameznika.	DA	4,4	0,8
	NE	3,7	1,1
2. Skozi umetnost se posameznik lahko uči.	DA	4,4	0,9
	NE	3,8	1,1
3. Umetnost v meni vzbudi različna čustva in občutke.	DA	4,4	0,8
	NE	3,4	1,2
4. Ko gledam ali poslušam umetniška dela, skušam razumeti, kaj mi ustvarjalci s posameznimi deli želijo povedati.	DA	4,0	1,0
	NE	3,3	1,2
5. O vsakem umetniškem delu ima vsak posameznik svoje mnenje.	DA	4,4	0,8
	NE	4,2	1,0
6. S pogovorom in razpravo z drugimi osebami o umetniških delih spoznam interpretacijo in pogled drugih in tako si širim obzorja.	DA	4,2	0,8
	NE	3,4	1,2
7. Umetnost v meni spodbuja kreativno in kritično razmišljanje.	DA	4,1	0,9
	NE	3,3	1,2
8. V umetniškem delu se čuti počutje ustvarjalca, ki na delu pusti močan vtis.	DA	4,1	1,0
	NE	3,6	1,1
9. Empatičen odnos pomeni, da se znamo vživeti v občutke in doživljanje druge osebe v neki situaciji, smo sposobni z njo sočustvovati, vendar se z njegovimi čustvi ne poistovetimo.	DA	4,2	1,1
	NE	4,2	0,9

Legenda: Trditev = zaporedna št. trditve; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Primerjava povprečnih vrednosti ločenih skupin nam pokaže, da posamezniki, ki se z umetnostjo ukvarjajo, skušajo skozi umetniška dela razumeti ustvarjalca in njegovo sporočilo, saj menijo, da se v umetniškem delu čuti počutje ustvarjalca, bolj kot tisti, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo. Prav tako so študentje, ki se z umetnostjo ukvarjajo pokazali večjo stopnjo strinjanja ( $PV = 4,1$ ,  $SO = 0,9$ ) s trditvijo, da umetnost spodbuja kreativno in kritično razmišljanje, kot tisti, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo ( $PV = 3,3$ ,  $SO = 1,2$ ).

Ponovno opravimo test normalnosti – Shapiro-Wilkovega test. Dobljeni podatki testa so prikazani v Tabeli 8.

**Tabela 8: Dobljene p-vrednosti Shapiro-Wilkovega testa o umetnosti in njenem vplivu na empatijo, glede na vključenost anketirancev v umetnost**

Trditev	p – za študente, ki se z umetnostjo ukvarjajo	p - za študente, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo
1. Umetnost pozitivno vpliva na splošno počutje posameznika.	< 0,001	< 0,001
2. Skozi umetnost se posameznik lahko uči.	< 0,001	< 0,001
3. Umetnost v meni vzbudi različna čustva in občutke.	< 0,001	< 0,001
4. Ko gledam ali poslušam umetniška dela, skušam razumeti, kaj mi ustvarjalci s posameznimi deli želijo povedati.	< 0,001	< 0,001
5. O vsakem umetniškem delu ima vsak posameznik svoje mnenje.	< 0,001	< 0,001
6. S pogovorom in razpravo z drugimi osebami o umetniških delih spoznam interpretacijo in pogled drugih in tako si širim obzorja.	< 0,001	< 0,001
7. Umetnost v meni spodbuja kreativno in kritično razmišljanje.	< 0,001	< 0,001
8. V umetniškem delu se čuti počutje ustvarjalca, ki na delu pusti močan vtis.	< 0,001	< 0,001

Trditev	p – za študente, ki se z umetnostjo ukvarjajo	p - za študente, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo
9. Empatičen odnos pomeni, da se znamo vživeti v občutke in doživljanje druge osebe v neki situaciji, smo sposobni z njo sočustvovati, vendar se z njegovimi čustvi ne poistovetimo.	< 0,001	< 0,001

Legenda: Trditev = zaporedna št. trditve; p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj glede na vključenost v umetnost.

Shapiro-Wilk test nam ponovno pokaže, da so vse dobljene p-vrednosti manjše od izbrane vrednosti p, kar pomeni, da podatki ne prihajajo iz normalne porazdelitve. Za nadaljnjo statistično primerjavo rezultatov zato ponovno uporabimo neparametričen Wilcoxonov test vsote rangov. Z njim smo primerjali odgovore tistih anketiranih študentov, ki se z umetnostjo ukvarjajo in odgovore tistih, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo. Ničelna hipoteza Wilcoxonovega testa trdi, da med izbranimi skupinama ni stohastične razlike. Dobljeni podatki testa so prikazani v Tabeli 9.

**Tabela 9: Dobljene p-vrednosti Wilcoxonovega testa o primerjavi mnenja glede vpliva umetnosti na razvoj empatije dveh skupin študentov**

Trditev	p-vrednost	U
1. Umetnost pozitivno vpliva na splošno počutje posameznika.	< 0,001	3280,50
2. Skozi umetnost se posameznik lahko uči.	< 0,002	3024,00
3. Umetnost v meni vzbudi različna čustva in občutke.	< 0,001	3365,50
4. Ko gledam ali poslušam umetniška dela, skušam razumeti, kaj mi ustvarjalci s posameznimi deli želijo povedati.	< 0,001	3074,50
5. O vsakem umetniškem delu ima vsak posameznik svoje mnenje.	0,081	2688,50
6. S pogovorom in razpravo z drugimi osebami o umetniških delih spoznam interpretacijo in pogled drugih in tako si širim obzorja.	< 0,001	3353,00

Trditev	p-vrednost	U
7. Umetnost v meni spodbuja kreativno in kritično razmišljanje.	< 0,001	3202,00
8. V umetniškem delu se čuti počutje ustvarjalca, ki na delu pusti močan vtis.	< 0,001	3097,00
9. Empatičen odnos pomeni, da se znamo uživati v občutke in doživljanje druge osebe v neki situaciji, smo sposobni z njo sočustvovati, vendar se z njegovimi čustvi ne poistovetimo.	0,637	2423,50

Legenda: p = p-vrednosti Wilcoxonovega testa vsote rangov, U = vrednost Wilcoxonove statistike.

Dobljene p-vrednosti so manjše od izbrane stopnje zaupanja p pri vseh trditvah razen pri dveh. To pomeni, da se mnenja študentov obeh skupin o vplivu umetnosti na razvoj empatije v splošnem statistično razlikujejo. Skupina študentov, ki se z umetnostjo ukvarja, pripisuje večji pomen umetnosti pri razvoju empatije. Ponovno smo primerjavo izvedli tudi za celoten vprašalnik ter za vsakega anketiranca sešteli range njegovih odgovorov in tako dobili njegovo skupno oceno za celoten vprašalnik. Te ocene smo nato primerjali z istim statističnim testom in dobili vrednost Wilcoxonove statistike  $U = 3294,5$ , ter p-vrednost  $p < 0,001$ . Razlike ni opaziti le pri peti ( $p = 0,08$ ) in deveti ( $p = 0,64$ ) trditvi, iz česar lahko zaključimo, da se študenti obeh skupin strinjajo glede posameznikovega mnenja o umetniškem delu in definicijo empatičnega odnosa.

### 3.5 RAZPRAVA

V diplomski nalogi smo s pomočjo zbiranja in analize podatkov želeli odgovoriti na tri raziskovalna vprašanja. S prvim raziskovalnim vprašanjem, kakšna je razlika v stigmatizaciji oseb z duševno motnjo med študenti zdravstvene nege, glede na vključenost v umetnost, smo želeli potrditi naše predvidevanje, da tisti, ki so v umetnost vključeni, manj stigmatizirajo osebe z duševno motnjo, kot tisti, ki v umetnost niso vključeni. Kot smo predvidevali, tudi študenti zdravstvene nege na FZAB, stigmatizirajo osebe z duševnimi motnjami, vendar stigmatizacija med njimi ni močno prisotna. Med primerjanima skupinama smo izmerili minimalne razlike v povprečnih vrednostih, ki kažejo na to, da skupina, ki se z umetnostjo ukvarja, manj stigmatizira osebe z duševnimi

motnjami. Z nadaljno raziskavo s statističnimi testi pa smo prišli do končnega rezultata, da med skupinama ni statistične razlike. Primerjali smo tudi skupine študentov glede na pogostost obiskovanja umetniških dogodkov, vendar z zbranimi podatki nismo dokazali, da bi katera od skupin bistveno izstopala.

Izpostaviti je potrebno, da se je večina trditev v vprašalniku nanašalo na osebe, ki so se zdravile za duševno motnjo in ne na osebe z duševno motnjo. Zanimivo bi bilo izvesti raziskavo, ki bi imela trditve o osebah z duševno motnjo in o osebah, ki so se zdravile za duševno motnjo in primerjati rezultate, saj tokrat lahko predvidevamo, da so študentje trditev prebrali površno. Kar nekaj študentov meni, da je duševna motnja znak osebne šibkosti. Predpostavljamo, da so študentje zdravstvene nege bolj empatični od splošne populacije, zato je zaskrbljujoče, kakšno mnenje o osebah z duševnimi motnjami prevladuje v družbi.

V Angliji je bila med letom 2001 in 2005 izvedena raziskava (Using art in pre-registration nurse education), kjer so v študij zdravstvene nege vključili umetnostno vzgojne delavnice na področju zdravstvene vzgoje. Rezultati raziskave so pokazali, da je večina študentov izboljšala samozavedanje in zvišala empatičen odnos do pacientov (Robinson, 2007).

Glede na to, da naša raziskava ni pokazala razlik med primerjanima skupinama, v tujih raziskavah, kjer so študentje vključeni v praktične delavnice, pa so razlike opazne, menimo, da umetnost v edukacijski namen mora biti pravilno uporabljena ter da mora biti sam proces usmerjen v določen cilj. Povzemati, da posamezniki, ki so umetnosti bolj naklonjeni, manj stigmatizirajo, ne moremo. V spodaj navedeni raziskavi je razvidno, da je pravilno uporabljena umetnost lahko medij, skozi katerega pridemo do željenega cilja.

Klugman in Beckmann-Mendez (2015) sta na univerzi v Teksasu izvedla raziskavo med študenti zdravstvene nege in medicine. Študente so vključili v umetnost in jih učili uporabe vizualne miselne strategije. Izkazalo se je, da so študentje, vključeni v pilotsko študijo, izboljšali svoje opazovalne veščine, zvišali samozaupanje in izboljšali svoje



komunikacijske veščine. Na fakulteti so po izvedeni študiji uvedli umetnost kot izbirni predmet vsem študentom zdravstvene nege in medicine.

V nekaterih državah je vključevanje umetnosti v študijske programe zdravstvenih ved že dolgoletna praksa. Ker pa v Sloveniji ta metoda še ni razširjena, smo z drugim raziskovalnim vprašanjem želeli ugotoviti, kakšno je mnenje študentov na FZAB o možnosti vključevanja umetnostnih zvrsti in oblik pomoči z umetnostjo v dodiplomski študijski program Zdravstvene nege. Glede na odgovore anketiranih študentov smo prišli do rezultata, da bi bilo študentom všeč, če bi se umetnost vključila v študijski program Zdravstvene nege. Tudi študentje, vključeni v raziskavo »Using art in pre-registration nurse education«, so menili, da je bila ta izkušnja za njih terapevtska in da so v njej uživali (Robinson, 2007). Glede na pozitivno mnenje naših anketirancev do vključevanja umetnosti v študijski program in glede na pozitivno mnenje študentov tujih raziskav, ki so bili vključeni v praktične delavnice, menimo, da bi umetnost kot izbirni predmet lahko uvedli tudi v šolanje medicinskih sester na slovenskih tleh.

S tretjim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, kakšno je mnenje študentov zdravstvene nege o vplivu umetnosti na razvoj empatije v zdravstveni negi. Z zbranimi podatki si lahko odgovorimo na naše vprašanje, da so anketirani študentje mnenja, da bi z umetnostjo lahko razvijali empatijo in se skozi umetnost učili. Zanimivo je, da tisti, ki so v umetnost vključeni, pripisujejo veliko večjo možnost vpliva umetnosti na nižanje stigmatizacije in razvoj empatije, kot tisti, ki v umetnost niso vključeni. Že prej pa smo ugotovili, da v stigmatizaciji med skupinama ni statistične razlike. Študentje, ki se z umetnostjo ukvarjajo, posvečajo večjo pozornost razumevanju in sporočilnosti umetniškega dela, kot tisti, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo.

Koh (2009) navaja, da je 92,3 % obiskovalcev Dux Centra mnenja, da jim ogled likovnih del oseb z duševnimi motnjami pomaga pri boljšem razumevanju duševnih bolezni in boljšem razumevanju oseb z duševno motnjo. Tudi na medicinski fakulteti Yale (Friedlaender & Friedlaender, 2013) imajo študentje prvih letnikov v študijski program vključen tečaj izboljšanja opazovalnih tehnik, ki temelji na opazovanju umetniških del v

muzejih. Pri delu z ljudmi je namreč potrebno boljše zaznavanje in opazovanje, saj nam velikokrat neverbalna komunikacija pove več o človekovem počutju kot verbalna.

Pregled literature in tujih raziskav nam potrdi naše predvidevanje, da ima umetnost velik potencial uporabe v edukacijske namene kot orodje za višanje empatije posameznikov. Ker so do uporabe umetnosti v ta namen naši anketiranci pokazali pozitiven odnos, smo mnenja, da je na to temo potrebno narediti več raziskav.

### **Omejitve raziskave**

Zaradi dobre polovice vrnjenih anketnih vprašalnikov rezultatov ne moremo posploševati na vse študente zdravstvene nege in vse študente FZAB. Prav tako je bila omejitev tudi pomanjkanje literature in raziskav na to temo. V okviru izvajanja raziskave je potrebno upoštevati, da za skupino, ki se ukvarja z umetnostjo nismo pridobili specifičnega podatka, v kakšen umetniški proces so vpleteni. Smiselno bi bilo na fakulteti izvesti pilotsko študijo, saj bi le tako pridobili odgovore študentov glede na njihovo dejansko izkušnjo in ugotovili, ali se stigmatizacija in empatija skozi umetniški proces kaj spremenita. Če bi raziskavo delali še enkrat bi, vključili vprašanje o letniku študija in primerjali razliko njihovih mnenj. Prav tako bi bilo potrebno vzorec razširiti tudi na profesorje in že zaposlene zdravstvene delavce iz različnih področij, saj bi tako lahko ugotovili, če se stigmatizacija razlikuje tudi glede na njihovo izpostavljenost osebam z duševnimi motnjami.

## 4 ZAKLJUČEK

Umetnost ljudje vključujemo v svoja življenja z namenom sprostitve, kvalitetnega preživljanja prostega časa, različnih pozitivnih vplivov na naše počutje in še drugih razlogov. Že ko se usedemo v čakalnico v zdravstveni ustanovi, nas na stenah obkrožajo slike, ki človeka pomirjajo – torej so tam z namenom, da pozitivno vplivajo na nas. Če torej umetnost pozitivno vpliva na človeka, bi jo bilo smiselno uporabljati tudi na drugih področjih.

Z raziskavo smo pokazali, da so študentje prvostopenjskega študija zdravstvene nege na FZAB umetnosti naklonjeni in jo vidijo kot orodje, s katerim bi se lahko zniževalo stigmatizacijo oseb z duševno motnjo. Vendar pa nismo mogli pokazati, da študentje, ki so vključeni v kakršenkoli umetniški proces, manj stigmatizirajo osebe z duševnimi motnjami. V naprednejših državah sveta se umetnost že uporablja v edukacijske namene, zato je le vprašanje časa, kdaj se bo začela v te namene bolj obširno uporabljati tudi pri nas. Vsekakor pa je to nova praksa, ki počasi prodira tudi na področje zdravstva.

Nadaljne raziskave na to temo so potrebne, saj bomo le tako bližje uporabi umetnosti na različnih področjih. Menimo, da bi se umetnost kot orodje za višanje ozaveščenosti in zniževanje stigmatizacije lahko vključevalo že v čas osnovnošolskega in srednješolskega izobraževanja. S promocijo zdravja mladim generacijam in izvajanjem primerne edukacije, bomo najuspešnejši pri zmanjševanju bolezni in nižanju stigmatizacije le teh.

## 5 LITERATURA

Angermayer, M. & Matschinger, H., 2005. The stigma of mental illness in Germany: A trend analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(3), pp. 276-284.

American Art Therapy Association, 2013. *What is Art Therapy?* [pdf] American art therapy Association. Available at:

<http://www.arttherapy.org/upload/whatisarttherapy.pdf> [Accessed 3 December 2016].

Blomqvist, L., Pitkälä, K. & Routasalo, P., 2007. Images of loneliness: Using art as an educational method in professional training. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(2), pp. 89-93.

Bon, J., 2007. *Destigmatizacija duševnih motenj*. [pdf] Psihiatrična bolnišnica Begunje. Available at: <http://www.depra.si/datoteke/destigmatizacija.pdf> [Accessed 15 November 2015].

Bon, J., Koritnik, B., Bresjanac, M., Repovš, G., Pregelj, P., Dobnik, B. & Pirtošek, Z., 2013. Stroški možganskih bolezni v Sloveniji v letu 2010. *Zdravniški vestnik*, 82(3), pp. 164-165.

Bucik, N. & Matko Lukan, I., eds. 2011. *Skozi umetnost o medsebojnih odnosih*. 1st ed. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti.

Cenčič, M., 2009. Kako poteka pedagoško raziskovanje. Primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, 2009, p. 120.

Crisp, A, Gelder, M., Goddard, E. & Meltzer, H., 2005. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), pp. 106-113.

Fay, M.P. & Proschan, M.A., 2010. Wilcoxon-Mann-Whitney or t-test? On assumptions for hypothesis tests and multiple interpretations of decision rules. *Statistics Surveys*, 4(2010), pp. 1-39.

Frei, J., Alvarez, S.E. & Alexander, M.B., 2010. Ways of Seeing: Using the Visual Arts in Nursing Education. *Journal of Nursing Education*, 49(12), pp. 672-673.

Friedlaender, G. & Friedlaender, L., 2013. Art in Science: Enhancing Observational Skills. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 47(7), pp. 2065-2067.

Gierk, B., Murray, A.M., Kohlmann, S. & Löwe, B. *Measuring the perceived stigma of mental illness with Stig-9: A re-conceptualisation of the Perceived-Devaluation-Discrimination-Scale*. N.d. [online] Available at:

<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/51/Stig9.pdf> [Accessed 18 April 2015].

Gnezda, S., 2009. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju*. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 14-18.

Goffman E., 2008. Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete. Maribor: Aristej; pp.11-23.

Gorše Muhič, M., 2009. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju*. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 40-47.

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2017. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: UL Zdravstvena fakulteta, p. 4.

Hatler, M.J., 2008. Perceived characteristics of psychiatric nurses: stigma by association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), pp. 20-26.

Hladnik, I. & Kobolt, A., 2013. Skupinski dramski proces, usmerjen v delo z arhetipi in ciljem podpore osebam s težavami v duševnem razvoju. *Socialna pedagogika*, 17(3/4), pp. 159-187.

HM Government, 2011. *No health without mental health: A Cross-Government Mental Health Strategy for People of All Ages*. [pdf] HMG. Available at: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213761/dh\\_124058.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213761/dh_124058.pdf) [Accessed 20 December 2016].

Hoyer, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

Jack, K., 2012. »Putting the words 'I'm sad', just doesn't quite cut it sometimes!«: The use of art to promote emotional awareness in nursing students. *Nurse Education Today*, 32(7), pp. 811-814.

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. & Roškar, S., 2009. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Klugman, C. & Beckmann-Mendez, D., 2015. One thousand words: evaluating an interdisciplinary art education program. *Journal of Nursing Education*, 54(4), pp. 220-223.

Knez, A. 2010. *Stigmatizacija v psihiatriji: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Koh, E., 2012. Art and mental health in Australia. In: G. Adams, D. Paroissien & J. Rashke, eds. *Creative opportunities. Melbourne, 9. november 2011*. Melbourne: The Dax Centre, Asia Australia Mental Health, pp. 10-11.

Krakov, V. & Sanderson, P., 2006. *Art Therapies*. Cornwall: Elsevier Science Limited.

Kuklec, V., 2010. Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), p. 200.

Meden - Klavora, V., 2008. Ko duša nima kam. Preddvor: Narava.

Meden - Klavora, V. & Perovšek, B., eds. 2010. *Ustvarjalnost in duševne motnje*. 1st ed. Idrija: Psihiatrična Bolnišnica Idrija.

National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2008. *Framework for the Establishment of Advanced Nurse Practitioner and Advanced Midwife Practitioner Posts*. [pdf] National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. Available at:

[http://www.pna.ie/~pnaie/images/ncnm/ANPFramework%20\(data%20prot%20version%20feb09\).pdf](http://www.pna.ie/~pnaie/images/ncnm/ANPFramework%20(data%20prot%20version%20feb09).pdf) [Accessed 17 December 2015].

Peterka Novak, J. & Horvat, L., 2009. Vloga zdravstvene nege pri spoštovanju človekovih pravic. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju*. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 19-26.

Ravter, S., ed. 2004. *Živeti s težavami v duševnem zdravju*. Maribor: Ozara Slovenije.

Robinson, S., 2007. Using art in pre-registration nurse education. *Health Education*, 107(4), pp. 324-342.

Rojšek, J., 2010. Ustvarjalnost in duševne motnje ali nekaj misli za uvod. In: V. Meden Klavora & M. Pišljarič, eds. *Ustvarjalnost in duševne motnje*. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija, pp. 13-15.

Roškar, S., 2009. Na drugi strani tišine. *Revus*, 10(2009), pp. 11-14.

Rus Makovec, M., 2013. Opredelitev in zgodovina psihiatrije. In: P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar, & S. Zihlerl, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani & Psihiatrična klinika Ljubljana. pp. 23-30.

Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2008. [online] Available at: [http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj\\_testa&expression=umetnost](http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=umetnost) [Accessed 20 December 2015].

Slovensko predsedstvo EU, 2008. *Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje*. [pdf] Slovensko predsedstvo EU. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/evropski\\_pakt\\_za\\_dusevno\\_zdravje.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/evropski_pakt_za_dusevno_zdravje.pdf) [Accessed 20 December 2015].

Starc, A., Kos Grabnar, E. & Požun, P., 2009. *Predstavitev podlag za specializacije v zdravstveni negi v Sloveniji*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: [www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres\\_zbn/pdf/211C.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/211C.pdf) [Accessed 20 December 2016].

Švab, V., ed. 2009. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje.

Švab V., ed. 2015. *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana; ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje; pp. 5-10.

Tancig, S. & Vogelnik, M., 1998, Analiza stanja in potreb pomoči z umetnostjo na področjih zdravstva, socialnega varstva in šolstva v Sloveniji. *Annales. Series historia et sociologia*, 8(12), pp. 151-168.

Thornicroft, G., Rose, D. & Kassam, A., 2007. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), pp. 113-120.



Tognazzini, P., Davis, C., Kean, A.M., Osborne, M. & K. Wong, K., 2008. Reducing the stigma of mental illness. *Canadian nurse*, 104(8), pp. 30-33.

Vivod-Rajh, I., 2008. *Metode skupinske gibalno-plesne terapije pri osebi z duševno motnjo: Specialistično delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

WHO Regional Office for Europe, 2009. *Mental health, resilience and inequalities*. [pdf] World Health Organization. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/100821/E92227.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf) [Accessed 18 April 2016].

Wittchen, H.U. & Jacobi, F., 2005. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(2005), pp. 357-376.

World Health Organization, 2014. *Mental health: a state of well-being*. [online] Available at: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/) [Accessed 18 December 2016].

*Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 77.

Ziherl, S., 2013. Opredelitev in zgodovina psihiatrije. In: P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar & S. Ziherl, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani & Psihiatrična klinika Ljubljana. pp. 23-30.

## 6 PRILOGE

### 1. Anketni vprašalnik

#### VPRAŠALNIK

Spoštovani,

Sem Mina Jera Kovač, absolventka študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. Sem v fazi pisanja diplomske naloge, z naslovom »Odnos študentov do uporabe umetnosti pri zdravstveni obravnavi pri osebi z duševno motnjo«, pod mentorstvom dr. Vesne Čuk, viš. pred. Z diplomsko nalogo želimo ugotoviti, kakšen odnos imajo študentje zdravstvene nege do oseb z duševno motnjo in kakšen je vpliv umetnosti na stigmatizacijo tovrstnih oseb. Zanima nas tudi, kakšno je vaše mnenje o vključitvi umetnosti v študijski program zdravstvene nege. Pred vami je vprašalnik, s katerim želimo pridobiti podatke za tovrstno raziskavo. Vprašalnik je anonimen in bo uporabljen izključno v raziskovalne namene.

Že vnaprej se vam zahvaljujem za vašo pomoč pri pisanju moje diplomske naloge,  
Mina Jera Kovač

#### Sklop 1: Demografski podatki

1. Spol:
  - M
  - Ž
  
2. Starost: \_\_\_\_\_
  
3. Vrsta študija:
  - redni
  - izredni

#### Sklop 2: Prisotnost umetnosti v vašem življenju

4. Ali se ukvarjate s kakršnokoli umetnostjo (glasba, ples, slikarstvo, gledališče,..)?
  - DA
  - NE
  
5. Na umetniške dogodke hodim, ker:

- v njih uživam in se sprostim
- sem priseljen/-a s strani okolice in svojih bližnjih (rajši bi bil/-a kje drugje)
- jih ne obiskujem

6. Kako pogosto obiskujete umetniške dogodke?

- 1x tedensko
- 1x mesečno
- nekajkrat letno
- enkrat letno
- jih ne obiskujem

7. Ali ste po vašem mnenju, dovolj povezani in vključeni v umetnost?

- da, dovolj
- ne, lahko bi bil/-a bolj

### Sklop 3: Uporaba stigmatizacije do oseb z duševno motnjo

8. Pri navedenih trditvah opredelite vašo stopnjo strinjanja.

Pri tem upoštevajte pomen ocenjevalne lestvice:

1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – nisem odločen/-a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Mnenje nekoga, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, jemljem manj resno.	1	2	3	4	5
Osebe z duševno motnjo so bolj agresivne od zdravih ljudi.	1	2	3	4	5
Nekdo, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, je nevaren.	1	2	3	4	5
Oklevam sodelovati z nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo.	1	2	3	4	5
Imam slabo mnenje o nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo.	1	2	3	4	5
Duševna motnja je znak osebne šibkosti.	1	2	3	4	5
Svojega otroka ne bi v varstvo zaupal/-a osebi, ki se je zdravila za duševno motnjo.	1	2	3	4	5
Z nekom, ki je bil zdravljen za duševno motnjo ne želim imeti opravka.	1	2	3	4	5
Neprijetno mi je, ko se nekdo, ki je bil zdravljen za duševno motnjo, preseli v našo sosesko.	1	2	3	4	5

### Sklop 4: Vključevanje umetnosti v študijski program zdravstvene nege

9. Ali mislite, da umetnost lahko pripomore k manjši stigmatizaciji študentov do oseb z duševno motnjo?

- da
- ne

10. Ste mnenja, da bi vključevanje umetnosti v študij zdravstvene nege, študentom pomagalo do boljšega razumevanja oseb z duševno motnjo?

- da
- ne

11. Ali bi vam bilo všeč, da bi v času študija nekaj ur študijskega programa posvetili umetnosti?

- da
- ne

### **Sklop 5: Umetnost, kot orodje za zmanjševanje stigmatizacije in povečevanje empatije pri študentih zdravstvene nege**

12. Pri navedenih trditvah opredelite vašo stopnjo strinjanja.

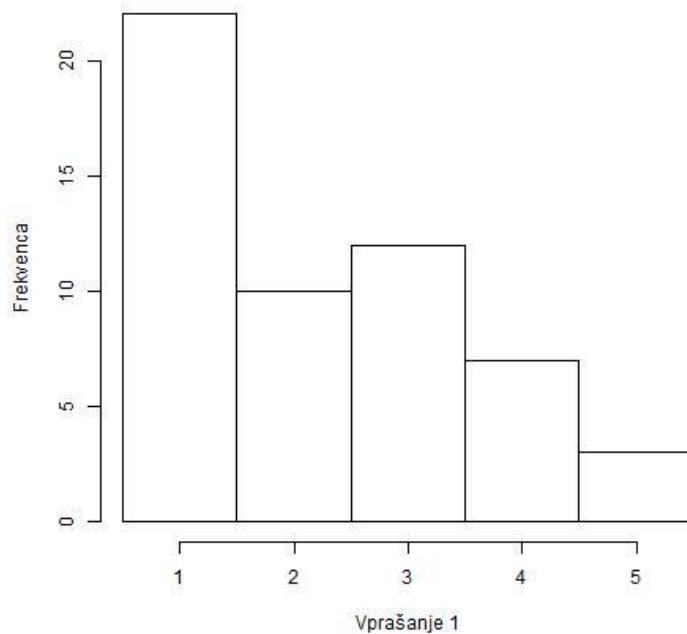
Pri tem upoštevajte pomen ocenjevalne lestvice, ki je enak kot v vprašanju št. 8.

Umetnost pozitivno vpliva na splošno počutje posameznika.	1	2	3	4	5
Skozi umetnost se posameznik lahko uči.	1	2	3	4	5
Umetnost v meni vzbudi različna čustva in občutke.	1	2	3	4	5
Ko gledam ali poslušam umetniška dela, skušam razumeti, kaj mi ustvarjalci s posameznimi deli želijo povedati.	1	2	3	4	5
O vsakem umetniškem delu ima vsak posameznik svoje mnenje.	1	2	3	4	5
S pogovorom in razpravo z drugimi osebami o umetniških delih spoznam interpretacijo in pogled drugih in tako si širim obzorja.	1	2	3	4	5
Umetnost v meni spodbuja kreativno in kritično razmišljanje.	1	2	3	4	5
V umetniškem delu se čuti počutje ustvarjalca, ki na delu pusti močan vtis.	1	2	3	4	5

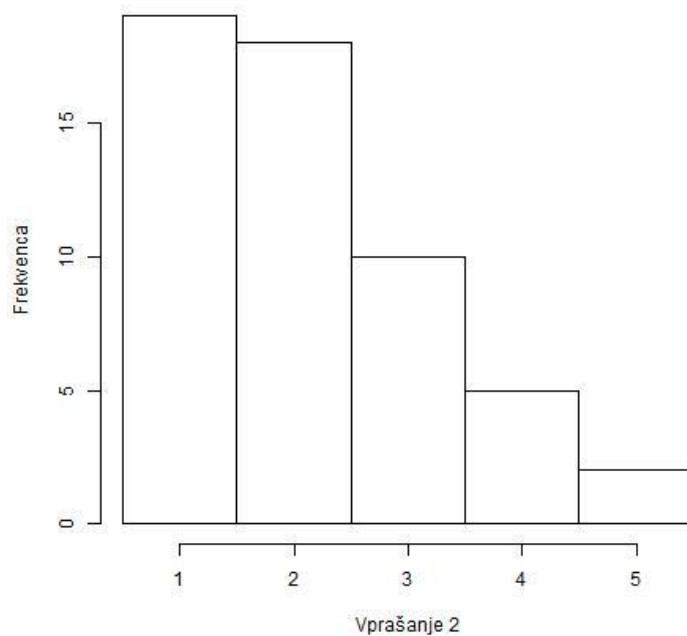
Empatičen odnos pomeni, da se znamo vživeti v občutke in doživljanje druge osebe v neki situaciji, smo sposobni z njo sočustvovati, vendar se z njegovimi čustvi ne poistovetimo.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

## 2. Histogrami

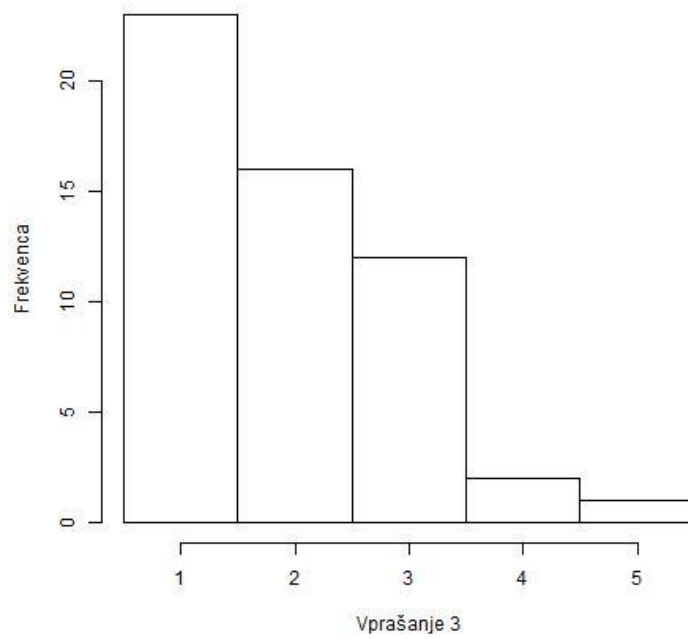
Histogram za vprašanje 1 za tiste, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo



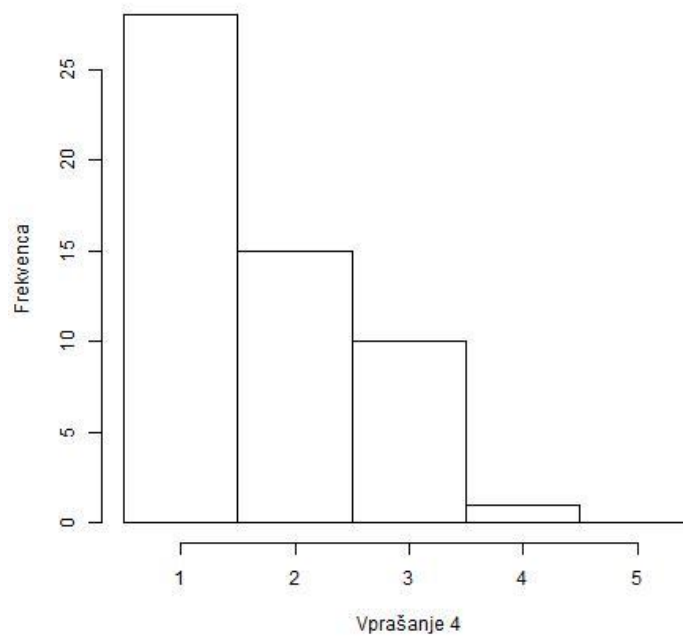
Histogram za vprašanje 2 za tiste, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo



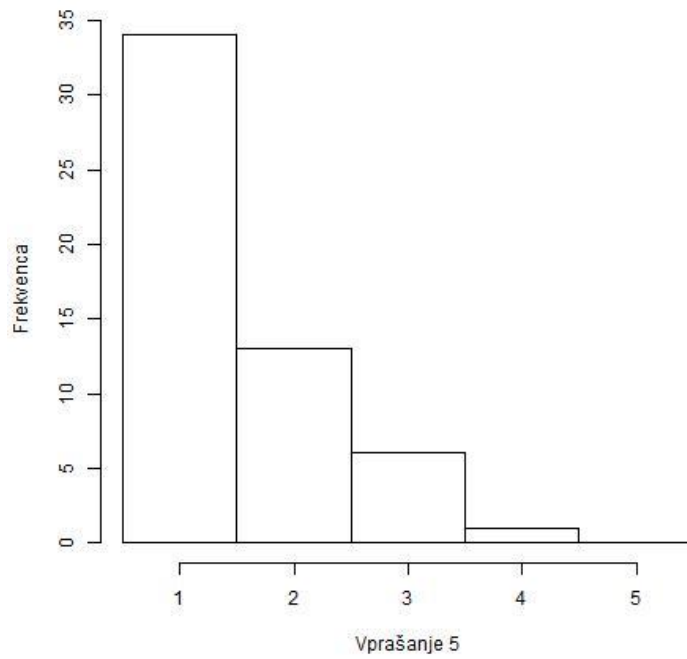
**Histogram za vprašanje 3 za tiste, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo**



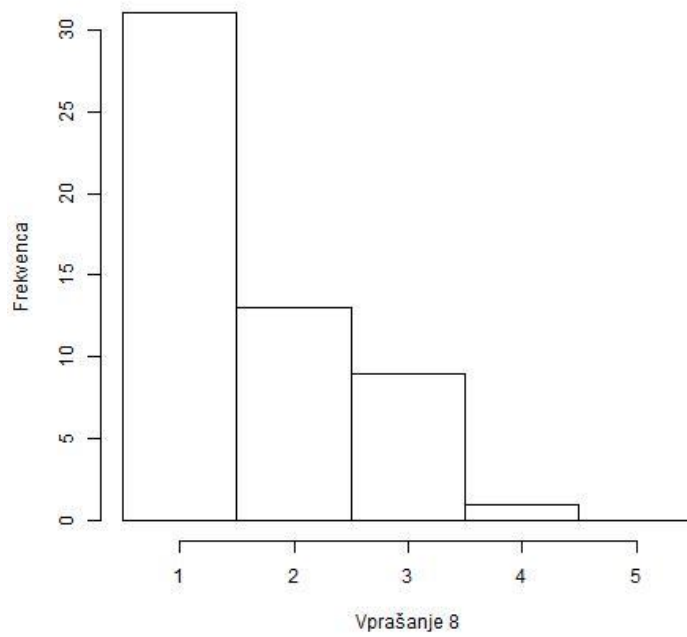
**Histogram za vprašanje 4 za tiste, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo**



**Histogram za vprašanje 5 za tiste, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo**

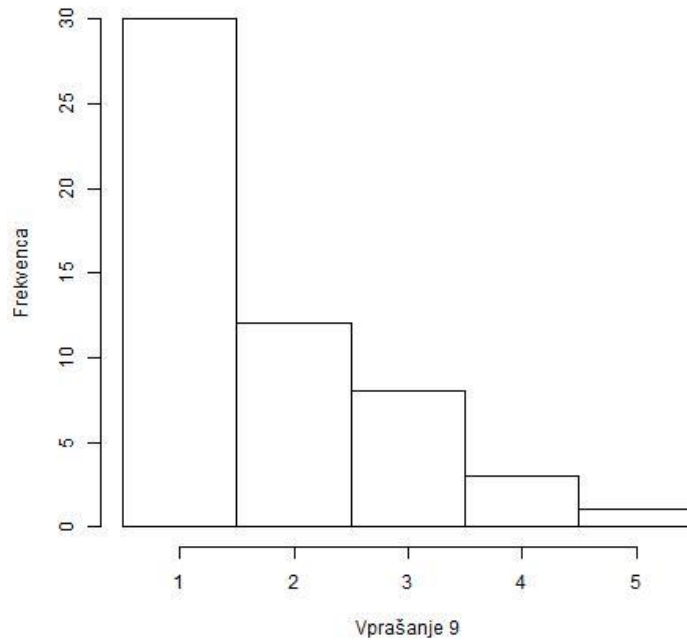


**Histogram za vprašanje 8 za tiste, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo**

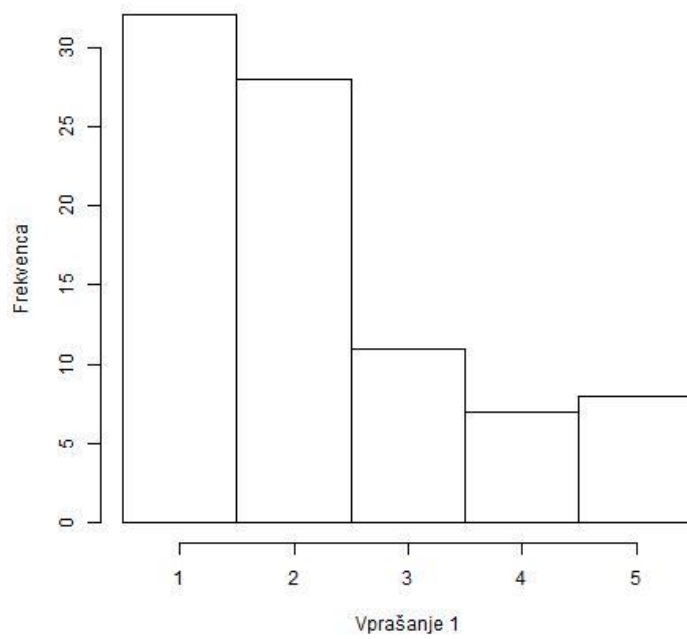




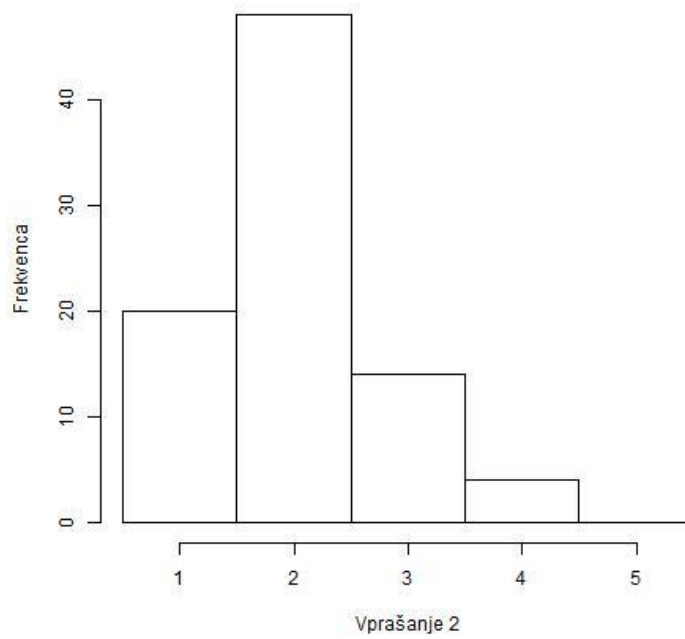
**Histogram za vprašanje 9 za tiste, ki se z umetnostjo ne ukvarjajo**



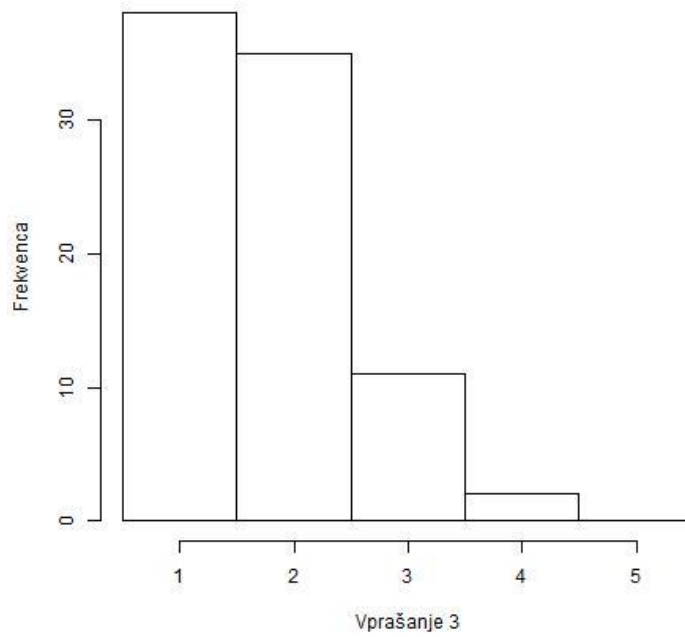
**Histogram za vprašanje 1 za tiste, ki se ukvarjajo z umetnostjo**



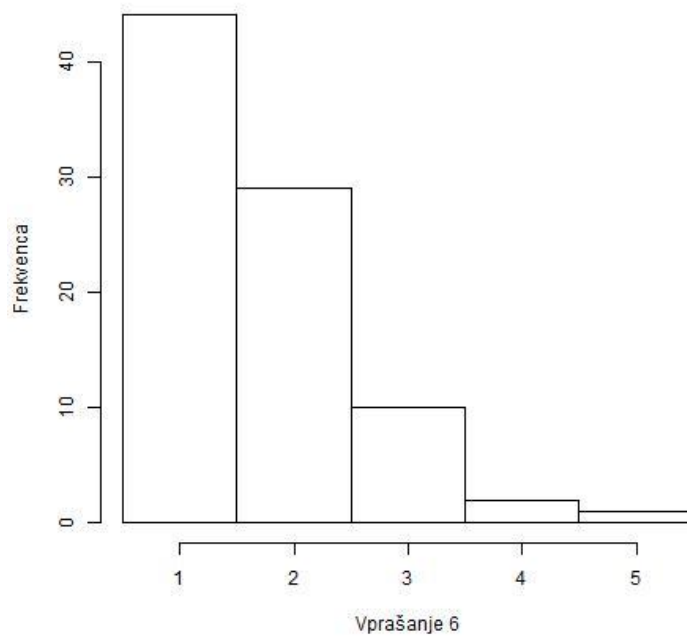
**Histogram za vprašanje 2 za tiste, ki se ukvarjajo z umetnostjo**



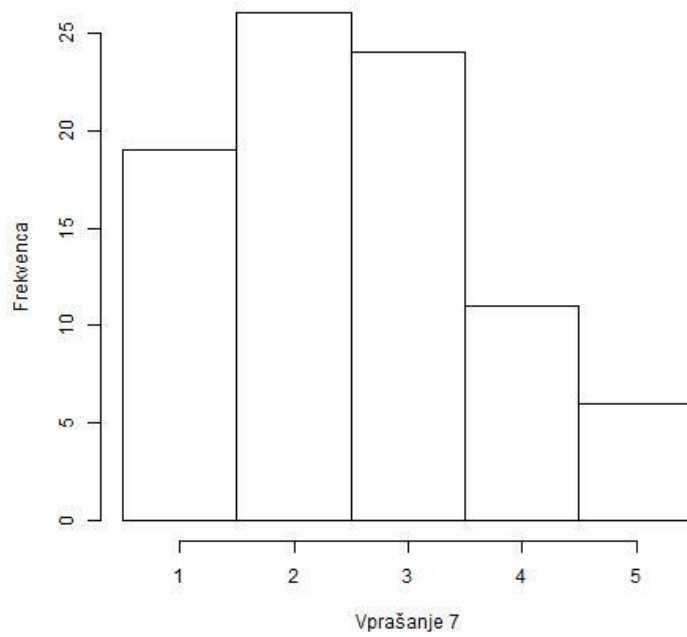
**Histogram za vprašanje 3 za tiste, ki se ukvarjajo z umetnostjo**



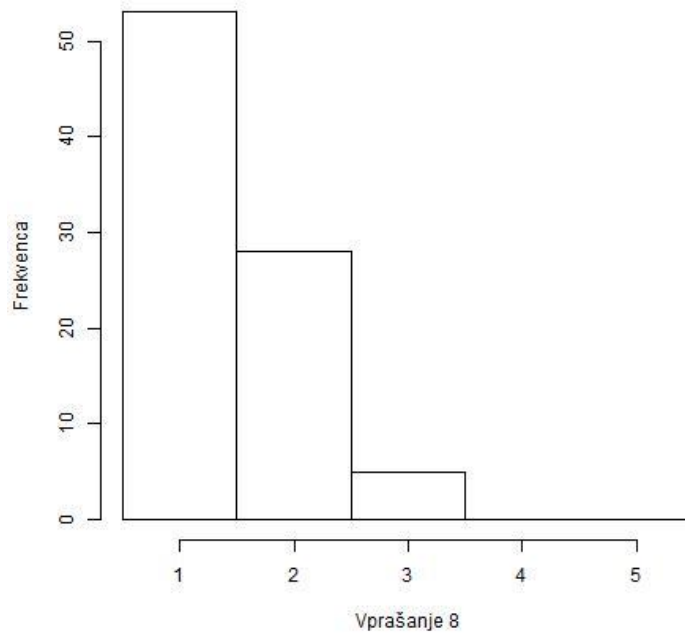
**Histogram za vprašanje 6 za tiste, ki se ukvarjajo z umetnostjo**



**Histogram za vprašanje 7 za tiste, ki se ukvarjajo z umetnostjo**



**Histogram za vprašanje 8 za tiste, ki se ukvarjajo z umetnostjo**



**Histogram za vprašanje 9 za tiste, ki se ukvarjajo z umetnostjo**

